

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD. ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL ESPECIALISTA

Grupo de Trabajo de Psicología clínica

Ana Sánchez (Coord.)

Mayte Álvarez
Helena Begué
Elisa Gallach
Alicia Meseguer
Cristina Robert
Cristina Villagrasa

Valencia, 5 Mayo de 2009



Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)



Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental País Valenciano (AEN-PV)

Grupo de Trabajo de Psicología Clínica

COORDINADORA

Ana Sánchez, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Fuente San Luis. Departamento 10. Miembro de la AEPCP. Vicepresidenta de la AEN-PV.

VOCALES

Mayte Álvarez, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Vinaròs. Departamento 01. Miembro de la AEPCP y de la AEN-PV.

Helena Begué, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Requena. Departamento 08.

Elisa Gallach, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Aldaia. Departamento 09. Miembro de la AEPCP

Alicia Meseguer, Especialista Psicología Clínica. Coordinadora del Servicio "Si que puc". Valencia. Miembro de la AEN-PV y miembro de AVAPIR.

Cristina Robert, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Fuente de San Luis. Departamento 10. Miembro de la AEPCP.

Cristina Villagrasa, Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Vinaròs. Departamento 01. Miembro de la AEPCP y de la AEN-PV.

COLABORADORES

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental País Valenciano (AEN-PV)

Elena Aranda. Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. UCA Alcoi. Departamento 15.

Carmen Carrió. Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Burjassot. Departamento 05. Tesorera de la AEPCP y miembro de la AEN-PV.

Felipe Hurtado. Facultativo Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Fuente San Luis. Departamento 10. Miembro de la AEPCP.

M^a José Marqués. Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. UCA Castellón. Departamento 02. Miembro de la AEPCP y Tesorera de la AEN-PV

J. Joaquín Martínez. Facultativo Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Xàtiva. Departamento 13

Josep Pena. Facultativo Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Castellón. Departamento 02. Miembro de la AEPCP y de la AEN-PV

Candela Santiago. Facultativa Especialista Psicología Clínica. Agencia Valenciana de Salud. USM Burriana. Departamento 03. Miembro de la AEPCP y de la AEN-PV

“Sólo es posible avanzar, cuando se mira lejos...”

Ortega y Gasset

INDICE GENERAL

Parte I

I. INTRODUCCIÓN

II. SITUACIÓN ACTUAL

III. PSICOLOGÍA CLÍNICA: MARCO GENERAL

IV. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA SANIDAD PÚBLICA VALENCIANA

1. Introducción
2. La Red de Salud Mental de la Comunidad Valenciana
3. Perfiles profesionales del Psicólogo Clínico en la Red Sanitaria Pública
 - 3.1. El Psicólogo Clínico como Facultativo Especialista en Atención Ambulatoria
 - a. Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSS y R)
 - b. Unidades de Conductas Adictivas y Unidades de Alcoholología (UCA y UA)
 - c. Unidades de Salud Mental de Adultos e Infantil (USM y USMI)
 - 3.2. El Psicólogo Clínico como Facultativo Especialista en Atención Hospitalaria
 - a. Hospitales Generales
 - b. Unidad de Media Estancia o Unidad de Rehabilitación Hospitalaria
 - c. Hospital de Día

Parte II

V. UNIDADES DE SALUD MENTAL

1. La Unidad de Salud Mental (USM)
2. El Equipo de Salud Mental
3. Flujo de la demanda entre Atención Primaria y Salud Mental
4. Funciones del Psicólogo Clínico en las Unidades de Salud Mental
 - 4.1. Funciones de atención sanitaria
 - a. Atención psicológica especializada al trastorno mental común (TMC)
 - b. Atención psicológica especializada al trastorno mental grave (TMG)
 - c. Programa de Apoyo a la Atención Primaria
 - 4.2. Funciones de Dirección, Administración y Gestión
 - 4.3. Funciones de Formación, Docencia e Investigación

VI. SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LAS USM

VII. CONCLUSIONES

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de organización y funcionamiento en Salud Mental

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento es fruto de la reflexión realizada por un colectivo de profesionales de la Psicología Clínica del ámbito público pertenecientes a Unidades de Salud Mental de las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

Surge a partir de una encuesta realizada en el año 2005 entre profesionales de la Psicología Clínica de la Comunidad Valenciana, con datos relativos a 2004 y analizada en el 2006, que puso de manifiesto la escasa delimitación de las funciones y del rol del psicólogo clínico en los servicios de salud mental y la necesidad de adaptar las funciones dentro de los nuevos marcos legales que han supuesto el reconocimiento de la especialidad y la reclasificación de nuestros puestos como Facultativo Especialista de Departamento.

Los profesionales de la Psicología Clínica trabajan en los servicios de salud mental de la Comunidad Valenciana desde hace más de dos décadas. La primera oposición fue convocada por la Excm. Diputación Provincial de Valencia y se resolvió en el año 1988, y la segunda, convocada por la Conselleria de Sanidad, en 1992.

La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria regulada recientemente, según el Real Decreto 2490/1998 (BOE, 1998) y la Orden PRE 1107/2002 (BOE, 2002), que no ha hecho sino reconocer una realidad preexistente como era el trabajo de los psicólogos clínicos en los Servicios Sanitarios Públicos.

Durante el periodo previo a la reclasificación de los puestos, se han realizado las funciones dentro del marco legal del decreto 81/1998 (DOGV, 1998) y los sucesivos planes de salud mental vigentes hasta 2004. Dentro de la nueva situación, y del reciente marco establecido en la Comunidad Valenciana por la Ley de Ordenación Sanitaria, Ley 3/2003 de la Generalitat (DOGV, 2003), es necesario plantear una reflexión que permita concretar las prestaciones, actividades y funciones a desarrollar por el colectivo de facultativos dentro de los Servicios de Salud Mental.

Así, éste se plantea como *documento base* a partir del cual se pueden ir delimitando las líneas generales de actuación del profesional de la Psicología Clínica dentro de los Servicios de Salud Mental. Se trata pues de una propuesta de trabajo que ayude a psicólogos clínicos, equipos de Salud Mental, profesionales sanitarios en general y Administración, a la coordinación y consenso de las líneas generales de

actuación, con la finalidad de mejorar la eficiencia de la actividad y los servicios en la atención a los usuarios de Salud Mental de la Comunidad Valenciana.

En el momento actual, en el que las diferentes administraciones autonómicas deben adaptar la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) a sus propias estructuras y en el que se está desarrollando la Cartera de Servicios, es igualmente oportuno que los profesionales de la asistencia se impliquen en la gestión y reflexionen sobre aquellas cuestiones y propuestas que contribuyan a mejorar la atención y calidad de la asistencia, y transmitan a políticos, gestores y legisladores sus sugerencias.

II. SITUACIÓN ACTUAL

En el año 2005 se realizó una encuesta, "Encuesta de organización y funcionamiento en Salud Mental" (Anexo I, página 61) dirigida a todos los psicólogos y psicólogas que trabajaban en las Unidades de Salud Mental para recoger información sobre funciones y actividades realizadas en las Unidades, así como otras necesidades y planteamientos, respecto al ejercicio profesional de la Psicología Clínica en la red de Salud Mental de la Comunidad Valenciana.

La encuesta fue realizada por el Colectivo de Psicólogos Clínicos del Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) y se dirigió a los y las profesionales, solicitando información respecto al ejercicio 2004. Se envió a las Unidades de Salud Mental de todos los Departamentos de Salud (N= 22) y fue contestada de modo voluntario por el 68,8% de las mismas (n= 15).

Los resultados obtenidos, referidos al año 2004, fueron los siguientes:

Asistenciales

1. Tiempo dedicado a Primera Consulta y Consultas Sucesivas.

El 89,5 % respondieron que el tiempo adecuado para una primera consulta era de una hora, no obstante, el 31,6%, señalaba que el tiempo que tenían establecido en su Unidad era de cuarenta y cinco minutos.

Para consultas sucesivas, el 63,2% entendía que debían dedicarse cuarenta y cinco minutos de media y el 21,1% treinta minutos. La realidad era que sólo el 36,8% dedicaba cuarenta y cinco minutos como media y que el 57,9% atendía cada consulta sucesiva en treinta minutos.

2. Indicador de Primera Consulta

Si bien en Atención Primaria se considera *primera consulta* cada vez que un paciente demanda atención por un proceso diferente, en las Unidades de Salud Mental se valoraba de diferente modo el indicador de primera consulta.

Sólo el 10,5% valoraba como primera consulta el paciente que retomaba el contacto por un cuadro clínico diferente, el 89,5% lo hacía depender del tiempo transcurrido desde que abandonó las sesiones o fue dado de alta.

Por otro lado, cuando el usuario retomaba el contacto tras abandono o alta y volvía de nuevo a la Unidad de Salud Mental por el mismo u otro proceso, valoraban que era primera consulta:

- Si retomaba el contacto tras los tres meses: 10,5%
- Si retomaba el contacto tras los seis meses: 10,5%
- Si retomaba el contacto tras los 12 meses: 63,2%
- Más de un año, pero sin especificar: 15,8%

3. Periodicidad de los Seguimientos o Consultas Sucesivas.

Se preguntó sobre el intervalo adecuado entre primera consulta y sucesiva, como media en un caso normal, sin patología grave. Respondieron que debería ser de una semana el 36,8% y de quince días el 57,9%; es decir, máximo una semana o quince días el 94,17%. Sin embargo, informaron que el intervalo real con el que llevaban a cabo los seguimientos era de un mes o más en el 52,6% (42,1% un mes y el 10,5% superior al mes) y el 47,4 % respondió que quince días de media.

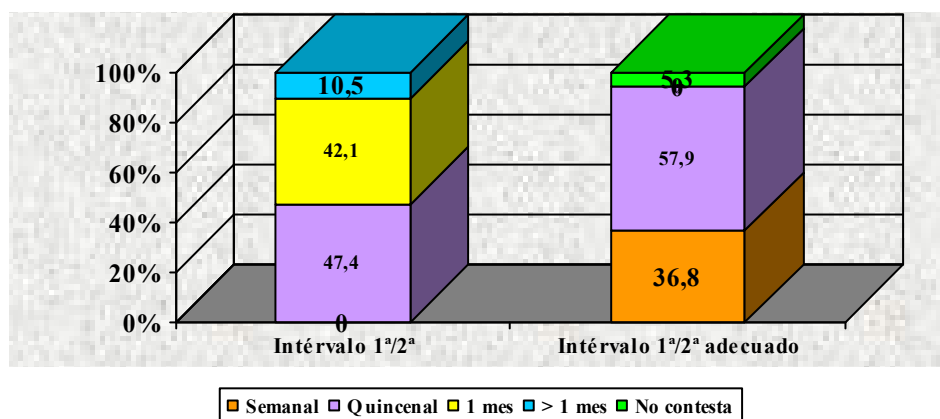


Figura 1: Periodicidad de los seguimientos

4. Definición de las funciones del Psicólogo Clínico y demanda atendida.

El 52,6% consideraba que las funciones del psicólogo clínico no estaban bien definidas y el 62% opinaba que el perfil de usuarios que se atendía en la consulta no era el adecuado.

5. Distribución temporal de funciones.

Los resultados indicaron que el 81,68% del tiempo se dedicaba a las tareas asistenciales, el 7,06% a docencia, 7,21% a tareas administrativas, 0,63% a investigación y 3,42% a autoformación.

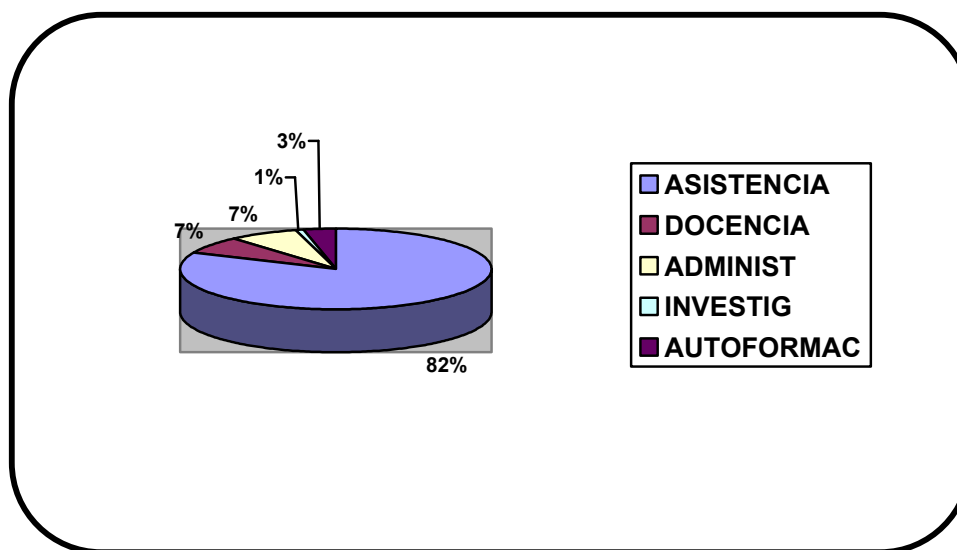


Figura 2: Distribución temporal de funciones en las USM

Grado de autonomía y participación en tareas docentes y administrativas

1. La práctica totalidad elaboraba y firmaba informes de manera autónoma y participaba en docencia cuando la Unidad de Salud Mental así lo hacía.
2. Lo mismo sucedía en la derivación a otros especialistas sanitarios.
3. La situación se repetía en torno a la participación en tareas de organización y planificación de la Unidad, protocolos, objetivos, estadísticas...

Recursos materiales

1. Los recursos bibliográficos los consideraron insuficiente el 78,9% y el 68,4% consideraron insuficiente el material diagnóstico.
2. Ante la petición de compra de material, informaron que tardaban más de un año en suministrarlo o no lo hacían, el 68,4%.

Conclusiones más significativas:

1. La mayor parte del tiempo está dedicado a la asistencia, principalmente de forma individual.
2. Se constata una insatisfacción respecto al tiempo que se le puede dedicar a cada paciente en consulta y a la temporalidad de las sesiones, estando lejos de la duración y periodicidad recomendada en la aplicación de las diferentes técnicas de intervención psicológicas, lo que redundaría en la calidad y eficiencia de la intervención y en la insatisfacción de profesionales y usuarios. Las posibles causas que explicarían este problema, y probablemente en orden de mayor a menor peso, son:
 - El escaso número de profesionales trabajando en las USM. Si bien en el año 2004 la Consellería de Sanidad preveía una ratio de 7 Psicólogos Clínicos/100.000, en Diciembre de 2008, la ratio de Psicólogos Clínicos/100.000 es de 2,41%.
 - La excesiva derivación desde Atención Primaria así como la inexistencia de Psicólogos Clínicos de apoyo en Atención Primaria.
 - La concepción errónea de que todo tipo de sufrimiento es inadmisibles y susceptible de ser tratado con fármacos y/o por un especialista en Salud Mental, ya sea, psicólogo clínico y/o psiquiatra.
3. Muy relacionado con el punto anterior, se observa que no existen líneas generales de actuación que coordinen lo que son "casos" o no, a derivar tanto a la Unidad de Salud Mental, como al especialista en Psicología Clínica. Faltan protocolos de actuación y conexión en la red de Salud Mental y, una definición más clara de las funciones del Psicólogo Clínico y del perfil de usuarios que se atiende en una Unidad de Salud Mental.
4. Se percibe descoordinación y divergencia de criterios en los indicadores que registramos y enviamos a la administración sanitaria, al menos en el indicador de primera consulta, lo que conlleva errores en la comunicación.
5. Se confirma la autonomía del especialista en Psicología Clínica en la elaboración de informes y en las derivaciones a otros facultativos sanitarios.
6. Se observa que es insuficiente tanto el material bibliográfico como el de diagnóstico y que los profesionales encuentran dificultades a la hora de adquirirlos.

III. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: MARCO GENERAL

La Psicología Clínica reconocida por la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Ley 44/2003) (BOE, 2003) como profesión sanitaria, es la especialidad que se ocupa de los trastornos mentales, así como de los procesos psicológicos, comportamentales y relacionales que inciden en la salud y en la enfermedad de los seres humanos (RD 1277/2003 (BOE, 2003) y Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, 2003).

En el año 2004, la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) elaboró un informe incorporando los últimos desarrollos legislativos, LOPS y Real Decreto de Centros y Servicios Sanitarios (RD1277/2003) proponiendo modificaciones a algunas definiciones relacionadas con unidades asistenciales y establecimientos sanitarios, que contribuyeron a clarificar roles, recursos y estructuras de forma operativa (AEPCP, 2004).

Tal y como se recoge en la nueva propuesta de programa formativo elaborado por la actual Comisión Nacional de la Especialidad, el objetivo de la Psicología Clínica *“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.*

El campo de acción de la Psicología Clínica abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humanas. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables” (Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, 2009).

Como indica la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud en su documento elaborado en 2002, “Un **tratamiento psicológico** es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico. En

ella, el psicólogo clínico busca eliminar el sufrimiento de una persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana”.

Un tratamiento psicológico requiere, por tanto, la intervención de expertos formados y cualificados en la escucha del sufrimiento del ser humano.

En resumen, y de acuerdo con el perfil definido por el Colegio Oficial de Psicólogos y publicado por diferentes profesionales (García-Álvarez, 1998; Laviana, 1998; Pérez Alvarez, 1998 y Rodríguez-Marín, 1998) en el nº 69 de Papeles del Psicólogo de hace ya una década, constaría de las siguientes fases:

1. Evaluación: Consiste en reunir la información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Para ello, se utilizan técnicas especializadas de evaluación, siendo las más frecuentes test, cuestionarios, entrevistas clínicas, observaciones y aparatos de evaluación de respuestas psicofisiológicas.
2. Diagnóstico: Identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate.

Implica:

- Decidir si es un problema que cae dentro de la competencia del psicólogo clínico.
 - Decidir el grado de severidad.
 - Diagnóstico, si procede.
 - Especificación del problema, en términos operativos.
 - Indicación del tratamiento.
3. Tratamiento: Intervenciones clínicas dirigidas a entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos. Las USM deberían dirigirse a abordar trastornos mentales, tal y como son definidos por los manuales diagnósticos internacionales.

El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo de manera individual, con parejas, familias y grupos. Es posible combinar, según los casos y necesidades, el formato de tratamiento; así, por ejemplo, puede realizarse un tratamiento en grupo junto con sesiones individuales. La intervención puede durar desde una o pocas sesiones, hasta varios años en el caso de los trastornos crónicos. El número de

sesiones y la duración de las mismas dependerá del criterio del facultativo y de la complejidad del caso, si bien en la actualidad se dispone de guías de tratamiento e intervención psicológica con suficiente apoyo empírico que, en muchos casos, permiten establecer una previsión sobre el número de sesiones psicoterapéuticas necesarias para un problema o trastorno particular, así como su secuencia temporal, las necesidades de intervención de otros (profesionales, familiares, grupos de apoyo), o el formato que mejor se adapta, en principio, al problema a tratar. En definitiva, la intervención profesional del psicólogo clínico se sustenta en los mismos principios científicos y éticos que el resto de las profesiones sanitarias.

IV. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA SANIDAD PÚBLICA VALENCIANA

1. INTRODUCCIÓN

El psicólogo se incorpora al sistema sanitario hacia los años ochenta, coincidiendo con la reforma psiquiátrica y con el cambio a un modelo comunitario de atención a la enfermedad mental. En ese momento, el psicólogo, aún sin especialidad sanitaria reconocida administrativamente, pero sí con una dedicación clínica y sanitaria concreta, se integra en los dispositivos de la red de Salud Mental que se van creando, principalmente en las Unidades de Salud Mental.

En Octubre de 1993, tras controvertidos debates entre Comunidades Autónomas, el Colegio Oficial de Psicólogos, Ministerio de Sanidad y Asociación Española de Neuropsiquiatría (Olabarria, 1998), se elabora y consensua un programa de Residencia para la formación en Psicología Clínica, se acreditan centros y se realiza la primera convocatoria de Psicólogos Internos Residentes (PIR).

Progresivamente, la evidencia científica está poniendo de relieve la importancia del comportamiento humano (cognitivo, emocional, conductual y social) en el desarrollo y evolución de procesos relacionados con la salud y la enfermedad en general, y no sólo en el trastorno mental. La Psicología Clínica ha venido a aportar y a demostrar la eficacia de una perspectiva complementaria a la meramente biológica, para la evaluación y tratamiento de los procesos psicopatológicos. Por ello, la incorporación de la figura del psicólogo clínico a los diferentes equipos asistenciales es una demanda cada vez más generalizada por parte de la población.

En la actualidad, los psicólogos clínicos de Salud Mental no pueden abarcar la creciente demanda en materia de la atención psicológica que reciben. Se encuentran saturados por necesidades que exceden al trastorno mental, provenientes tanto de Atención Primaria como de Especializada, cuando ni la red de atención en Salud Mental se ha completado, ni el número de profesionales alcanza las recomendaciones del plan director de Salud Mental del año 2001-2004 para la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2001).

El II Plan de Salud (2007-2013) de la Comunidad Valenciana, recogido en el DOGV nº 5371, plantea entre sus objetivos: (5.2.11) Disminuir la prevalencia de los problemas de salud mental de la población y, (5.2.12) Prestar atención adecuada a

la persona con enfermedad mental y fomentar su reinserción laboral, ocupacional y social, ambas tareas propias del Psicólogo Clínico.

Por todo lo expuesto, se hace necesaria, en el marco de la ya citada Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana y del II Plan de Salud, la actualización de la figura del Psicólogo Clínico en una estructura de Salud Mental también renovada, más acorde con las necesidades y los recientes hallazgos científicos.

2. LA RED DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Con la Ley General de Sanidad (BOE, 1986), la Salud Mental se integra en los Servicios Sanitarios Generales dentro de un modelo comunitario que pretende superar la marginalización de la enfermedad mental y busca la desinstitucionalización de la persona con enfermedad mental grave. De este modo,

- La persona con enfermedad mental es considerada como cualquier otra en todas las necesidades derivadas de su enfermar.
- La comunidad es el marco considerado idóneo para su tratamiento.

La atención comunitaria se caracteriza por:

- Promover la autonomía
- Garantizar la continuidad de cuidados en los diferentes momentos de la enfermedad y a lo largo de la vida
- Hacer accesible la prestación de asistencia
- Apostar por la recuperación personal
- Trabajar por la equidad en la atención.

A pesar de las buenas intenciones, ni los dispositivos sanitarios, ni los sociosanitarios, se han completado y trabajan desconectados en la red.

La realidad actual nos muestra un panorama muy poco alentador:

- Desde el Servicio de Salud Mental, dependiente de la Dirección General de Planificación de la Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidad, no se han establecido directrices unificadoras de la atención o que fomenten la función coordinadora entre los dispositivos o los departamentos.

- El primer nivel de atención a los problemas de salud mental es la Atención Primaria, que deriva a las Unidades de Salud Mental toda demanda que excede su capacidad de resolución. Estas Unidades tienden a funcionar de manera independiente, sin interrelación con las otras Unidades, aunque pertenezcan al mismo departamento. Existe disparidad en sus funcionamientos y una variabilidad no deseable en la atención que prestan.
- La comunicación entre las Unidades de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica es escasa y depende mucho de la voluntad de cada profesional. No existen protocolos en los que se establezcan unos criterios conjuntos de actuación, tanto a nivel clínico como organizativo, que garanticen la continuidad de cuidados.
- La persona con enfermedad mental grave establece una relación de dependencia con la familia para su atención y cuidado, debido a la falta de los recursos sanitarios previstos para su recuperación.
- Los recursos sociosanitarios, dependientes de Conselleria de Bienestar Social, también escasos, son muchos de ellos concertados o privados y sin coordinación con la red sanitaria pública. La escasez de estos recursos, y su actuación no coordinada, tampoco permiten garantizar la continuidad de cuidados o la accesibilidad en la atención.
- La Dirección General de Drogodependencias funciona también con escasa interrelación con el Servicio de Salud Mental a pesar del reconocimiento de la patología dual.

Una atención eficiente en Salud Mental deberá tener en cuenta que:

- Hay un incremento de la prevalencia de enfermedades mentales en todas las sociedades occidentales.
- Es necesario un abordaje biopsicosocial en patologías relacionadas con estilos de vida poco saludables.
- Una red de Salud Mental bien organizada, coordinada e integrada en la red de Servicios Sanitarios Generales supone un ahorro sustancial en el coste global de la Atención Sanitaria Pública y un incremento considerable en la satisfacción de los usuarios con los servicios que se les prestan.
- La atención a los problemas de Salud Mental, para que sea realmente eficaz:
 - Debe darse en un ámbito básicamente ambulatorio y extra-hospitalario, de nivel especializado y con un abordaje multidisciplinar.

- Debe contar con una estructura central de Salud Mental que coordine todos los recursos existentes, tanto sanitarios como sociales, y éstos han de ser lo suficientemente diversificados como para atender la demanda múltiple y cambiante, habitual en este ámbito.

La Agencia Valenciana de Salud (AGV) se ofrece a los ciudadanos, a través de su Carta al Paciente, como un servicio: Público, Equitativo, Respetuoso con la persona y su libertad, Participativo y orientado a las necesidades y demandas de los ciudadanos, Comprometido con la calidad, Dinámico y capaz de adaptarse a las nuevas realidades sociales, Con vocación de servicio a la sociedad para ofrecer la mejor asistencia posible y en el momento más adecuado y Garante del secreto profesional como valor indiscutible de todo el proceso asistencial.

Para poder asumir los nuevos retos de la atención sanitaria es necesaria, una implicación de las Administraciones Públicas, y una reestructuración de la organización de la atención sanitaria en Salud Mental.

A continuación ofrecemos un modelo organizativo que pretende integrar los principios de la Atención Comunitaria con los nuevos modelos organizativos y de gestión previstos en la ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

La gestión de la mejora continua, debe involucrar a toda la organización y en primer lugar a su máximo gestor, responsable de dirigir, alentar y mantener el proceso de mejora.

Así pues, entendemos, que una gestión eficaz de la atención sanitaria en Salud Mental, requiere la creación de un servicio central con la suficiente capacidad operativa para reestructurar la organización de la red de Salud Mental y adaptarla a las nuevas demandas sociales. Por este motivo, proponemos como punto de partida del modelo, la creación de la Dirección General de Salud Mental

- Como compromiso visible de las autoridades sanitarias en la implantación de la mejora continua en la atención en Salud Mental
- Para la promoción del uso del modelo de Excelencia Europeo (EFQM) en el campo de la Salud Mental
- Para potenciar la implicación de los gerentes en el objetivo de que la atención en Salud Mental alcance los mismos niveles de calidad que el resto de patologías.

El otro eje del modelo propuesto, en el ámbito del departamento de salud, y en dependencia y coordinación directa con la Gerencia de Departamento y la Dirección General de Salud Mental, es la creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC).

Estos centros son el espacio físico de referencia para la labor comunitaria y la labor coordinadora y gestora en el departamento. Puede estar ubicado en cualquiera de los dispositivos de salud mental de la red. Desarrollarán una actividad comunitaria como centro de información, de gestión administrativa de la atención y de participación ciudadana que pretende eliminar las barreras de acceso a la atención en Salud Mental.

Los CSMC garantizarán la aplicación, en cada departamento, de los principios de la atención comunitaria y de los nuevos métodos de gestión basados en la excelencia, a través de su función coordinadora y gestora.

▪ **Función coordinadora**

- *Coordinación vertical:* con la Dirección General de Salud Mental de la Consellería de Sanidad.
- *Coordinación interna:* entre todas las Unidades Clínicas de Salud Mental del Departamento.
- *Coordinación con Atención Primaria*
- *Coordinación con Bienestar Social y otros recursos* como Administración de Justicia, Educación, Trabajo, etc

A continuación recogemos un diagrama de la estructura del Área Clínica de Salud Mental de cada Departamento, con el Centro de Salud Comunitaria como eje central y la coordinación establecida por éste en los distintos niveles (ver figura 3)

Figura 3: El Centro de Salud Mental Comunitaria como coordinador de la Red de Salud Mental en cada Departamento de Salud



- **Función gestora:** Centro de gestión y coordinación de toda la Atención Sanitaria en Salud Mental para cada Departamento, tanto ambulatoria como hospitalaria, incluidas las Unidades de Conductas Adictivas, y los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Los Centros de Salud Mental Comunitarios se constituyen como centros con autonomía para la gestión de los procesos asistenciales en Salud Mental de cada Departamento.

El *Comité de Gestión*, responsable de la Atención en Salud Mental del Departamento, ubica su actividad en el Centro de Salud Mental Comunitario, con un diseño funcional fundamentado en los modelos de gestión basados en la excelencia.

Debe tener un carácter participativo y representativo, tanto de los distintos dispositivos asistenciales, como de las diferentes disciplinas implicadas en la atención.

Estará compuesto por:

- El responsable de Salud Mental de Departamento, que será el último responsable de la gestión en Salud Mental en el departamento.
- Los responsables de los diferentes dispositivos de Salud Mental del Departamento.
- Los coordinadores de las diferentes disciplinas implicadas en la salud mental: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería de Salud Mental y Trabajo Social.

Las funciones del coordinador de cada disciplina estarán dirigidas a fomentar la participación y las iniciativas de los profesionales, favorecer la coherencia y continuidad de las actuaciones, defender los criterios de calidad en las prestaciones y a promover la formación, docencia e investigación, todo ello, desde la perspectiva de la disciplina de la que se trate.

El Comité de Gestión será el encargado de ajustar la actuación de los centros sanitarios al Plan Estratégico de Salud Mental de la Agencia Valenciana de Salud, y al Plan de Salud del Departamento, a través del Acuerdo de Gestión suscrito con la Gerencia.

Desarrollará la Cartera de Servicios en el Departamento, optimizará el uso de los recursos, recabará la información sanitaria requerida para el desarrollo de Planes de Salud, desarrollará planes docentes, de formación y de investigación. Podrá también elaborar planes estratégicos propios.

3. PERFILES PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA SANIDAD PÚBLICA

Actualmente partimos de un modelo sanitario en el que la figura del especialista en Psicología Clínica se sitúa en los niveles de Atención Primaria y Especializada.

Atendiendo al modelo descrito en el epígrafe anterior, todos los dispositivos en materia de Salud Mental, tanto ambulatorios como hospitalarios, deberán ser coordinados desde el Centro de Salud Mental Comunitaria y pasarán por tanto, a depender de la Dirección General de Salud Mental.

3.1. EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ATENCIÓN AMBULATORIA.

Como se comentó en el punto anterior, tras la Reforma Psiquiátrica de los años 80, la Atención en Salud Mental se integra en los Servicios Sanitarios Generales dentro de un modelo comunitario.

Es decir, la persona con enfermedad mental es considerada como cualquier otra en todas las necesidades derivadas de su psicopatología; y es la comunidad el marco considerado idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales. Implica superar la marginalización de la enfermedad mental y buscar la desinstitucionalización del enfermo mental y su integración en la comunidad. (Ley 14/86, General de Sanidad, Art. 20).

La red de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Valenciana se desarrolló siguiendo el marco legislativo del Decreto 81/1998, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano (DOGV, nº 3.269), por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la Salud Mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.

Los siguientes apartados recogen las funciones del Psicólogo Clínico en los diferentes dispositivos donde se atiende a los ciudadanos valencianos en materia de Salud Mental.

a. CENTROS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (CSSYR)

Los Centros de Salud Sexual y Reproductiva son concebidos como equipos multidisciplinares, dependen de la Dirección General de Salud Pública y están ubicados en los Centros de Atención Primaria, con los que trabajan de modo coordinado.

El protocolo de actuación del especialista en Psicología Clínica en estos centros, engloba la:

- **Actividad asistencial** que incluye todas las actividades que se realizan en el ámbito terapéutico: diagnóstico, terapia y/o asesoramiento según proceda, de forma individual, en pareja, familiar o grupal, pudiendo ser abordadas a lo largo de todo el ciclo vital de la persona.
- **Actividad de asesoramiento**, consiste en una intervención de ayuda para resolver situaciones conflictivas, promover cambios y mejorar la calidad de vida en el área de la sexualidad y fecundidad humana.
- **Terapia sexológica**, que consiste en el tratamiento de los distintos problemas de la sexualidad humana, encaminados a la comprensión y el enriquecimiento de la vida sexual y afectiva de las personas.
- **Actividad comunitaria**, que incluye todas las actividades que se realizan en el ámbito de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Los/as profesionales de la psicología clínica de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, son los referentes sexológicos del ámbito geográfico del Departamento de salud para todas aquellas actividades que realicen en el ámbito de la educación sexual.

b. UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS Y UNIDADES DEL ALCOHOLOGÍA (UCA Y UA).

Las Unidades de Conductas Adictivas y las Unidades de Alcohología se encargan del diagnóstico y tratamiento sanitario, en régimen ambulatorio, de los pacientes que presentan algún tipo de patología adictiva, así como el apoyo, asesoramiento y/o tratamiento específico, si se precisa, de los familiares directamente afectados. El acceso de los pacientes a estas Unidades se realiza bien directamente o bien por derivación de cualquier centro o servicio sanitario.

Tienen en desarrollo su propio documento de funciones.

c. UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS E INFANTIL (USM Y USMI)

La Unidad de Salud Mental (USM) y su equipo multidisciplinar constituyen el eje básico del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Atienden a los residentes de un área geográfica definida, correspondiente a una o más Zonas Básicas de un Departamento de Salud. Se ubican en un entorno asistencial normalizado, habitualmente un Centro de Salud de Atención Primaria. (Decreto 81/1998, DOGV nº 3.269).

Las Unidades de Salud Mental tienen como prestaciones básicas la atención integral al paciente en materia de salud mental, tanto en régimen de consulta, como en régimen de atención domiciliaria, así como la rehabilitación e integración de los pacientes en la Comunitat Valenciana (Decreto 74/2007, DOGV nº 5.518).

La diversidad de prestaciones psicológicas eficaces existentes obliga a agrupar las intervenciones en tres grupos funcionales básicos, con dedicación laboral diferenciada, del Psicólogo/a Clínico/a de la Unidad de Salud Mental.

- a) Atención psicológica especializada del trastorno mental común
- b) Atención psicológica especializada del trastorno mental grave
- c) Apoyo a la Atención Primaria

Este apartado se desarrollará en la segunda parte del documento.

3.2. EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.

a. HOSPITALES GENERALES

En la actualidad, la Sanidad Pública Valenciana no cubre las necesidades psicológicas de los pacientes en el ámbito hospitalario general. Los casos de profesionales contratados son puntuales y excepcionales, a pesar de ser un área de la Psicología Clínica que cada vez recibe más demanda, tanto por parte de pacientes y familiares, como de los propios profesionales de diferentes especialidades.

Esto ocurre con especial énfasis en algunos servicios hospitalarios tales como Oncología, Neurología, Neonatología, Neumología, Cardiología, Pediatría, Urgencias, Unidades del Dolor, Transplantes, etc.

De este modo, existe constancia en los Servicios de Atención al Usuario que los ciudadanos perciben la necesidad de atención psicológica, complementaria a las prestaciones médicas que reciben, en circunstancias tales como procesos oncológicos, accidentes cardiovasculares, al enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad degenerativa o a procesos terminales, y en otros procesos.

Es preciso también el asesoramiento a otros especialistas y servicios hospitalarios, tanto para el conocimiento de la influencia de los procesos psicológicos en la salud, como para la mejora de la comunicación y atención al paciente.

Son excepcionales los hospitales que cuentan con esta atención, y ante la creciente demanda, algunos Servicios solicitan becas de la industria farmacéutica para contratar a profesionales, las asociaciones de usuarios buscan profesionales altruistas, y/o con contrataciones precarias.

Esta situación de la Psicología Clínica en los Hospitales Generales, anteriormente descrita, conlleva una serie de problemas:

- Los profesionales no forman parte, en la mayoría de las ocasiones, del Servicio de Salud Mental del Departamento. Están contratados de forma puntual (becas, proyectos de duración limitada,..) y por ello no mantienen la continuidad necesaria y permanecen en el servicio hasta encontrar un mejor trabajo que implique seguridad laboral.
- La precariedad es asumida, en algunas ocasiones, por profesionales sin experiencia, o sin la titulación requerida de especialista en psicología clínica, obligatoria para trabajar en las instituciones sanitarias.

Un caso particular es la recientemente creada *Unidad de Psicología Clínica* en el Hospital General Universitario de Valencia formada por dos psicólogos clínicos, un médico, una trabajadora social y un auxiliar, que desempeñan funciones de Interconsulta Hospitalaria y Psicología de Enlace con otros servicios. Dicha Unidad no mantiene relación funcional con el resto de dispositivos asistenciales del Departamento.

Algunos estudios (Wise y Rundell, 1988) cifran entre el 30 y el 60 % los pacientes ingresados en un Hospital General con padecimiento de algún trastorno psíquico.

Con el fin de garantizar una atención integral en el ámbito hospitalario general e integrar los beneficios que aporta la Psicología Clínica para la recuperación y mantenimiento de la salud, sería necesaria la **creación de una Unidad de**

Psicología Clínica que, junto a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, pertenecería a los Servicios de Salud Mental de Departamento.

La intervención de la Unidad de Psicología Clínica en un Hospital General tendería a reducir la mortalidad, la morbilidad, la duración de la estancia y los costes de hospitalización.

Este servicio, obviamente, requeriría una dotación específica de recursos humanos y materiales. No obstante, como se ha dicho, en algunos casos existen los recursos humanos (psicólogos clínicos), por lo que se trataría en realidad de su reagrupación en un espacio propio dentro de la estructura hospitalaria. Esta Unidad desarrollaría las siguientes funciones:

Interconsulta Psicológica: es la respuesta a la consulta de otro especialista, dando una opinión experta, sobre un paciente concreto por el que se ha consultado.

Psicología de Enlace consiste en la formación de otros médicos y personal sanitario sobre problemas o aspectos psíquicos que se suelen encontrar en los pacientes que tratan, así como sobre sus propias reacciones psíquicas frente a estos pacientes. A continuación indicamos algunas actividades a desarrollar como ejemplo de lo descrito:

- Coordinación y valoración de la demanda de otros servicios intrahospitalarios de especialidades médicas y quirúrgicas
- Asesoramiento y formación a los distintos especialistas en técnicas de comunicación y mejora de la relación con el usuario (Programa de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Conselleria de Sanitat)
- Realización de programas de intervención psicológica en patologías y procesos médicos tales como Oncología, Pediatría, Cardiología, Neurología, Neumología, Trasplantes de órganos, Cuidados Paliativos, Endocrinología, o Unidades de Quemados, entre otros. En todos estos procesos, en gran medida crónicos y/o de larga duración, la Psicología Clínica ha demostrado ampliamente su utilidad tanto desde el punto de vista de la detección de morbilidad psicológica que interfiere negativamente con el proceso médico, como aportando procedimientos para mejorar la adhesión a dichos procesos, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, o la estabilidad emocional de los enfermos, entre otras cosas.

- Atención psicológica en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

La Unidad de Psicología Clínica, con objetivos, funciones y estructura propia, trabajaría coordinada, como es imprescindible, con el resto de profesionales de salud mental.

b. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA O UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA.

Dispositivos sanitarios con ingreso de duración media y que realizan intervenciones terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras, con especial énfasis en estas últimas. Dirigidas a enfermos cuya patología trasciende el marco ambulatorio y el de la hospitalización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica UHP (Generalitat Valenciana, 2001).

c. HOSPITAL DE DÍA.

Dispositivo sanitario que presta asistencia sanitaria intensiva a enfermos con patología severa, en régimen de hospitalización parcial, así como a aquellos pacientes que no precisan ingreso a tiempo total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio (Generalitat Valenciana, 2001). En él, los pacientes pasan una o media jornada diurna, con una frecuencia regular, durante un periodo de tiempo limitado. Proporciona tratamiento y cuidado completos, generalmente a pacientes en fase aguda. Ofrecen una rutina diaria estructurada, que incluye tratamiento en grupo, técnicas de socialización y apoyo a la familia.

*LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL
SISTEMA VALENCIANO DE SALUD.
ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL
ESPECIALISTA*

Parte II

LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

V. UNIDADES DE SALUD MENTAL

1. LA UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM)

Las USM se definen en el Decreto 81/1998 del Gobierno Valenciano (DOGV, nº 3.269), en su artículo 5, como un *servicio sanitario especializado, de apoyo a la Atención Primaria*, y son su principal referente de trabajo en el ámbito comunitario. Está vinculado doblemente a la red sanitaria mediante la coordinación con la Atención Primaria y con los demás servicios especializados en Salud Mental.

La Red de Atención Comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, discapacitantes, de larga evolución, que requerían atención multisectorial.

La realidad actual es diferente. Las expectativas de atención psicológica y los perfiles psicopatológicos atendidos se han ido modificando. Los equipos de Salud Mental se saturan con la atención a los trastornos mentales comunes, en detrimento de la atención al paciente mental grave. La experiencia muestra la dificultad de mantener respuestas asistenciales adecuadas a ambos tipos de demanda, y la carencia de los recursos humanos y materiales suficientes, para garantizar calidad asistencial en ambos casos.

Este cambio en la utilización de los servicios se debe, por un lado, al aumento de la demanda, y por otro, a los problemas que impiden garantizar la atención en Salud Mental desde la Atención Primaria, prioritariamente, el exceso de demanda y el escaso tiempo que disponen para la detección precoz y abordaje terapéutico de los problemas de salud mental. Además la formación en salud mental de los profesionales sanitarios de Atención Primaria es insuficiente.

Regular la demanda no es fácil. No existen modelos reglados de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, y generalmente, se establece un consenso explícito o implícito entre profesionales. Sería conveniente el desarrollo de guías clínicas y protocolos que permitan unificar los criterios.

2. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

El equipo de Salud Mental es el referente multiprofesional cuya función consiste en asumir la atención especializada de los problemas en Salud Mental que se le deriven, apoyar a la Atención Primaria en temas de Salud Mental y coordinarse con el resto de dispositivos de la red sanitaria y social para garantizar la continuidad de la atención.

2.1. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

Según los diferentes Planes y Decretos de Salud Mental, se compone de profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería especializada en salud mental, personal auxiliar de enfermería y de administración y Trabajador/a Social. Algunos equipos cuentan también con terapeuta ocupacional.

SITUACIÓN ACTUAL

Las ratios profesionales (Tasa x 100.000 habitantes), están muy alejadas de las previsiones que la Conselleria de Sanidad hizo en el Plan de Salud Mental 2001-2004, y más aún de las recomendadas por organismos profesionales y científicos. Si se atiende a las previsiones reflejadas en el Plan de Salud Mental 2001-2004, la cobertura de las plantillas de profesionales en las USM, sería la que se recoge en la Tabla 1.

La ratio de psicólogos clínicos en la Comunidad Valenciana es inferior a la media española, que se sitúa en 4,3x100.000, según la información aportada por el observatorio de la AEN. La brecha alcanza lo alarmante, si tenemos en cuenta que España ocupa el puesto 18 en el ranking europeo, y sólo por encima de países recientemente incorporados a la CEE (World Health Organization, 2005).

Otras limitaciones encontradas serían:

1. Hay disparidad en la composición de los equipos, según Unidades y Departamentos de Salud. Existen unidades con suficiente personal auxiliar y de enfermería y otros equipos conformados básicamente por psiquiatras y psicólogos clínicos, con poco personal de enfermería y sin personal auxiliar.
2. En estos últimos se dificulta la atención al paciente mental grave, especialmente en la vertiente rehabilitadora.

Es imprescindible resolver este problema para atender con equidad, eficiencia, desde una perspectiva biopsicosocial, al conjunto de la población con patología mental, independientemente de su lugar de residencia.

TABLA I: Ratio x 100.000 habitantes de profesionales en las USM.

Profesionales	Ratio 2007	Plan SM 2001/04	% Cubierto respecto a previsiones del Plan
Psicología Clínica *	2,41	7	34,43%
Psiquiatría **	5,51	9	61,22%
Enfermería **	5,24	7	74,86%
Trabajo Social ***	1,15	3	38,33%
Población total C.V.****	5.179.279		

* Datos recogidos en Diciembre de 2007 por el Sindicato SIMAP. Se contabilizan los profesionales de USM y Hospitales, aunque trabajen en Oncología, Dolor, etc. La ratio para las USM Infantil contando población hasta los 14 años fue de 4,23 (las diferencias entre los Departamentos de Salud eran notables, algunos seguían sin disponer de este recurso).

** Datos ofrecidos por el observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y publicados recientemente en su web www.aen.es

*** Incluye a las trabajadoras sociales de Bienestar Social.

**** Número de tarjetas sanitarias en Junio de 2007.

2.2. COORDINACIÓN

Es una exigencia imprescindible en el funcionamiento inter y multiprofesional eficaz y eficiente.

COORDINACIÓN INTERNA DEL EQUIPO

La definición de Equipo como "multiprofesional" implica una función de coordinación en la que:

- Se determinen prioridades.
- Se fijen objetivos en relación a esas prioridades y se desarrollen planes de actuación para alcanzar los objetivos.
- Se establezca la planificación anual de trabajo
 - Desde la *perspectiva clínica*: sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, iniciativas clínicas a desarrollar, protocolos, planificación anual de la asistencia a congresos y/o reuniones científicas, formación interna, etc.

- Desde la *perspectiva de gestión*: reuniones de equipo, organización de la atención, solicitud de material, detección de carencias y recursos necesarios, programación y coordinación de actividades, etc.

La fuerte demanda asistencial que satura las consultas con problemas de la vida cotidiana o con patologías leves, supone que:

- La jornada laboral se satura con la actividad asistencial y administrativa.
- El profesional tiende a resolver la demanda sin posibilidad de coordinarse con el resto de profesionales del equipo
- Falta tiempo para reuniones en los equipos, actividades clínicas y otras funciones, o éstos son insuficientes para una adecuada coordinación.

COORDINACIÓN EXTERNA DEL EQUIPO

Vertical. Entendida como la relación bidireccional entre la Consellería de Sanidad, la Gerencia y el Coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud.

En la actualidad se observa que ésta es muy limitada:

- No existen directrices en cuanto a la derivación a Salud Mental desde la Atención Primaria.
- Tampoco existen protocolos que incluyan planes de tratamiento interdisciplinar para dar respuesta a las necesidades de la persona con enfermedad mental.
- Cuando se produce, generalmente se debe a cuestiones administrativas o de gestión.

Horizontal. La definimos como aquella relación establecida con otros recursos sanitarios y no sanitarios dentro del Departamento de Salud.

Detectamos que es escaso el tiempo dedicado a la derivación, seguimiento y reincorporación de pacientes de otros recursos sanitarios (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital de Día, Unidad de Media Estancia) y no sanitarios (CRIS, CEEM, pisos tutelados y supervisados, programas de rehabilitación e inserción sociolaboral, recursos sociales comunitarios).

3. FLUJO DE LA DEMANDA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL.

Actualmente, las derivaciones se realizan desde Atención Primaria a Salud Mental a través de la Hoja de Interconsulta o a través de procedimiento informático (Programa Abucasis). No existen modelos reglados para la derivación, ni una práctica unitaria.

El desarrollo de un Programa de Apoyo a la Atención Primaria, tal como está propuesto más adelante (apartado 5.4.c), permitiría fomentar las funciones de coordinación, promoción, prevención, formación y asesoramiento en Salud Mental, así como la capacitación del personal de Atención Primaria para la puesta en marcha de Programas de Salud.

Este programa debería incluir *protocolos de cribado, detección y diagnóstico precoz* de trastornos y enfermedades mentales y comportamentales, *protocolos y guías para el tratamiento de problemas menores* (adaptativos, de conducta, etc.), así como *protocolos de derivación* cuando la complejidad del problema lo exija. Este tipo de guías y protocolos deberían tener como fin último simplificar la tarea al médico de familia y al pediatra, optimizar los recursos asistenciales, y mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios.

La presencia de un Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental, en su programa de Apoyo a Atención Primaria, permitiría la formación progresiva de los profesionales sanitarios y así poder mejorar:

- El conocimiento del trastorno mental,
- El conocimiento de la función del psicólogo y la indicación de tratamiento psicológico,
- La capacidad de derivar directamente al psicólogo especialista y evitar duplicidades con psiquiatría u otros profesionales
- El ajuste de expectativas entre los profesionales implicados.

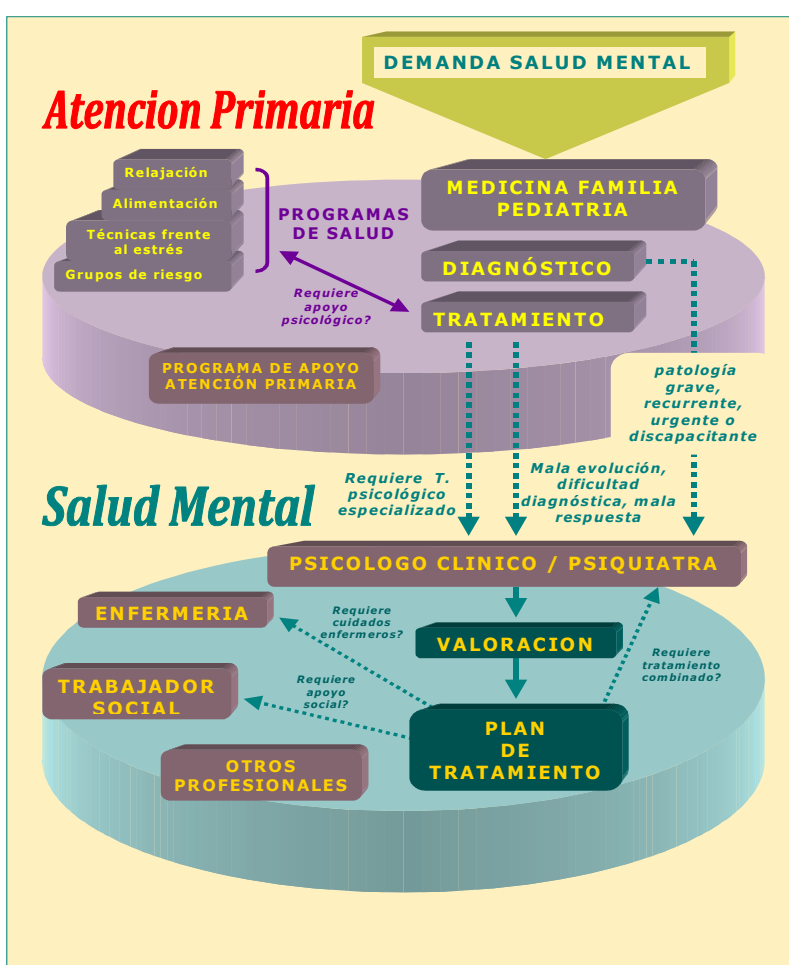
La patología derivada desde Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental, en el modelo propuesto, debe reunir criterios de:

- Gravedad de moderada a grave
- Recurrencia

- Resistencia al tratamiento o mala respuesta terapéutica
- Discapacidad
- Dependencia psicosocial

A continuación ofrecemos gráficamente una propuesta de modelo respecto al flujo de la demanda entre Atención Primaria y Salud Mental.

Figura 4: Flujo de la demanda entre Atención Primaria y Salud Mental



4. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

De forma general el Psicólogo Clínico de la USM participa en el desarrollo de las diferentes funciones de la Unidad:

- Funciones de atención sanitaria (promoción, prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)
- Funciones de gestión
- Funciones de formación, investigación y docencia.

4.1. FUNCIONES DE ATENCIÓN SANITARIA

La diversidad de intervenciones psicológicas eficaces, tanto por su intrínseco carácter preventivo y educativo, como por su capacidad de mejora y rehabilitación de diferentes trastornos mentales, requiere una organización de la atención psicológica que tenga en cuenta el tipo de intervención.

En este sentido, en el presente documento, vamos a diferenciar tres grupos básicos de intervenciones psicológicas. En el primer grupo hablaremos de la *atención psicológica especializada en el trastorno mental común (TMC)*. Este tipo de trastornos, aunque puedan requerir la atención multidisciplinar, generalmente pueden resolverse en la consulta habitual y con los recursos de la Unidad.

En el segundo grupo nos referiremos a la *atención psicológica especializada en el trastorno mental grave (TMG)*. La recuperación en este tipo de trastornos implica el desarrollo de planes de tratamiento individualizados e integrales cuya aplicación es compleja y costosa. La adecuada aplicación de estos planes puede requerir intervenciones muy diversas y frecuentes (individuales, familiares, grupales, domiciliarias, de intervención en crisis, etc.) además de coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios. La programación de la actividad asistencial global debe recoger la posibilidad de aplicar estos tratamientos.

El tercer grupo de intervenciones psicológicas tienen como objetivo atender las necesidades de la población desde el primer nivel de atención sanitaria. Son *intervenciones principalmente dirigidas a los profesionales de Atención Primaria* y se desarrollan en su ámbito de trabajo. Estas intervenciones requieren un alto nivel de

cualificación profesional ya que implican asesorar a otros profesionales sanitarios con responsabilidad plena en la atención sanitaria que prestan.

A este grupo de intervenciones nos referiremos cuando hablemos del Psicólogo Clínico de Salud Mental, con funciones de Apoyo a Atención Primaria. Estas implican una programación específica como en el resto de actividades de intervención en Salud Mental.

a. ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA DE LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES.

1. Diagnóstico y evaluación psicológica de Primeras Consultas

Entrevista clínica individual y/o familiar.

Otros instrumentos de evaluación: pruebas psicométricas, proyectivas, escalas, cuestionarios, registros...

Duración: Tiempo medio de primera consulta, una hora.

Diagnóstico: Según criterios oficiales actuales DSM o CIE incluyendo gravedad, curso y otros aspectos. Puede requerir una o más sesiones.

Planificación de la Intervención:

- Objetivos terapéuticos
- Previsión de la duración del tratamiento, criterios de revisión y alta
- Asignación de responsabilidades a profesionales implicados

2. Intervención psicoterapéutica

Formato: Individual, grupal y/o familiar

Atención domiciliaria

Atención en la Comunidad

Intervención en crisis

Duración: Tiempo medio y periodicidad

- Tiempo medio. Aunque dependerá del momento de la intervención, de la complejidad del caso, del programa de tratamiento a seguir, el tiempo medio sería entre 45 y 60

minutos para una sesión individual, y entre 60 y 90 para una familiar o grupal.

- La periodicidad será establecida por el facultativo especialista en función del tipo de patología, la gravedad del trastorno y las pautas que marque el tratamiento para lograr una intervención eficiente. Lo habitual al inicio de una intervención es que la periodicidad sea semanal o quincenal.

3. Orientación/derivación a otros profesionales y personas de referencia

Programada y a demanda en función de las necesidades detectadas.

4. Derivación a otros dispositivos asistenciales.

El Psicólogo Clínico, como facultativo del equipo de Salud Mental, realizará derivaciones a otros dispositivos asistenciales cuando el caso así lo requiera, mediante formulario protocolizado si lo hubiera o en su defecto hoja tipo de derivación.

b. ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG).

El concepto de TMG surge, en la Atención Comunitaria en Salud Mental, para organizar la atención al paciente, no en relación a una perspectiva limitada del diagnóstico clínico, sino en relación al tratamiento de bloques de problemas comunes, que pueden presentarse en personas con diferentes diagnósticos.

Los criterios para delimitar el TMG tienen que ver con el grado de repercusión negativa de la enfermedad en distintas áreas del funcionamiento personal y la tendencia a evolucionar de modo prolongado. Este tipo de trastornos requieren pues una atención continuada y la implicación de diferentes recursos interprofesionales tanto sanitarios como no sanitarios para su tratamiento.

La "*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), en la pág.52, se refiere al TMG de la siguiente forma:

"Para diferenciar los trastornos mentales graves de los comunes se han establecido criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia. La mayor parte de estudios se han centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, si bien es necesario señalar que en este grupo se

pueden incluir otros trastornos, como el obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad o los alimentarios, *cuando se manifiesten con una gravedad elevada y requieran para su abordaje la intervención de varios profesionales de distintas disciplinas.*"

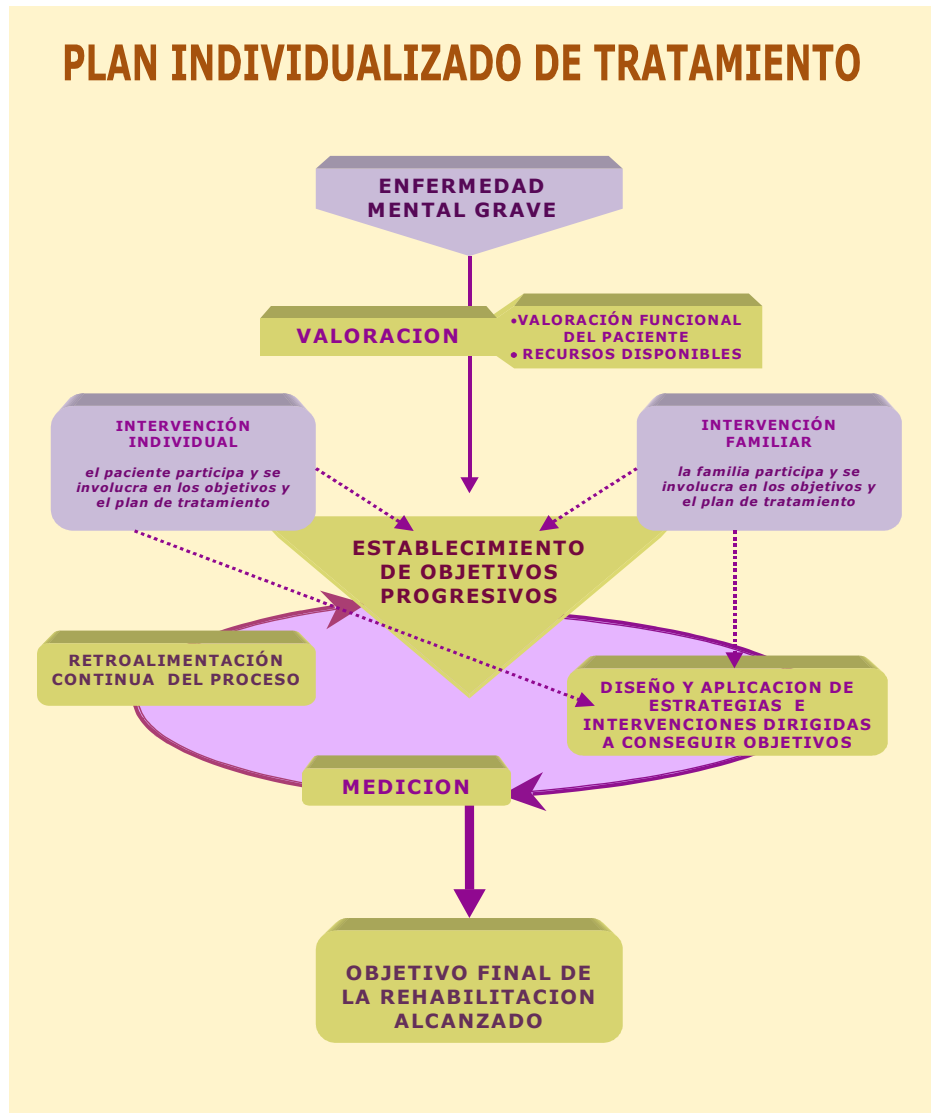
Además, hay que tener en cuenta que el mismo documento (pág.99) incluye en este ámbito determinados problemas que deberán ser abordados por el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil: trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por conducta perturbadora en la infancia y trastornos emocionales graves de inicio en la infancia, además de los ya citados trastornos alimentarios.

Así pues, en el presente documento, vamos a considerar TMG a cualquier trastorno que, por su gravedad produzca en la persona discapacidad y dependencia psicosocial, que requiera la intervención multidisciplinar y/o multisectorial y/ o que se prolongue en el tiempo.

La complejidad de este tipo de intervenciones requiere el diseño de un plan de tratamiento integral e individualizado: el Plan de Atención Integral (PAI), también denominado Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) (Figura 4). El plan debe incluir una valoración funcional global del paciente, la identificación de los recursos disponibles a nivel personal, familiar, social y sanitario, el establecimiento de unos objetivos progresivos y el diseño de las estrategias e intervenciones terapéuticas encaminadas a conseguir los objetivos propuestos.

El proceso de intervención es un proceso dinámico e interactivo, con evaluaciones intermedias que permiten, de una forma coordinada con todos los implicados en el proceso, una adaptación de las estrategias a desarrollar, y una retroalimentación continua de su funcionamiento.

Figura 5: Proceso de intervención en el TMG



1. Plan de Atención Integral para los TMG

La "*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) recomienda mantener, en la Historia Clínica del paciente, un registro escrito actualizado de los siguientes aspectos:

- a. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
- b. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- c. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
- d. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.

2. Intervenciones del Psicólogo Clínico en los TMG

El psicólogo clínico participará en la elaboración y el desarrollo del Plan Integrado de Atención para los TMG, que deberá incluir protocolos de actuación específicos para las diferentes patologías. El psicólogo clínico podrá actuar en unos casos como terapeuta de referencia y en otros como apoyo a otro facultativo.

Las intervenciones terapéuticas, compartidas con el resto del equipo multiprofesional, incluirán tratamiento individual, familiar y/o grupal, además de la atención en crisis y domiciliaria e intervención comunitaria.

❖ Intervenciones individuales

Destinadas al diagnóstico preliminar y psicométrico si procede y, a valorar el seguimiento del proceso de tratamiento global, identificando y tratando cualquier factor de índole psicológica que pudiera interferir dicho proceso.

Pretenden motivar al paciente, hacerlo participar activamente, mejorar su capacidad de comunicación y favorecer su adhesión al plan de tratamiento. Las intervenciones pueden también estar dirigidas, entre otros, a los siguientes objetivos:

- Relacionados con el afrontamiento directo de su enfermedad y el tratamiento sintomático, por ejemplo, terapia cognitiva para delirios, exposición en fobias, exposición con prevención de respuesta en obsesiones y compulsiones...
- Relacionados con la prevención de recaídas y reducción de riesgos: desarrollo de habilidades de autocontrol o habilidades sociales, psicoeducación, rehabilitación vocacional, formación y orientación al empleo, etc.
- Relacionados con incremento del funcionamiento psicosocial: habilidades sociales, técnicas de apoyo social, terapia familiar o multifamiliar, programas de autoayuda, etc.
- Relacionados con la reducción de la dependencia y desarrollo de la autonomía personal: técnicas de exposición graduada, psicoeducación, habilidades sociales, técnicas de formación y orientación al empleo, técnicas de resolución de conflictos, etc.

❖ **Intervenciones familiares**

La familia es generalmente el principal recurso y soporte de la persona con enfermedad mental grave. La intervención familiar constituye, pues, una parte fundamental del plan individualizado de tratamiento, que favorece el éxito del proceso.

De forma paralela a las intervenciones individuales, estas intervenciones están, en general, dirigidas a valorar junto a la familia el desarrollo del proceso, y a identificar y tratar aquellas dinámicas alteradas que pudieran interferir. Pretenden en general, aunque dependiendo del TMG, intervenciones del tipo siguiente:

- Involucrar a la familia en el plan de tratamiento y hacerla participar en los objetivos y estrategias a desarrollar.
 - Mejorar la comprensión del trastorno mental mediante psicoeducación.

- Disminuir la alta expresividad emocional y mejorar la comunicación familiar.
- Potenciar el clima familiar positivo a través de estrategias de resolución de conflictos.
- Dar soporte y apoyo a la familia.
- Potenciar la adhesión a grupos de apoyo mutuo (asociacionismo) que además sirvan como plataformas de gestión y reivindicación de ayuda en la relación con el entorno.
- Ayudar a la detección precoz de reagudizaciones con el fin de disminuir las recaídas, su gravedad, o su duración.

❖ **Intervenciones grupales**

Las intervenciones grupales son recomendadas por su eficiencia en las Guías de Práctica Clínica.

El grupo favorece la relación e interacción social, avala la generalización y puede constituirse en un verdadero grupo de autoayuda para los pacientes (Vilar, Pedrós, Martínez, Arribas, 1997). Los grupos serán, preferiblemente, homogéneos, y estarán compuestos, por lo general, por un número entre 4 y 6 usuarios.

Estas intervenciones, como es lógico, cambiarían según la sintomatología y problemas de adaptación del paciente. Algunos ejemplos:

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el estrés, autocontrol y resolución de problemas.
- Programas de comunicación y habilidades sociales dirigidas a mejorar el desempeño y la competencia social.
- Programas de habilidades básicas relacionadas con el autocuidado, cuidado de la salud y el funcionamiento autónomo.
- Estilos de vida: Instaurar hábitos saludables y actividades de ejercicio físico.
- Rehabilitación de procesos cognitivos básicos para personas con gran deterioro cognitivo.

- Rehabilitación de la cognición social: procesamiento emocional, conocimiento social, percepción social, sesgos de atribución.
- Información psicoeducativa a pacientes y familiares.

Como ejemplo de intervenciones grupales en pacientes psicóticos tenemos entre otras el Tratamiento Psicológico Integrado (IPT) de Roder (1996), Programas Psicoeducativos (Anderson, 1988), de demostrada eficacia, así como las intervenciones multi o unifamiliares basadas en los modelos de Falloon (Falloon, y otros, 1984) o Leff (Kupiers y Leff, 2005), por citar tan sólo algunos ejemplos. Por otra parte, grupos psicoeducativos que incluyan técnicas de control y afrontamiento al estrés también se han evidenciado de máxima eficacia (Perona, Gallach y otros, 2003).

❖ **Tratamiento Asertivo en la Comunidad**

Se ofrecerá, si es posible, organizar un sub-equipo específico con profesionales de la USM y según las necesidades de los pacientes atendidos, cuyo objetivo sea disminuir la frecuencia y duración de los ingresos, mejorar la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de aquellos usuarios de más difícil acceso al sistema sanitario.

❖ **Intervención en crisis, intervención domiciliaria e intervención comunitaria.**

Comprender el entorno social como un recurso terapéutico, proporciona la oportunidad de desarrollar soportes sociales naturales. Desaparece así el problema de la generalización, posibilita la formación de una red social, fomenta la autonomía de los individuos, con apoyos naturales, disminuye la dependencia hacia los propios profesionales sociosanitarios, potencia la motivación de los individuos al dar una respuesta a sus demandas y, por último, garantiza resultados positivos en la interacción con su entorno, disminuyendo el estigma social. Se realizará de forma programada y a demanda en cada ocasión que así se requiera por un subequipo constituido a tal fin para la intervención en crisis y la atención domiciliaria y se considerará la intervención comunitaria como un programa transversal en todas las actuaciones asistenciales de la Unidad.

C. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DE LA USM EN EL PROGRAMA DE APOYO A ATENCIÓN PRIMARIA

La OMS estima que la cifra de personas que sufren enfermedades mentales es muy alta y que entre un 20 y un 25 % de personas que acuden al médico de familia presentan o presentarán a lo largo de su vida un problema de salud mental.

En concreto, estudios procedentes de nuestro ámbito geográfico cercano, como por ejemplo los del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y de la London School of Economics, han demostrado que la prevalencia de las enfermedades mentales es particularmente elevada entre los consumidores de los Servicios de Salud, tanto en Atención Primaria como en Centros Especializados, lo que subraya el enorme peso relativo que tiene la enfermedad mental, tanto en el conjunto de los costes totales de enfermedad como en el coste directo para los Sistemas Nacionales de Salud. Al hilo de lo anterior, el Gobierno británico ha iniciado un proyecto denominado *Improving Access to Psychological Therapies* (<http://www.iapt.nhs.uk/>) que incluye la incorporación de psicólogos clínicos en programas específicos para Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente, la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), en el VII Congreso celebrado en Septiembre de 2008 en Benidorm, ya reclamó a las Administraciones Públicas la incorporación de la figura del Psicólogo Clínico en Atención Primaria aludiendo razones relacionadas con la sobrecarga asistencial, con la necesidad de tratamiento específicamente cualificado y con la saturación de las urgencias ambulatorias u hospitalarias en temas relacionados con la Salud Mental.

Teniendo en cuenta todos estos datos, para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias desde una perspectiva integral y biopsicosocial, habría que incorporar los avances y los conocimientos de la Psicología Clínica a programas específicos para Atención Primaria.

Aunque actualmente no existe un programa específico de Psicología Clínica de Apoyo a los servicios de Atención Primaria, la reciente experiencia en ámbitos como el británico nos demuestra que la existencia de esta figura profesional en Atención Primaria aporta importantes beneficios en cuanto a satisfacción del usuario y a la repercusión de índole económica que tiene en el resto del sistema sanitario general.

El Psicólogo/a Clínico/a responsable del Programa de Apoyo a la Atención Primaria realizará funciones, además de las propiamente asistenciales, de

coordinación, asesoramiento, apoyo y colaboración con el resto de profesionales del Centro de Salud.

Las prestaciones que a continuación se señalan se fundamentan en el Real Decreto 1030/2006, de 16 de septiembre (BOE, 222), por el que se establece la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En su Anexo II se dice que “La *Atención Primaria* es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Comprenderá las actividades de promoción de la salud, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Todas estas actividades dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas...”

El Psicólogo Clínico en el Programa de Apoyo a Atención Primaria realizará funciones de intervención, coordinación, asesoramiento, apoyo y colaboración con los profesionales de la misma. Entre estas prestaciones se encuentran:

- 1) Colaboración para el diagnóstico de Salud de la Zona Básica de Salud y para el establecimiento del sistema de vigilancia epidemiológico.
- 2) Acciones de intervención, coordinación, apoyo y colaboración para el abordaje de casos.
 - Participar en la elaboración de protocolos de derivación a salud mental y velar por el cumplimiento y desarrollo de las estrategias establecidas para mejorar la derivación a tratamientos psicológicos especializados.
 - Mejorar la capacidad de diagnóstico y asesorar en las intervenciones a los médicos de familia y pediatras.
 - En relación al personal de enfermería, formación y participación en la puesta en marcha de Programas de Salud que incluyan aspectos psicológicos, tales como los programas de prevención y tratamiento de la obesidad, adhesión al tratamiento de patologías crónicas como la diabetes etc., en coordinación con Pediatría y Medicina de Familia.
- 3) Acciones de promoción, prevención, diagnósticas y terapéuticas

De promoción de la salud:

- Colaboración en programas de Educación para la Salud en grupos de riesgo y en población general. Las intervenciones tendrán como objetivo fomentar hábitos de salud y autocuidado, cambios en las actitudes y conductas relacionados con estilos de vida que promueven hábitos saludables y de autorresponsabilidad y autocuidado.
- Colaboración en la elaboración, gestión y coordinación de los distintos Programas de Promoción y Prevención en Salud Mental de la comunidad, fomentando la participación de diferentes sectores de servicios (Educación, Justicia, Servicios Sociales, etc.) y de organizaciones ciudadanas.

De prevención:

- Formación y orientación al resto del equipo para mejorar la comunicación y la comprensión intrafamiliar con respecto al momento evolutivo por el que atraviese el sujeto en su ciclo vital, especialmente importante en etapas de infancia y adolescencia.
- Colaboración en la detección e intervención en problemática de violencia de género.

Diagnósticas y terapéuticas:

- Asesoramiento en la realización de diagnósticos tempranos y detección precoz para evitar precipitaciones, dilaciones y errores diagnósticos perjudiciales y generadores de iatrogenia.
- Intervención en trastornos leves, adaptativos, de ansiedad, del estado de ánimo, problemas de conducta, actitudes de riesgo en alimentación, etc., mediante la puesta en marcha y supervisión de grupos terapéuticos o de tratamientos psicológicos individuales o familiares, en su caso.
- Asesoramiento en el manejo de aquellos aspectos psicológicos que puedan interferir o favorecer la adhesión al tratamiento y la continuidad de cuidados.
- Apoyo a los profesionales del equipo de Atención Primaria en el abordaje de la persona con enfermedad mental grave.

4) Participación en las actividades de investigación, evaluación de programas y coordinación del trabajo en equipo.

5) Docencia programada por el Equipo de Atención Primaria, así como en la formación de residentes.

4.2. FUNCIONES DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

El Psicólogo Clínico ha de participar en las tareas administrativas generales de la Unidad de Salud Mental tales como indicadores asistenciales, memoria, elaboración de protocolos, informes, y en todas aquéllas en las que sea necesaria su colaboración para el buen funcionamiento del equipo de trabajo.

Entre las tareas de dirección, administración y gestión, se encontrarían:

- 1) Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas.
- 2) Organizar el trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global. Elaborar o contribuir a dicha planificación, con el concurso en su caso de otros profesionales.
- 3) Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- 4) Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- 5) Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo.

4.3. FUNCIONES DE FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

La formación en Salud Mental es uno de los instrumentos principales para el correcto desempeño de funciones asistenciales integradas dentro del trabajo en equipo. La formación se convierte en requisito imprescindible porque:

- Es necesario trabajar en equipo multi y pluridisciplinar
- Es necesario compartir una metodología de trabajo
- Es necesario definir unas líneas generales teóricas que guíen de manera sistemática las tareas asistenciales.

Por este motivo, se necesitan actividades formativas dirigidas al Equipo de Salud Mental, prácticamente inexistentes. Los pocos cursos que se realizan no son específicos de Salud Mental y en Psicología Clínica no se está incentivando la formación continuada.

El psicólogo clínico de las Unidades de Salud Mental participa en la formación de distintos profesionales:

- Psicólogos Internos Residentes.
- Médicos Internos Residentes de Psiquiatría.
- Enfermeros Internos Residentes de Salud Mental
- Médicos Internos Residentes de Atención Primaria.
- Alumnos del Master de Postgrado de la Facultad de Psicología.
- Alumnos de Grado de la Facultad de Psicología

En el programa académico del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad Psicología de Valencia, en el actual Segundo Ciclo, se encuentran planificadas 240 horas de prácticas supervisadas en centros colaboradores. De este modo, los Centros de Salud Mental que colaboran persiguen los siguientes *objetivos formativos*:

- 1) Integrar el conocimiento clínico teórico-práctico
- 2) Enseñar diferentes técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento relacionadas con la asistencia en Salud Mental
- 3) Adiestrar en la planificación de planes de intervención psicosocial de personas con enfermedad mental crónica
- 4) Entrenar en la utilización de técnicas de dinámicas de grupo
- 5) Introducir técnicas de investigación aplicada a la praxis clínica

Con estos objetivos lo que se pretende es proporcionar servicios congruentes con la educación del estudiante en formación y garantizar una enseñanza de calidad en Psicología Clínica y Psicopatología.

Por otra parte, en 1998, la Comisión promotora de la Especialidad de Psicología Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo edita la Guía de Formación de Especialistas. En este documento se establecen los criterios mínimos de la formación especializada en Psicología Clínica y se regulan los dispositivos por los que el residente debe realizar estancias o rotaciones y el tiempo de las mismas. En estas

rotaciones el residente tendrá asignado uno o varios supervisores encargados de su docencia y un tutor. Es decir, aquellos Departamentos Sanitarios acreditados para la docencia dispondrán igualmente de un programa específico para la formación de futuros especialistas de Psicología Clínica.

Además, como ya se ha comentado, el psicólogo clínico puede colaborar en la formación de residentes de Medicina de Familia, de Psiquiatría o de Enfermería.

Por otro lado, en los distintos Planes de Salud Mental se contempla la necesidad de completar la práctica profesional con la participación en investigaciones, tanto a nivel básico como aplicado, que redunden en la mejora de la práctica clínica. El psicólogo clínico participará en las actividades de investigación, evaluación de programas y coordinación del trabajo en equipo.

VI. SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LAS USM

Del análisis del rol actual desempeñado por el profesional de la Psicología Clínica en los Servicios de Salud Mental y otros servicios sanitarios de la Comunidad Valenciana, podemos deducir que se producen algunas deficiencias:

1. En las derivaciones de Atención Primaria a las Unidades de Salud Mental.
 - Exceso de derivaciones de problemas de la vida cotidiana, con el consiguiente colapso en las USM y el menoscabo en la atención a las patologías graves.
 - En ocasiones, diagnósticos tardíos con patología cronicada.
2. Periodicidad en los seguimientos iguales o superiores a un mes, con la consiguiente pérdida de efectividad y riesgo de iatrogenia.
3. Consultas sucesivas con tiempos limitados a 30 minutos al inicio de una intervención, que reducen igualmente su efectividad.
4. Indefinición de las funciones del psicólogo clínico. Entre otras razones, por:
 - Reciente incorporación de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas.
 - Falta de guías y protocolos de actuación que ayuden a delimitar funciones en la práctica clínica.

- Dificultades de adaptación al cambio del modelo asistencial hospitalario tradicional al modelo comunitario basado en el trabajo de un equipo multidisciplinar.
5. Las actividades de promoción de la salud y prevención realizadas son muy limitadas
 6. El tiempo dedicado a formación e investigación es escaso, poca participación en jornadas científicas y congresos, en grupos técnicos y dificultades de horario para el acceso a la formación.

PROPUESTAS DE MEJORA

A tenor de todo lo expuesto planteamos las siguientes posibles propuestas de mejora en el desarrollo de las funciones del Psicólogo Clínico en las USM

- Completar las ratio de profesionales en las USM.
- Completar la Red de Salud Mental y reestructurarla tal y como se plantea en el apartado 4.2, con la creación del *Centro de Salud Mental Comunitario* y la *Dirección General de Salud Mental*.
- Aumentar la ratio de Psicólogos Clínicos, de modo que puedan atenderse las demandas en Atención Primaria, e incluirse Programas para la Prevención y Promoción de la Salud, así como otros dirigidos a la intervención en otras patologías graves y/o crónicas de salud.
- Desarrollar protocolos de derivación y árboles de decisión entre Atención Primaria y Salud Mental consensuados por las principales sociedades profesionales implicadas y la Dirección General de Salud Mental (AEN-PV, AEPCP, Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV), SEMFyC, Enfermería, etc.).

Estos protocolos consensuados de derivación desde Atención Primaria, incluirán los datos clínicos del paciente, diagnóstico realizado por el médico de familia, tratamiento pautado, duración y respuesta al tratamiento, etc.

- Favorecer el desarrollo y/o adaptación de Guías de Práctica Clínica. Por ejemplo, las desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el Sistema Nacional de Salud (<http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>) y otras que cumplan con los criterios de calidad y requisitos exigidos a una Guía de Práctica Clínica, desarrolladas por organismos

internacionales de prestigio, como por ejemplo, las Guías NICE del National Institute for Health and Clinical Excellence o las recogidas por el Institute of Medicine (IOM)

- Ayudar a realizar algoritmos sobre lo *derivable* (trastorno mental grave o trastornos mentales comunes que excedan su capacidad de tratamiento)¹.
- Reservar el 20% del tiempo semanal a tareas de equipo y coordinación:
 - Realización de sesiones clínicas, reuniones intra y entre equipos.
 - Protocolos de derivación y coordinación tanto interna como desde Atención Primaria
 - Protocolos de derivación y coordinación con los recursos sociales de Bienestar Social y educativos de la Conselleria de Educación.
 - Elaboración, evaluación y puesta en marcha de protocolos de intervención
- Formación continua de los profesionales facilitando el acceso y la organización de cursos de interés sobre patologías y estrategias de intervención basadas en buenas prácticas.
- Crear grupos cooperativos de fomento de la investigación, con la participación del mayor número posible de Departamentos de Salud de las tres provincias de la Comunidad Valenciana.
- Crear una Red de Atención en Salud Mental tal y como se ha descrito en la Parte I, apartado 4.

¹ Trastornos mentales donde el malestar sea clínicamente significativo, a pesar del tratamiento proporcionado en Atención Primaria. Criterios:

- Intensidad, duración y frecuencia
- Interferencia en su vida social, familiar...
- No existen otros recursos sociosanitarios más adecuados

VII. CONCLUSIONES

La elaboración de este documento, fruto del trabajo realizado durante dos años, ha permitido a especialistas de la Psicología Clínica del ámbito sanitario público reflexionar sobre la situación actual y ofrecer un modelo dentro de un nuevo marco integral. Considerando el *Centro de Salud Mental Comunitario* y su *equipo de dirección* el núcleo desde el que se gestiona la atención en cada Departamento de Salud, aparecen nuevas propuestas ajustadas a criterios de eficacia y eficiencia, a los nuevos parámetros legislativos vigentes y a optimizar la atención sanitaria.

Las *necesidades prioritarias* a destacar serían:

1. Aumento del número de profesionales contratados.

En la actualidad la ratio de Psicólogos Clínicosx100.000 habitantes es de 2,41 contabilizando como plazas de Salud Mental las adscritas a servicios hospitalarios tales como Neurología, Dolor, Oncología... Por tanto, sería necesario que se cumpliera la ratio reflejada en el propio Plan de Salud Mental para la Comunidad Valenciana, 2001-2004, que cifra en 7 psicólogosx100.000 habitantes la ratio de psicólogos para cubrir la atención en Salud Mental, o lo que es lo mismo, se precisaría un aumento de plantilla del 66% para hacer realidad las previsiones del año 2004.

2. Destinar una parte de los Psicólogos Clínicos de la Unidad de Salud Mental para realizar las funciones de apoyo a Atención Primaria.

De este modo, sería posible atender a aquellos problemas de Salud Mental que no constituyen un trastorno mental, o que presentándolo la sintomatología es leve (duelos, síntomas ansioso-afectivos secundarios a problemas laborales o en las relaciones, etc.), pero que puede ser conveniente abordar para prevenir patología moderada, reducir la intensidad del malestar y/o reducir el consumo psicofarmacológico. Además, la presencia de Psicólogos Clínicos en Atención Primaria haría posible trabajar en la prevención y abordaje de otros problemas de salud, como la obesidad o la violencia de género, que constituyen objetivos sanitarios (Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, 2005-2009).

3. Ampliación a todos los Hospitales de la Red de las Unidades de Psicología Clínica, como unidades de interconsulta y enlace inter e intrahospitalarias.
4. Adopción de criterios consensuados fiables y válidos como indicadores de evaluación asistencial, actividad preventiva y de promoción, docentes y de gestión. A continuación exponemos un ejemplo de posibles indicadores asistenciales:

Historia Clínica abierta:

Proceso único que se realiza con el objetivo de recoger información de tipo personal, social, familiar y clínica sobre un usuario cuando acude por vez primera a una Unidad de Salud Mental. Sólo se realiza una vez.

Primera Consulta:

Intervención realizada por el psicólogo/a clínico/a con el usuario, familia o grupo por primera vez o bien una vez establecido el contacto inicial, si ha pasado 12 meses o más desde la última intervención realizada por este mismo proceso o por otro diferente.

Cada nueva "Primera Consulta" precisa la valoración inicial por parte del Médico de Familia.

Consulta sucesiva:

Cualquier tipo de seguimiento terapéutico de un usuario, ya sea telefónico, presencial, virtual o domiciliario que se realice desde la primera consulta hasta el alta.

Incluye las modalidades individuales, grupales o familiares (debería recogerse la modalidad de que se trate en los sistemas de información).

Alta:

Proceso explícito de interrupción temporal o definitiva de relación psicoterapéutica, que puede ser de diferente naturaleza:

Clínica: Si se consiguen los objetivos propuestos y se da por finalizada la relación terapéutica por estabilidad y/o mejoría psicosocial.

Derivación: A otro servicio o dispositivo más adecuado o acorde a su proceso terapéutico para seguimiento y atención clínica.

Abandono: Por decisión unilateral del usuario.

Exitus: Por fallecimiento

5. Elaboración de guías, protocolos y/o mapas asistenciales consensuados para los trastornos más frecuentes, basados en criterios de evidencia y excelencia
6. Recomendamos, basándonos en Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, mantener el tiempo medio de:

- 60 minutos para primeras consultas
- 45 minutos para consultas sucesivas
- Periodicidad interconsultas: semanal, al menos al principio de la intervención, o quincenal (siempre a criterio del facultativo)

Con este documento hemos pretendido reflexionar, analizar, debatir y buscar soluciones que ayuden a mejorar la actividad clínica del especialista en Psicología Clínica en los Servicios de Salud Mental.

En el documento ha colaborado un amplio abanico de profesionales que han dedicado tiempo, esfuerzo e ilusión para dar forma a las reflexiones y propuestas de mejora, tanto desde una perspectiva clínica como de gestión.

Ha llegado el momento de trasladar al resto de profesionales de la Psicología Clínica, de los Equipos de Salud Mental, profesionales sanitarios en general y Administración Sanitaria nuestra propuesta, como un elemento que puede servir de base para consensuar y coordinar las líneas generales de la actuación del Psicólogo Clínico en los Servicios de Salud de la Comunidad Valenciana y, por ende, para mejorar la atención a los usuarios de estos servicios.

DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía Práctica de Psicoeducación familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN) (2008). El ejercicio profesional del Psicólogo Clínico en el Sistema Nacional de Salud.
<http://www.aen.es/web/docs/infoGTPC.pdf>.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Informe de la AEPCP sobre el debate en torno a la Ley de Cohesión y calidad del SNS y LOPS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2004, 9 (1), 71-78.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Informe sobre el reconocimiento del Título de Licenciado en Psicología como profesión sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2005, 10 , (3). 221-240.

Alabau F, Belda J, Donat F, González J, Hurtado F, Martínez P, et al. (2004). *Protocolos de actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Beddington, J., Cooper, C.L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F.A., Jenkins, R., Jones, H.S., Kirkwood, T.B.L., Sahakian, J. y Thomas, S.M. (2008). *The mental wealth of nations*. *Nature*, 455, 1057-1060.
<http://www.nature.com/nature/journal/v455/n7216/full/4551057a.html>

Belloch, A. y Olabarría, B. (1993). "El modelo bio-psicosocial: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico". *Clínica y Salud*, 4, (2), 181-190.

Belloch, A. y Olabarría, B. (1994). "Clinical Psychology: Current Status and Future Prospects". *Applied Psychology*, 43, (2) , 193-211.

Boletín Oficial del Estado 102, de 29/4/1986. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Boletín Oficial del Estado 288, de 2/12/1998. 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 119, de 18/5/2002. Orden Pre/1107/2002 de 10 de Mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

Boletín Oficial del Estado 280, de 22/11/2003. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Boletín Oficial del Estado 254, de 23/10/2003. Real Decreto 1277/2003 de 10 de Octubre, por el que se establecen las Bases generales de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Boletín Oficial del Estado 222, de 16/9/2006. Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, por el que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC). Documento del Programa de Formación de la Especialidad de Psicología Clínica (2009).

Diario Oficial Generalitat Valenciana 4.440, de 14/2/2003. Ley 3/2003 de 6 de Febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Diario Oficial Generalitat Valenciana 3.269, de 22/7/1998. Decreto 81/1998 de 4 Junio del Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.

Diario Oficial Generalitat Valenciana 5.518, de 23/5/2007. Decreto 74/ 2007 de 18 de Mayo del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana.

Escudero, C. y Olabarria, B. (2000). La Psicología Clínica en el marco de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 237-243.

[/pdf/revista-aen/2000/revista-75/](#)

Escudero, C. y cols. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII, (85), 153-168. [/pdf/revista-aen/2003/revista-85/](#)

Escudero, C. y cols. (2005) Informe sobre la normativa legal y la reclasificación de plazas de psicólogos clínicos en el SNS. Conclusiones y recomendaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXXIV, (94), 123-148. [/pdf/revista-aen/2005/revista-94/](#)

Falloon, I.R.H.; Boyd, J.L; Mc Gill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenics*. Nueva York: Guilford Press

García Alvarez, M.A (1998). La Reforma Psiquiátrica: un acontecimiento constructor de la Psicología Clínica española. *Papeles del Psicólogo*, 69, 52-54.

Generalitat Valenciana (2001). *Plan de Salud Mental 2001-2004*. Consellería de Sanidad.

Generalitat Valenciana. *II Plan de Salud 2007-2011 de la Comunidad Valenciana*. Consellería de Sanidad.

Generalitat Valenciana. *Carta al paciente*. Consellería de Sanidad.

<http://www.dep7.san.gva.es/infoGeneral/cartaalpaciente.pdf>

- Infocop Online 2007. Analizando los beneficios de integrar la atención primaria y la salud mental. (Noviembre 2008). http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2104
- Kuipers, E., Leff, JF. (2005). *Esquizofrenia. Guía Práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós Ibérico.
- Laviana Cuetos, M. (1998). Los Psicólogos Clínicos en el sistema sanitario público. *Papeles del Psicólogo*, 69, 48-51.
- Labrador, FJ; Vallejo, MA. et al (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Documento de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y la Salud. Siglo XXI*. <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?ID=1062>.
- Mesa Técnica Salud Mental (2008). *Cartera de Servicios en la Red de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. (Borrador Enero 2009)*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003, 2005 y 2008). Catálogo de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp#>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Guías NICE. <http://www.nice.org.uk/>
- Olabarriá, B.(coord.) (1997). *La Psicología Clínica en los Servicios Públicos. Cuaderno Técnico Nº 2. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental*.
- Olabarriá, B. (1998). Para una historia del PIR o la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, (1), 55-72.
- Olabarriá, B. (1999). *Atención Primaria y Salud Mental Comunitaria. Programas de Intervención Psicológica*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa y Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Olabarriá B. (2002). Apuntes y reflexiones ante una nueva etapa de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 83, 3-11. <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN83.pdf>
- Pérez Alvarez, M. (1998). La Psicología Clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Perona Garcelán, S., Gallach Solano, E., Vallina Fernandez, O., Santolaya Ochando, F (2003). *Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía breve para profesionales y usuarios. Tomo I. COPCV: Valencia*.

Programa: Improving Access To Psychological Therapies <http://www.iapt.nhs.uk/>
<http://nds.coi.gov.uk/Content/Detail.asp?ReleaseID=370515&NewsAreaID=2>

Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la Salud y Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 69, 41-47.

Roder, V., Brener, H.D., Hodel, D, Kiennzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Salvador Sánchez, I. (coord.) (2005). El observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de Salud Mental en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93.
<http://www.aen.es/web/docs/RevAEN93.pdf>

Santiago, C., Sánchez, A., Torres M.A., (2008). El ejercicio profesional del Psicólogo Clínico en el Sistema Nacional de Salud. *Cuaderno Técnico nº9*. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental. www.aen.es/web/docs/CTecnicos9.pdf

Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre 2002. <http://www.jhpsicologia.com/psicologia-clinica-salud.htm>
<http://www.jhpsicologia.com/tratamiento.htm>

Vilar, J., Pedrós, A., Martínez, JJ, Arribas, MP. (1997). *Convivir con la esquizofrenia*. Valencia: Promolibro

Wise MG, Rundell JR. (1988). *Concise Guide to Consultation Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

World Health Organization (2005). *Atlas: Country profiles on mental health resources 2005*. Geneva: WHO.

VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (2008). Noticias de Prensa: Europa Press.

ANEXO I: ENCUESTA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN SALUD MENTAL

Hola nuevamente:

La Reclasificación ya está en marcha, pero como ya dijimos nos queda mucho trabajo por hacer y aquí estamos de nuevo puestos en ello.

Como acordamos en reuniones anteriores hemos elaborado una encuesta dirigida a los psicólogos que trabajamos en las unidades de salud mental para hacernos una idea, con datos, de las funciones, actividades que llevamos a cabo en nuestros servicios, necesidades y planteamientos que nos hacemos de cara a nuestro futuro profesional.

Las encuestas para Centros de Salud Sexual y Reproductiva, antes CPF; y UCAs- UA están ya elaborándose por el grupo de profesionales de las tres provincias y se remitirán en fecha próxima.

Sabéis que estamos en un proceso de cambio, no sólo los psicólogos, también la sanidad en la Comunidad Valenciana. Ejemplos de ello son los contratos de gestión, la productividad, la carrera profesional y los nuevos estatutos de la Agencia Valenciana de Salud. Cambios que, sin duda, nos afectarán aunque no podemos prever cómo. Por ello, y para no quedarnos aislados y ser fácilmente manipulables, debemos organizarnos y conocer cuáles son nuestras responsabilidades y funciones dentro del nuevo rol como especialistas. Es por ello que la cumplimentación de estos datos es fundamental para saber qué ocurre dentro de nuestro colectivo y buscar el acuerdo mayoritario que profile de forma eficiente nuestro rol profesional.

Los datos que nos enviéis serán analizados por el grupo de trabajo y los resultados globales se expondrán en una futura reunión del colectivo de psicólogos clínicos para discutir tanto el estado de la cuestión como las posibles recomendaciones, en cuanto a organización y funciones se refiere. Hay que tener en cuenta, que este debate no se ha tenido hasta la fecha y lo consideramos imprescindible, dada la situación actual en la que prácticamente estamos exclusivamente nosotros para apoyarnos y organizarnos.

Está de más señalar la confidencialidad de los datos y su manejo y la urgencia de recibir vuestras respuestas, sugerencias y colaboraciones lo antes posible. La fecha tope que sugerimos es la del 18 de marzo de 2005

Para resolver cualquier duda que os pueda surgir en la cumplimentación de los datos os podéis poner en contacto con los representantes provinciales del Colectivo de Psicólogos Clínicos.

Fecha:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

3.

1. Tipo de unidad: (marcar con una cruz el que corresponda en el recuadro derecho)	
1.1. Unidad de Salud Mental de Adultos	
1.2. Unidad de Salud Mental Infantil	
1.3. Unidad Hospitalaria	
1.3.1. Unidad de Hospitalización breve	
1.3.2. Dolor	
1.3.3. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria	
1.3.4. Oncología	
1.3.5. Neuropsicología	
1.3.6. Otros ¿cuál?	
2. Área de Salud	
3. Población atendida (si la desconocéis nombrar las zonas atendidas *)	
4. Dirección	
5. Población Valencia	
6. Teléfono	
7. FAX	
8. Email	
9. Horario de apertura de la Unidad: Mañanas de Lunes a Viernes ____ Sólo tardes ____ Otros (especificar) :	

(*) Zonas atendidas, pueblos, centros de salud

Población total atendida (Indicar a que estadística del INE se refieren AÑO (____):

B. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO (escribir el nº en el 2004) _

Administración de la que depende el equipo:

Consellería ____ Diputación ____ Equipo mixto ____

Nº de psicólogos de Consellería ____ Nº de psicólogos de Diputación ____

Número

1. Psicólogos:	
¿Cuántos tienen el título de especialistas en Clínica?	
¿Cuántos tienen reconocida la categoría de sanitarios (FEA)?	
2. Psiquiatras	
2. Psiquiatras	
3. Enfermero/a	
4. Auxiliares de enfermería	
5. Auxiliar administrativo	
6. Trabajador/a social	
7. Terapeuta ocupacional	
8. Otros sanitarios (dietistas, endocrinos ...)	
9. Otros no sanitarios (educadores...)	

OBSERVACIONES A LOS APARTADOS A y B:

C. DERIVACIONES

	Habitualmente	En muchas Ocasiones	En pocas ocasiones	Muy raramente
1. Derivación al dispositivo desde				
1.1 Atención primaria				
1.2. Atención especializada				
1.3. Unidades específicas (UCA, Salud Mental)				
1.4. Otros (Centros Escolares, Bienestar social, servicios concertados, ...)				
2. Al psicólogo clínico le deriva				
2.1. Se decide en la propia unidad (en reunión de equipo, tras valoración de enfermería ...)				
2.2 El médico de familia (indicándolo en la hoja de interconsulta)				
2.3. Psiquiatría de la unidad				
2.4. Atención especializada				
2.5. Otros (Centros Escolares, servicios concertados ...). Indicar:				

3. Cuando precisas derivar pacientes hacia otros dispositivos o profesionales sanitarios solicitando su colaboración, en general:

¿Tienes autonomía para solicitarlo?.....

¿Precisa la firma del psiquiatra de la unidad?.....

4. ¿Cómo piensas que deberían realizarse las derivaciones al psicólogo clínico?

5. ¿Consideras que las derivaciones a psicología son adecuadas? ¿Con qué problemas te encuentras?

D. ACTIVIDAD

1. Actividad asistencial (media mensual por psicólogo) en el año 2004 de:

	<i>Dato no registrado</i>	<i>Psicólogo</i>
1.1. Primeras consultas (1)		
1.2. Consultas Sucesivas		
1.3. Primeras urgentes		
1.4. Sucesivas urgentes		
1.5. Terapias de grupo		

En caso de no disponer de los datos anteriores contabilizar (señalando el que corresponda):

Meses de octubre a diciembre de 2004 ____

Contabilizar media de los meses de febrero y marzo de 2005 ____

**2. Realizas primeras consultas (casos nuevos) sin que pase antes por otro profesional I
¿Cambiarías algo en relación a este tema?**

- (1) En mi unidad se contabilizan como primeras consultas (señalar la/s que corresponda/n):
- Las historias clínicas abiertas _____
 - La primera que realiza cada profesional implicado con el caso en la unidad _____
 - Cuando abandona las sesiones o es dado de alta y retoma por el mismo proceso, pasados:
 - Los 3 meses _____
 - 6 meses _____
 - 1 año _____
 - Más de 1 año (concretar el tiempo) _____
 - Cuando abandona las sesiones o es dado de alta, y retoma el contacto por un proceso diferente independientemente del tiempo transcurrido _____
 - Cuando abandona las sesiones o es dado de alta, y retoma el contacto por un proceso diferente, pasado... ¿cuánto tiempo? _____

3. Qué otras actividades has realizado en el año 2004

	SI	NO
3.1. Interconsultas Con otros profesionales de tu unidad		
Con otros profesionales sanitarios fuera del equipo.....		
3.2. Visitas domiciliarias		
3.3. Intervención comunitaria (reuniones de enlace con trabajadores sociales de ayuntamientos, centros escolares... otros ¿cuáles?).		
3.4. Actividades comunitarias (Intervenciones psicoeducativas en institutos, asociaciones... otros ¿cuáles?)		

4. Tiempo dedicado por el psicólogo a:

1. Primeras consultas > 1 hora ___ 1 hora ___ 45' ___ 30' ___ < 30' ___
¿Qué tiempo considerarías adecuado? > 1 hora ___ 1 hora ___ 45' ___ 30' ___ < 30' ___
2. Consultas sucesivas > 1 hora ___ 1 hora ___ 45' ___ 30' ___ < 30' ___
¿Qué tiempo considerarías adecuado? > 1 hora ___ 1 hora ___ 45' ___ 30' ___ < 30' ___

5. Tiempo medio de lista de espera para una primera consulta en el 2004:

- De la unidad _____
 - Para el psiquiatra _____
 - Para el psicólogo _____
- De no disponer del dato, contabilizar en Febrero 05 _____ Marzo 2005 _____

6. Intervalo entre primera y segunda como media en un caso normal, sin patología grave:

Media aproximada en el 2004: semanalmente ___ quincenalmente ___ 1 mes ___ > 1 mes ___
Si no se dispone valorar en el mes de Febrero 05 ___ y en Marzo 2005 _____

¿Cuál te parece que sería el intervalo adecuado?

7. Tipo de patología que trata el psicólogo:

- 7.1. Existen criterios de atención de pacientes según:
Edad (especificar)...
Patologías (indicar tipo de inclusión o exclusión): todo tipo

Otros ¿Cual?:

- 7.2. En qué tipo de casos no interviene el psicólogo:

7.3. Qué tipo de casos no se atienden en la unidad:

7.4. Te parece adecuado el perfil de pacientes que atiendes, ¿qué añadirías o excluirías?

8. ¿Crees que están suficientemente definidas las funciones del psicólogo dentro del equipo?

9. Realización de informes a otros servicios sanitarios o no sanitarios que solicitan información o a los que pedimos su colaboración.

El informe es firmado:

- Por el profesional y/o profesionales de referencia ____
- Por el de referencia y uno de los psiquiatras de la unidad _____
- Exclusivamente por psiquiatría _____

El psicólogo realiza los informes:

	Habitualmente	En muchas Ocasiones	En pocas ocasiones	Muy raramente
1. A otros servicios sanitarios:				
<i>Médicos de Familia</i>				
<i>Otros especialistas (neurólogos, endocrinos...)</i>				
<i>Inspección sanitaria</i>				
<i>Mutuas</i>				
<i>Otros ¿cuáles?</i>				
2. Bienestar Social:				
<i>Minusvalías</i>				
<i>CRIS</i>				
<i>Otros ¿cuáles?</i>				
3. Administración de Justicia				
4. Centros de enseñanza				
5. Otros ¿cuáles?				

10. Actividad docente en el 2004 (marcar con una cruz el que corresponda en el recuadro derecho):

1. La unidad cuenta con formación de residentes de:
 - a. Psicología
 - b. Psiquiatría
 - c. Familia
2. El psicólogo participa en la formación de residentes de:
 - a. Psicología
 - b. Psiquiatría
 - c. Familia
3. Participa en la formación de alumnos del practicum de la Facultad de Psicología.....
4. En la unidad se realizan sesiones clínicas
5. El psicólogo participa en las sesiones clínicas
6. El psicólogo participa en cursos y talleres dirigidos a otros profesionales sanitarios del área

7. Si con fecha anterior al 2004 participaba en la docencia de alguno de los anteriores y ha dejado de hacerlo. ¿Existe algún motivo?:

8. Otras observaciones:

11. Actividad investigadora

1. En la unidad se llevan a cabo investigaciones
2. En caso afirmativo el psicólogo participa
3. El psicólogo realiza investigaciones con otras instituciones sanitarias o académicas
4. Realiza investigaciones y publicaciones independientemente

12. Colaboración en tareas de organización y planificación de la unidad

1. Memoria anual de la actividad realizada
2. Diseño de protocolos
3. Objetivos
4. Otras ¿cuáles?:

13. Tareas administrativas

1. Participación en la memoria anual
2. Recogida de datos estadísticos.
3. Otras ¿cuáles?:

14. Reparto porcentual estimado entre las diferentes actividades dentro del horario laboral

- Actividad asistencial
- Docencia
- Investigación
- Tareas administrativas
- Formación propia

E. RECURSOS MATERIALES

1. La unidad cuenta con ordenador
2. Tiene conexión a internet
3. Cuenta con fotocopidora propia
4. Tiene FAX propio
5. No se dispone de los recursos anteriores pero se accede a los del centro donde la unidad se ubica:
Con facilidad ____ Con dificultad ____ En contadas ocasiones ____
6. Se cuenta con material diagnóstico (escalas, cuestionarios, test psicométricos...).
Bien ____ Suficiente _ _ Insuficiente ____
7. Material bibliográfico u otros materiales:
Bien ____ Suficiente ____ Insuficiente _ _
8. Las peticiones de material a los centros de gestión son generalmente atendidas
 - a. Con prontitud ____
 - b. En un periodo no superior a los seis meses _ ____
 - c. En el mismo año de la solicitud ____

d. No suelen ser atendidas o lo son en escasas ocasiones ____

OBSERVACIONES:

F. RECURSOS EN EL ÁREA DE SALUD

Recursos sanitarios:

	SI	NO	Cons.	Dependencia		
				Diput.	Ayunt.	Otros
Unidad de Salud Mental Infantil						
Unidad de Hospitalización psiquiátrica de agudos						
Unidad de Hospitalización psiquiátrica de media estancia						
Unidad para el tratamiento de los trastornos alimentarios						
Unidad de Conductas Adictivas						
Unidad de Alcoholología						
Hospital de Día						
Otros. Especificar:						

Recursos no sanitarios:

	SI	NO	Cons.	Dependencia		
				Diput.	Ayunt.	Otros
Centro de Rehabilitación y reinserción social (CRIS)						
Centro específicos para enfermos mentales (CEM)						
Centros de día						
Talleres de formación e inserción laboral						
Vivienda tutelada						
Programas de rehabilitación de personas con enfermedad mental crónica						
Otros. Especificar:						

OBSERVACIONES: