



INFORME:
EL USO DE LA
PSICOTERAPIA EN LOS EQUIPOS
DE SALUD MENTAL
DE EXTREMADURA:
Análisis de situación

INFORME:
EL USO DE LA PSICOTERAPIA
EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL
DE EXTREMADURA:
ANÁLISIS DE SITUACIÓN





TÍTULO

Informe: El uso de la psicoterapia en los equipos de salud mental de Extremadura: Análisis de Situación

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Mérida, enero 2019.

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA.
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Servicio Extremeño de Salud.

AUTORES

- **M^a Paz Casado Rabasot**. Psicóloga Clínica. Responsable de la UHDAC. CSS Plasencia. SES/SEPAD. (Coordinadora del proyecto).
- **Laura Gragera Becerra**. Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES. (Coordinadora del proyecto).
- **Beatriz Martín Morgado**. Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES.
- **Ignacio Torres Solís**. Psiquiatra. Responsable de SM. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES.
- **Juan Carlos Sanz de la Torre**. Psicólogo Clínico. UHB Mérida. SES.
- **Francisco Javier Alonso de la Torre Núñez**. Psicólogo Clínico. ESM-IJ Cáceres. SES.
- **Ana García Nieto**. Psicóloga Clínica. ESM Coria. SES.
- **Daniel Argent Ternerero**. Psicólogo Clínico. ESM Plasencia. SES.
- **Sonia Álvarez Arroyo**. Psicóloga Clínica. ESM Zafra. SES.
- **M^a Elena Ramos Berrocoso**. Psicóloga Clínica. ESM Plasencia. SES.
- **M^a Benita Calderón Carmona**. Psicóloga Clínica. ESM-IJ Plasencia. SES.
- **M^a del Rocío Río Alonso**. Psicóloga Clínica. ESM Trujillo. SES.
- **Francisco Javier Sánchez Sánchez**. Psicólogo Clínico. ESM Jerez de los Caballeros. SES.

REVISORA EXTERNA

- **Pilar Bas Sarmiento**.
Doctora en Psicología. Profesora Titular Universidad de Cádiz

PROYECTO GRÁFICO: Iberprint. Artes Gráficas - MONTIJO

ISBN: 978-84-09-07484-6

DEPÓSITO LEGAL: BA-011/2019

Cláusula de género.

“En aquellos casos en que en el texto de este documento se utilicen sustantivos de género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, debe entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión.”

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS	21
5. METODOLOGÍA.....	23
6. RESULTADOS.....	29
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
9. ANEXOS. Cuestionario, Tablas y Gráficos, Índice de Abreviaturas y Acrónimos	64



Salud Mental
de Extremadura



1. RESUMEN EJECUTIVO

Este Proyecto *“Psicoterapia basada en la evidencia en la red de salud mental del Servicio Extremeño de Salud: análisis de situación, formación de profesionales e implantación de un modelo de psicoterapia breve”* tiene como objeto describir la situación actual del ejercicio de la Psicoterapia en el Servicio Extremeño de Salud (SES) por parte de los profesionales de Psicología Clínica y diseñar las directrices que garanticen y optimicen el acceso a los tratamientos psicológicos de los pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Común (TMC) de dicho Servicio. Se dirige preferentemente a los Equipos de Salud Mental (ESM) de Extremadura.

Su estructuración metodológica se establece en tres fases: en la primera fase se busca realizar un análisis de la situación actual de la Psicoterapia en el SES, en la segunda fase se proyecta realizar una Planificación de la Formación en (TBBE) Terapia Breve Basada en la Evidencia de los profesionales de la Psicología Clínica que trabajan en la red, y en la tercera y última fase, se persigue la Implantación de un Modelo de Psicoterapia Breve, adaptado a la heterogeneidad tanto de la demanda como del perfil de los profesionales de la red SES.

El presente informe es el resultado de la primera fase en la que, mediante una metodología mixta (cualitativa con técnica de consenso de expertos para diseño de cuestionario de evaluación y posterior análisis descriptivo de los resultados en una muestra de psicólogos clínicos de la red ambulatoria del SES) se han extraído las siguientes conclusiones:

1. La coordinación entre los Equipos de Salud Mental (ESM) y los Equipos de Atención Primaria (EAP) es escasa y distanciada en el tiempo

2. La periodicidad de las sesiones de Psicoterapia es superior a un mes, lo que podría repercutir en una pérdida de efectividad del tratamiento.
3. Entre los factores establecidos como determinantes de los tiempos de espera, tanto en consultas nuevas como en sucesivas, destaca el estado de la agenda de consultas.
4. El tiempo utilizado habitualmente para las primeras consultas es considerado, generalmente, como adecuado. No sucede lo mismo con las consultas sucesivas, en las que el tiempo utilizado es considerado insuficiente.
5. Los profesionales utilizan preferentemente el abordaje terapéutico individual frente a la psicoterapia de grupo que se utiliza en pocas ocasiones.
6. Se dispone de escasa información acerca del número de abandonos en las intervenciones psicoterapéuticas, así como de los motivos por los cuales se producen dichos abandonos.
7. Es escasa la planificación terapéutica (previsión y acuerdo del número de sesiones y periodicidad) en las intervenciones asistenciales en TMC.



Salud Mental
de Extremadura



2. INTRODUCCIÓN

El presente Informe “Análisis de Situación del Uso de la Psicoterapia en los ESM de Extremadura” se enmarca en el Proyecto *“Psicoterapia basada en la evidencia en la Red de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud (SES): análisis de situación, formación de profesionales e implantación de un modelo de psicoterapia breve para TMC”*. Los TMC, según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007, “son aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional, y que incluyen los trastornos del estado de ánimo (distimia y episodio depresivo mayor unipolar) y los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos y trastorno por estrés postraumático)”.

Este Proyecto basa su justificación en el cumplimiento de prioridades marcadas tanto en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud —en la que se señala como uno de sus objetivos aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles (1) (2)—, como en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (III PISMEx) de la Comunidad Autónoma de Extremadura —que señala como objetivos aumentar la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y de Salud Mental en el abordaje, entre otros, del TMC, así como consolidar la práctica asistencial basada en la evidencia— (3), y en planes anteriores (PISM) (4) y Plan de acción sobre Salud Mental de la OMS (2013-2020) (5).

Los problemas de salud mental constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en los sistemas sanitarios. Destacan los datos epidemiológicos para España obtenidos de la participación de nuestro país en el Estudio Europeo sobre Epidemiología de los Trastornos

Mentales, denominado ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), que ha incluido en la muestra española a 5.473 personas. Éste determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los Trastornos Mentales Comunes (los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% y la de prevalencia-año del 9,8. El estudio del Eurobarómetro de 2002 concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de Trastorno Mental Común (TMC) en Europa es el 23,4% de la población adulta. Según los resultados de este estudio, un 19,46% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,48% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, seguido de la fobia específica y la distimia”. (6)

Según datos del PISM 2007-2012, los diagnósticos en las primeras consultas realizadas en los ESM eran: trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49), en el 30% de los casos, y trastornos afectivos (F30-39), en el 29,7%. (4)

Según los resultados del estudio ESEMED acerca de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en Europa, un 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de sus vidas, y un 8,4% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor —3,9% de prevalencia-año y 10,5% de prevalencia-vida—, seguido de la fobia específica y la distimia. Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios (5).

A nivel de términos de prevalencia europeos, destacan los datos que recoge el III PISMEx derivados del estudio ECNP/EBC REPORT 2011 (Wittchen HU, Jacobi F et als, 2011) (3).

En Extremadura, el 64% de los casos nuevos atendidos son TMC, de acuerdo con el análisis de situación del III PISMEEx 2016-2020 (3). Además del impacto epidemiológico, los trastornos mentales constituyen uno de los principales problemas de salud por la discapacidad que conllevan, por la carga social y económica que suponen y por la elevada dependencia y utilización de los servicios sanitarios. Estimaciones realizadas apuntan a que en el 2020 la depresión será la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado. (6)

Todos estos datos significarían que los TMC demandan una atención que está desbordando los recursos, tanto del nivel primario como del especializado. La alta y creciente prevalencia en la población general, es reconocida como un problema sanitario aún no resuelto, dificultando tanto la efectividad como la eficiencia de la atención.

Esta elevada prevalencia de TMC a nivel primario y especializado, está relacionada con diferentes aspectos, entre ellos con la medicalización del malestar ocasionado por los problemas vitales y por la búsqueda de resolución de dicho malestar desde los servicios sanitarios. Aquí nos encontramos con un punto crítico de la atención comunitaria de los trastornos mentales —según se recoge en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud—, como es la tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación del profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas.

La psicoterapia individual, familiar y de grupo aparecía ya en 1995 como parte del primer Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Más recientemente, y como parte del desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la que se incluyen las Psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis o la hipnosis). (8) (9)

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Anexo II. Criterios de calidad en psicoterapia), la psicoterapia es definida como “un tratamiento científico de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia”. (9)

Existen multitud de estudios a favor de intervenciones psicoterapéuticas como tratamiento de elección en TMC (véanse los estudios de Smith, Glass y Miller, 1980 y los de Lambert y Bergin, 1994) (10,11). Otros tantos, avalan la equiparación o superioridad de la psicoterapia frente a la farmacoterapia (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000, o Hollon, Stewart y Strunk, 2006) (12,13).

Desde el punto de vista de las pruebas científicas sobre la eficacia de los tratamientos, nos remitimos a lo recogido en todas las guías clínicas sobre los tratamientos psicológicos como una de las indicaciones de primera elección, o en combinación con otros, en TMC. Así, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004) recomienda los tratamientos psicológicos como primera elección en los problemas de depresión y neuróticos: “Las intervenciones psicológicas deben ofertarse a todas las personas que padezcan trastornos depresivos o de ansiedad, pues si bien su eficacia a corto plazo es equivalente a la de los fármacos, a largo plazo resulta más eficaz y con efectos más duraderos”. También en la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto, editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se reconoce la importancia de la psicoterapia entre las indicaciones terapéuticas y la necesidad de que se garantice su disponibilidad para los pacientes que lo necesiten. (14)

Asimismo, hay estudios que comprueban que las terapias breves obtienen resultados equivalentes a las de larga duración, lo que las

convierte en más eficientes (relación coste/beneficio), siendo esto primordial en un sistema de salud público donde hay que optimizar los recursos comunitarios.

Otro argumento que apoya las ventajas de las terapias breves es que los pacientes esperan recibir pocas sesiones. Según Rijnders el 70% de los pacientes que inician una psicoterapia espera que dure menos de 10 sesiones y el 50% espera que la duración sea de 5 sesiones o menos. (15)

Por otra parte, los estudios en relación a la eficiencia de la psicoterapia coinciden en que la mejoría se produce en las siete primeras sesiones y que las posteriores tienen que ver más con el mantenimiento de logros (Seligman 1995). Este hecho también es mantenido por Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986), los cuales, basándose en los datos de 15 estudios sobre eficacia de la psicoterapia, concluyen que son necesarias, en no menos de la mitad de los pacientes en tratamiento, al menos 8 sesiones para que se produzca cambio clínico. Parecidos resultados encontramos en una revisión de Lambert, Shapiro y Bergi, 1986, citado en Lumert y Bergin (1994), que concluyeron que el 75% de los clientes que mejora en psicoterapia lo hace durante los seis primeros meses. (16)

Todos los datos hasta ahora expuestos, nos hacen ver que la psicoterapia breve se presenta como una respuesta eficiente para el tratamiento de los TMC, trastornos que son responsables del incremento de la incidencia y prevalencia de la demanda en los dispositivos de salud mental.

Esta búsqueda de la optimización de recursos está en línea con el Documento base de FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) "Psicoterapia en el sistema nacional de salud (SNS)", que señala que, con el fin de ofrecer una psicoterapia de calidad, los servicios sanitarios del SNS deberían desarrollar entre otros (9):

- Tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas de eficacia demostrada a partir de la evidencia disponible y del consenso de la comunidad clínico-asistencial.
- Tratamientos, intervenciones y técnicas psicoterapéuticas individuales breves.
- Tratamientos, intervenciones y técnicas grupales psicoterapéuticas (grupales, parejas, familias) breves.
- Tratamientos, intervenciones y técnicas focales, de tiempo limitado.

Pieza clave para la adecuada implantación de la psicoterapia, es cuidar la formación y la capacitación específica de los profesionales implicados en los tratamientos psicoterapéuticos.

Como ya se ha ido señalando, basándonos en la alta prevalencia y demanda asistencial de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo descritas, nuestro objeto de estudio e intervención se centrará en los TMC.



Salud Mental
de Extremadura



3. JUSTIFICACIÓN

En este contexto, en el que identificamos la necesidad de atención a la demanda de TMC en el sistema público, surge el presente proyecto: por un lado, para conocer la realidad de la situación; por otro para intentar dar respuesta adecuada a la alta demanda asistencial detectada en los ESM de nuestra comunidad, garantizando una atención homogénea y de calidad en todos y cada uno de los dispositivos.

En el año 2010 la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales desarrolla el Proyecto **“Encuentro de Usuarios y Gestores de Salud Mental: Afrontando retos, buscando soluciones”** (17), un proyecto de participación activa de los usuarios de los servicios de salud mental que persigue recoger su experiencia y conocimientos como usuarios de dichos dispositivos, al objeto de poder trasladar las conclusiones a la organización sanitaria, sirviendo como base para la adopción de medidas de mejora de los servicios.

En las conclusiones obtenidas en el análisis de problemas en dicho Encuentro, se definieron y priorizaron los relacionados con la atención recibida desde los ESM, estableciéndose los siguientes:

- Transcurso de un tiempo excesivamente largo entre las consultas sucesivas.
- Falta de eficacia de los tratamientos recibidos.
- Insatisfactoria relación entre los usuarios y los profesionales.

Estos resultados se han tenido en cuenta como elementos añadidos que justifican la realización de este trabajo. Por ello, se consideró necesario un análisis de situación actualizado, que proporcionara datos de la realidad asistencial en TMC, trastornos habitualmente

recurrentes y que en muchas ocasiones muestran resistencia a tratamientos o malas respuestas terapéuticas y, por ende, importante consumo de recursos.

El uso de la psicoterapia puede ser una herramienta asistencial imprescindible en los ESM, pero requerirá una definición explícita de la situación en la que se debe utilizar: indicaciones, adecuación de los modelos a las características del sistema público y disponibilidad de profesionales formados. Según el documento base de la FEAP sobre psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, los profesionales que ejercen la psicoterapia requieren una formación y capacitación específica.

Por otro lado, una de las conclusiones de la Encuesta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) 2008 sobre el ejercicio profesional del psicólogo clínico en el SNS, se refería a la potenciación de los programas de formación continuada para la atención de las necesidades específicas de la especialidad de Psicología Clínica (18).

La realidad de nuestra Comunidad Autónoma, con alta dispersión geográfica, 8 áreas de salud y el número de dispositivos y profesionales recogidos en el III PISMEx (3), puede dificultar la homogeneización en temas imprescindibles de la asistencia: criterios de exclusión e inclusión en psicoterapia, tipos de abordajes psicoterapéuticos, ratios de atención, sistemas de coordinación establecidos, etc. Se hace, pues, necesario un análisis de la situación para poder sentar las bases de unas propuestas de mejora, como desarrollo de protocolos, mapas asistenciales, etc., que permitan unificar criterios y garantizar un sistema fiel al principio de equidad.

En este deseo de conocer la situación de la que partimos, ha sido determinante la colaboración solicitada a los profesionales, cuyas aportaciones han sido fundamentales en el desarrollo del proyecto.

Como punto de partida, describiremos que el Servicio Extremeño de Salud (SES) dispone actualmente de la siguiente red de dispositivos ambulatorios de salud mental propios:

- 16 Equipos de Salud Mental (ESM)
- 4 Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESMI-J)
- 2 Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

El equipo asistencial de todos ellos incorpora prácticamente en su totalidad profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería especialista en salud mental y Trabajo Social.



Salud Mental
de Extremadura



4. OBJETIVOS

El objetivo general de este Proyecto es describir la situación actual del ejercicio de la Psicoterapia realizada por los Psicólogos Clínicos en el Servicio Extremeño de Salud (SES) y diseñar las directrices que garanticen y optimicen tanto el acceso como la utilización de los tratamientos psicológicos definidos para el Trastorno Mental Común (TMC) por parte de los usuarios del SES.

Los objetivos específicos hacen referencia a:

- Analizar la situación del uso de la psicoterapia y definir un catálogo de prestaciones en psicología clínica en la red de salud mental de Extremadura.
- Diseñar y planificar la Formación de los profesionales de Psicología Clínica de la red de salud mental en un modelo de PBBE.
- Fomentar la implantación de dicho modelo de PBBE y evaluar su eficacia.

El presente Informe responde a parte del primer objetivo específico descrito: “Análisis de la situación del uso de la psicoterapia en la Red de Salud Mental de Extremadura”.



Salud Mental
de Extremadura



5. METODOLOGÍA

Este Proyecto se ejecuta a través de tres fases:

- FASE I: Análisis de la situación actual de la Psicoterapia en el SES y definición de catálogo de prestaciones.
- FASE II: Planificación de la Formación en TBBE de los profesionales de la Psicología Clínica que trabajan en la red.
- FASE III: Implantación de un Modelo de Psicoterapia Breve, adaptado a la heterogeneidad tanto de la demanda como del perfil de los profesionales de la red SES y evaluación de la implantación y eficacia del modelo.

A continuación se informa del Análisis de la Situación realizado (Primera parte de FASE I).

Diseño de Estudio

La Metodología utilizada para esta Primera Fase del Estudio ha seguido un diseño mixto. Por un lado, se ha realizado un estudio exploratorio descriptivo de validación de contenido, que engloba el desarrollo y validación de un cuestionario, basado en la opinión de expertos; y por otro, un estudio descriptivo transversal, con la información y datos recogidos de la aplicación del cuestionario.

Para llevarlo a cabo se realizó una presentación del proyecto a los profesionales de psicología clínica de los servicios ambulatorios y hospitalarios de salud mental del SES, proporcionando información sobre aspectos generales del proyecto y cuál era la colaboración requerida para la Comisión Técnica de Psicología Clínica (CTPC) que se iba a constituir, se nombró un coordinador para dicha CTPC.

El diseño del cuestionario obedece a una estructura en diferentes bloques que recogen los aspectos interesantes a la hora de conseguir el objetivo del estudio: A. Datos Administrativos, B. Derivaciones, C. Actividad, D. Proceso Asistencial, E. Intervenciones asistenciales, F. Intervenciones asistenciales en Trastorno Mental Común.

Para las respuestas, se utilizó una escala tipo Likert con cinco categorías: siempre (5), casi siempre (4), a veces (3), casi nunca (2) y nunca (1).

En el proceso de creación del cuestionario se solicitó a un grupo de expertos que hiciesen una valoración cualitativa sobre la información inicial, y sobre los ítems que componían el cuestionario, a través de una puntuación que clasificaba cada ítem como innecesario (1), útil (2), esencial (3). Todos los ítems resultaron clasificados como útiles y como esencial. La puntuación media del cuestionario inicial dada por el grupo de expertos fue de 2,6 (ds=0,5).

El análisis de la información obtenido ha consistido en un análisis estadístico descriptivo de todos los ítems que conforman el cuestionario mediante distribución de frecuencias, presentadas en porcentajes, y medidas de tendencias central y dispersión según las características de los ítems.

Como paso previo a la realización del análisis estadístico, se ha realizado un análisis de la comprobación de la consistencia interna de cada uno de los bloques, calculando el *alfa de Cronbach*. En la mayoría de los casos la fiabilidad es aceptable o buena (ANEXO 1).

Independientemente del análisis descriptivo y de la consistencia interna global del cuestionario, el bloque dedicado a las intervenciones asistenciales (BLOQUE E) se ha analizado de forma independiente y con especial interés, como si fuera un “cuestionario”, ya que se plantea como una herramienta que permita conocer la situación de la psicoterapia en nuestro ámbito.

Ámbito de estudio

El ámbito de estudio engloba los siguientes dispositivos pertenecientes a la Red de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud, actualmente pertenecientes a 8 áreas diferentes en que está dividida la población:

- 16 Equipos de Salud Mental (ESM)
- 3 Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESMIJ)*
- 2 Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

**Hay que aclarar que en el momento de realización del estudio existían 3 ESMIJ, actualmente son 4.*

Población y muestra

El estudio se circunscribe al estudio de la Psicoterapia ejercida en el momento de la evaluación por los 33 Psicólogos Clínicos que existían en la Red ambulatoria de Salud Mental de Extremadura. De los profesionales mencionados, 8 de ellos más un Psicólogo Clínico de Atención hospitalaria constituyeron la CTPC, junto con la coordinadora de dicha Comisión, una Psicóloga Clínica perteneciente a la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.

Para la selección se hizo una convocatoria general por correo postal, solicitando de forma voluntaria a los Psicólogos Clínicos que estuvieran interesados en formar parte del GTPC la presentación por fax o correo electrónico de una solicitud de inclusión (La información recabada era datos personales, dispositivo de pertenencia, Área de Salud, Tiempo de experiencia profesional en Salud Mental, Formación relacionada con Gestión y Calidad, Normalización de procedimiento, Protocolos, Investigación y Experiencia previa en actividades similares). Sobre todo, la idea de preseleccionar a los participantes se realizó siguiendo el criterio principal establecido: **representatividad** de las Áreas de Salud.

Material y método

Variables e ítems del cuestionario:

En el proceso de elaboración del cuestionario se solicitó al grupo de expertos que conformaron la CTPC que hiciesen una valoración cualitativa sobre un borrador inicial y una serie de ítems que componían el cuestionario de partida, realizado por la coordinadora de la CTPC. Se realizó a través de una puntuación que clasificaba cada ítem como innecesario (1), útil (2), esencial (3). Todos los ítems resultaron clasificados como útiles y como esenciales. La puntuación media del cuestionario inicial dada por el grupo de expertos fue de 2,6 (ds=0,5).

De las 30 reuniones realizadas por la CTPC, el consenso de expertos trabajó sobre el cuestionario durante las reuniones 2ª, 3ª y 4ª, según las actas de dicha comisión.

El cuestionario se estructuró en diferentes bloques, que recogían aspectos relevantes a la hora de conseguir el objetivo del estudio. A continuación se da una descripción breve de los diferentes apartados del cuestionario elaborado (para información más detallada ver después ANEXOS):

- A. Datos administrativos.
- B. Derivaciones.
- C. Actividad.
- D. Proceso Asistencial.
- E. Intervenciones Asistenciales.
- F. Intervenciones Asistenciales en Trastorno Mental Común.

Como ya se ha comentado en el apartado de diseño, el análisis de la comprobación de la consistencia interna de cada uno de los bloques (*alfa de Cronbach*) establecía una fiabilidad es aceptable o buena (ANEXO 1).

Para las respuestas, se utilizó una escala tipo Likert con cinco categorías: siempre (5), casi siempre (4), a veces (3), casi nunca (2) y nunca (1).

Procesamiento y recogida de los datos:

La CTPC se reunió entre Abril de 2012 y Mayo de 2018 en 30 ocasiones, realizándose Acta de cada reunión. Se trabajó también con la información del estudio vía telefónica y vía mail, según necesidades de cada momento del estudio.

Para la recogida de datos el cuestionario se editó en papel y se envió por correo postal, facilitando el procedimiento de devolución del cuestionario.

Análisis y codificación de datos:

El análisis estadístico de los datos se realizó con el “Statistical Package for the Social Sciences” 16.0 (SPSS, Chicago, IL), en su versión para Windows.

Para los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario elaborado ad hoc, se ha realizado un análisis descriptivo de todos los ítems que lo conforman, mediante distribución de frecuencias, presentadas en porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión habituales (media, desviación típica y mediana) según las características de los ítems.



Salud Mental
de Extremadura



6. RESULTADOS

(tablas correspondientes a este apartado en ANEXO 2)

a. DATOS ADMINISTRATIVOS

Se ha recogido información de 31 psicólogos clínicos. Estos profesionales proceden del total de los recursos de la red, conformada por 16 Equipos de Salud Mental, 3 Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil y 2 Unidades del Trastorno de la Conducta Alimentaria (en el momento de aplicación del cuestionario).

Todos los equipos están formados por al menos un psicólogo clínico y 27 de ellos tienen, además, enfermero y psiquiatra como mínimo. Algunos de los equipos (18) cuentan con el apoyo de un trabajador social y sólo 9 tienen personal administrativo que les ayude en las tareas administrativas.

La población media atendida por los equipos, es de 77.634,30 habitantes ($de=43.819,14$; $n=23$). El dispositivo que menos número de habitantes atiende tiene 25.600 habitantes y el que más 165.000 habitantes, lo que indica una elevada dispersión en la población atendida. En relación al cupo asignado a estos dispositivos, la situación es similar, teniendo de media un cupo asignado de 39.181,10 habitantes ($de=13.326,25$; $n=20$), y estando el mínimo es 20.000 habitantes y el máximo en 75.000 habitantes (Tabla 1).

b. DERIVACIONES

Se han introducido cuestiones relativas a las derivaciones a la consulta del psicólogo clínico en los últimos 12 meses, en relación a la primera consulta externe e interna.

DERIVACIONES AL PSICÓLOGO CLÍNICO

Primera consulta externa de psicología clínica

En lo referente a la primera consulta externa, la orden clínica procede la mayoría de las veces de Atención Primaria y en algunas ocasiones procede de Atención Especializada. En muy pocas ocasiones la orden procede de otros servicios como urgencias y UHB (Tabla 2).

A pesar de la orden clínica, nunca o en muy pocas ocasiones la primera consulta es realizada por psicología sin triaje, según la mayoría de los dispositivos (54,9%), y siempre o en muchas ocasiones y algunas ocasiones, un quinto de los dispositivos (22,6%) (Tabla 3).

Una vez que la orden clínica pasa al Equipo de Salud Mental para realizar el triaje, éste es realizado por el coordinador del equipo en la mayoría de las ocasiones, 43,2%; seguido de la realización por parte del enfermero y del equipo.

En muy pocas ocasiones, marcadas sobre todo por la clínica del paciente o las urgencias, interviene otro profesional, tratándose en estos casos de un psiquiatra o psicólogo clínico (Figura 1).

Primera consulta interna de psicología clínica

En relación a la primera consulta interna, la orden clínica procede la mayoría de las veces de psiquiatría (93,55%), seguido de enfermería (19,35%) y trabajador social (9,67%) (Tabla 5).

Los cauces de derivaciones a psicología clínica son considerados adecuados por la mayoría de los dispositivos. En muchas ocasiones, para el 74,2% (23) de los dispositivos, en algunas ocasiones para el 16,1% (5) de los dispositivos, y siempre, para el 9,7% (3) de los dispositivos, son siempre adecuados (Tabla 6).

Cuando los profesionales han sido preguntados por los problemas más frecuentes con los que se encuentran en los dispositivos son casi siempre los relacionados con la falta de información en la

orden clínica. Esto es indicado por el 54,84% de los dispositivos que dice que es en muchas ocasiones y el resto casi siempre, tratándose de la derivación no procedente (67,74%) y de la orden clínica valorada como preferente no adecuada (64,51%). Sólo uno de los dispositivos (3,22%) ha destacado otro problema, que es la información escasa o incompleta (Figura 2).

c. ACTIVIDAD

En este apartado se han introducido preguntas relacionadas con la coordinación de los equipos, los tiempos de las consultas y las funciones de los dispositivos.

Todos los dispositivos realizan reuniones de coordinación, aunque con variabilidad en la frecuencia con las que las hace, la mayoría dicen que siempre tienen reuniones (41,9%), seguido de los que dicen que en algunas ocasiones (22,6%), de los que dicen que en pocas ocasiones (19,4%) y de los que dicen que en muchas ocasiones (16,1%) (Tabla 7).

Las reuniones de coordinación de los dispositivos, varían tanto en la frecuencia como en los actores involucrados en ellas.

El 90,32% de los dispositivos mantienen reuniones internas, el 61,29% de los dispositivos tienen reuniones con el área de Atención Primaria, el 38,71% de los dispositivos con las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), el 29,03% con las Unidades de Media Estancia (UME) y el 22,58% con las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (URH) (Tabla 8).

En cuanto a la periodicidad con que se llevan a cabo estas reuniones el 41,9% de las reuniones internas son con carácter semanal, seguido del 32,25% que se hacen diariamente, el 6,44% las hace de manera mensual y el resto con una periodicidad de más de tres meses.

Con Atención Primaria, el 38,7% de los dispositivos dicen no tenerlas programadas, mientras que de los dispositivos que tienen establecidas reuniones con éste área, las tienen con una periodicidad elevada, el 48,4% dicen tenerla con carácter trimestral o más (Figura 3).

Las reuniones con otros dispositivos, como la UME, sólo el 30% de los dispositivos las tiene programadas y con periodicidad elevada, el 22,6% dicen tenerla con carácter trimestral o más. Con la URH, el 77,42% de los dispositivos no las tienen programadas, y al igual que con las otras unidades, los dispositivos que tienen reuniones, las llevan a cabo con carácter trimestral o mayor (19,35%). Con la UHB, la situación es similar, el 38,71% de los dispositivos las tienen programadas de los cuales el 16,1% son trimestrales.

Además, el 42,93% de los dispositivos dice tener reuniones con otros dispositivos, en particular con los Centros Ambulatorios de Drogodependencias (CEDEX —actualmente estos dispositivos se denominan: Equipos de Conductas Adictivas (ECAs)—, con los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y con Centros Educativos.

Con respecto a los tiempos dedicado por el Psicólogo Clínico de manera habitual en las primeras consultas, la mayoría de los equipos, 80,6%, está entre los 45 y los 60 minutos; un 16,1% establece este tiempo en menos de 45 minutos, mientras que un 3,2% de los equipos supera la hora (Tabla 9).

Los tiempos que consideran los equipos adecuados en la primera consulta, están entre los 45 y 60 minutos en el 61,3% de los equipos, más de 60 minutos en el 25,8% de los equipos y menos de 45 minutos en el 12,9% de los dispositivos.

Con respecto a las consultas sucesivas, la mayoría de los equipos, 80,6%, le dedican entre 20 y 45 minutos y el resto entre 45 y 60 minutos; considerando adecuado este último intervalo en 67,7% de

los dispositivos (Tabla 10). Y entre las distintas consultas sucesivas, el tiempo medio es de más de un mes, 36,7 días (de=20,18) (Figura 4).

Entre los factores que determinan estos tiempos de espera, tenemos en primer lugar, según agenda el 64,52% (20), seguido de tipo de intervención, 22,58% y el diagnóstico en el 9,67% de los dispositivos.

En segundo lugar, el diagnóstico en un 38,71% de los dispositivos, seguido del tipo de intervención asistencial, en un 35,48% de los dispositivos y según agenda en un 12,90%. Por último, y en tercer lugar, el 29,03% de los dispositivos dicen el tipo de intervención asistencial, el 25,81% el diagnóstico y según agenda el 19,35% (Figura 5).

Para estos dispositivos, los factores que determinan los tiempos de espera entre consultas sucesivas, son, en el primer lugar, la agenda seguida del diagnóstico y en tercer lugar el tipo de intervención asistencial.

En relación al apartado “otros”, se hace referencia a los factores de riesgo del paciente, a la incidencia que el trastorno pueda tener en la calidad de vida del paciente, a la urgencia de la intervención, a la motivación y a las posibilidades de desplazamiento de los padres o a las ausencias al colegio cuando se trata de niños.

A la hora de decidir la atención terapéutica, se ha utilizado por parte de los dispositivos, criterios de exclusión en su práctica habitual, en un 51,61% de los dispositivos. Estos criterios son la edad, en el 37,5%, en el 43,75% el diagnóstico y en el 25% la complejidad o gravedad. Hay 4 (25%) dispositivos de los que dicen tener criterios de exclusión que indican otros, y hacen referencia a la baja motivación del paciente, demanda inadecuada (necesidad de derivación a otro dispositivo), no existe patología psiquiátrica o psicológica y sordera grave o discapacidad intelectual (Tabla 11).

En relación a las funciones del Psicólogo Clínico dentro del equipo, el 77,4% de los dispositivos, creen que éstas están suficientemente

definidas. Entre los que dicen que no, hacen una serie de observaciones en relación a que no están definidas suficientemente ni dentro del equipo ni del sistema o que es fuera del equipo donde conviene que estén claras, sobre todo en lo que se refiere al detalle que se pone de manifiesto en la cartera de servicios.

d. PROCESO ASISTENCIAL

En lo relacionado con el proceso asistencial, las cuestiones recogen información acerca de las pruebas que se realizan y la planificación terapéutica

Las pruebas evaluativas complementarias que se utilizan en los distintos dispositivos, se agrupan sobre todo en el conjunto de pruebas psicométricas y entrevistas estructuradas, aunque el 9,7% (3) de los dispositivos dicen que nunca usan pruebas psicométricas, el 51,6% (16) nunca usan pruebas psicoproyectivas, el 22,6% (7) nunca usan entrevistas estructuradas, el 32,3% (10) de los dispositivos nunca usan pruebas neuropsicológicas y una mayoría (23) dicen usar otras pruebas complementarias, entre las que se encuentran registros, escalas para la evaluación de la sintomatología, específicos de niños e incluso material elaborado por ellos mismos (Tabla 12).

Las pruebas psicométricas que más se repiten son: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI III) y Millon II, Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS), Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC), Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo (BITE), Tests de Ansiedad Estado Rasgo de adultos y niños (STAI/STAIC), Cuestionarios de experiencia e Imagen Corporal, otros Tests de Inteligencia, otros Tests de personalidad, Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) y otras escalas de evaluación del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH).

Las pruebas Psicoproyectivas que más se repiten son: Test de Apercepción Infantil con Figuras de Animales (CAT-A), Test de Apercepción con Figuras Humanas (CAT-H), Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia, Test Desiderativo y Test del Árbol.

Las entrevistas estructuradas que más se repiten son: Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada (ADI-R), Escala para la Observación del Diagnóstico del Autismo (ADOS), Entrevista para los Trastornos de Ansiedad del DSM-IV (ADIS-C/P) y Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II).

Las pruebas neuropsicológicas que más se repiten valoran Atención, Funciones Ejecutivas, Autorregulación de Respuesta, Lateralidad y Coordinación Visoespacial. Destacan el Test Gueústico Visomotor de BENDER, el Test de Retención Visual de BENTON (TRVB), MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), Test del Reloj, Test de la Figura Compleja de Rey, Subtests WAIS, Minitab Screening, Test de STROOP, Batería Neuropsicológica LURIA-DNA y Test Barcelona.

Otras pruebas que algunos dispositivos utilizan son: Cuestionario de Salud General de GOLDBERG, Escala de Demencia de BLESSED, Child behavior check list (CBCL), Youth Self Report for ages, Historias clínicas específicas (según cuadro clínico a valorar: TDAH, ansiedad, depresión, duelo, ansiedad, etc.). Cuestionarios breves (relativos a intereses, valores...) y materiales realizados por el propio clínico relativos a inventarios, cuestionarios, escalas, etc., para evaluación de sintomatología y estado psicopatológico. Se han recogido también la Escala de Ajuste y Relación Terapéutica (SRS, sesión rating scale), escalas analógicas para evaluar y registros y autorregistros.

En relación a la planificación terapéutica que realizan los dispositivos, y de acuerdo a las condiciones de trabajo de cada uno de los dispositivos, dicha planificación incluye prácticamente siempre la descripción del problema (87,1%), los objetivos del tratamiento (58,06%), y la decisión de estrategias (54,84%); seguido de los criterios de seguimiento

y alta (38,71%). Y con menor frecuencia, se incluye la periodicidad de las sesiones y el número de sesiones (16,3%) (Figura 6).

En los casos en los que no se incluye alguno de estos aspectos de la planificación terapéutica, los motivos son diversos, ya que comentan los equipos que sobre todo ésta depende de la evolución y del número de sesiones y periodicidad (dependencia de la agenda).

e. INTERVENCIONES ASISTENCIALES

Se ha tenido en cuenta sobre todo la intervención mediante psicoterapia, aunque también se ha recogido información sobre otro tipo de intervenciones que pueden realizar los dispositivos.

PSICOTERAPIA

Todos los dispositivos aplican psicoterapia individual, seguido de la psicoterapia familiar, que se lleva a cabo en muchos de los dispositivos (51,6%) y de la psicoterapia grupal, que se lleva a cabo en pocas ocasiones (32,3%) (Figura 7).

En la psicoterapia, el número medio de sesiones utilizadas es diferente según el tipo de psicoterapia, así, en psicoterapia individual es de 12,6 (sd=3,72) y una mediana de 11,41 sesiones y para la psicoterapia familiar, es de 8,62 (sd=4,16) y una mediana de 6,62. En el caso de la psicoterapia grupal, de los 17 dispositivos que dicen utilizarla lo hacen con una media de 10,3 (sd=4,42) sesiones de media y 6,72 de mediana (Tabla 13).

Los modelos de psicoterapia que se aplican en los dispositivos casi siempre son los de tipo cognitivo-conductual, que lo llevan a cabo el 87,10% (27) de los dispositivos, y entre los modelos que menos se utilizan están la psicodinámica breve, en un 67,74% (21), los modelos interpersonales, 45,16% (14) y los de tercera generación, 32,26% (10) (Tabla 14).

Entre los otros modelos de psicoterapia que siguen algunos dispositivos están: Ecléctica, Gestalt, Humanista y Psicodrama.

Entre los dispositivos que informan acerca de las indicaciones de la psicoterapia que son 29 de los dispositivos (93,54%), el 58,62% (17) dicen no estar bien definidas las principales indicaciones de la psicoterapia, mientras que el 38,71% (12) dicen que las principales indicaciones de la psicoterapia están bien definidas (Tabla 15).

A la hora de llevar a cabo labor psicoterapéutica de los dispositivos, hay una serie de elementos, circunstancias u obstáculos que lo impiden o dificultan. La mayoría de los dispositivos, se refieren a la falta del tiempo suficiente, 90,32% (28); seguido de la deficiencia en las infraestructuras, sobre todo en relación al espacio y a la privacidad, y la coordinación interprofesional, ambas señaladas en el 41,93% de los dispositivos (Tabla 16).

Los pacientes atendidos en los últimos 12 meses en los dispositivos son de media 1346 (de=947) y han recibido psicoterapia 1005 pacientes de media (de=765). En torno al 10% de estos pacientes abandonan el tratamiento de psicoterapia. En los casos que indican el motivo de los abandonos, entre los más frecuentes están aquellos relacionados con los tiempos de espera de las consultas, la falta de motivación y mejoría del paciente (Tabla 17).

OTRAS INTERVENCIONES ASISTENCIALES

Con respecto a las otras intervenciones asistenciales que el dispositivo realiza, en la mayoría de las ocasiones se trata de psicoeducación (80,64%) y entrenamiento en control de ansiedad y relajación (87,10% de los dispositivos), seguido de información o asesoramiento a la familia (64,52%), y habilidades sociales (61,29% de los dispositivos) (Tabla 18).

Y en el otro extremo, casi todos (96,77%) dicen no realizar visitas domiciliarias, seguido de los que dicen no realizar educación para la

salud (45,16%) y algo más de la mitad (54,84%) que dice no realizar prevención ni detección precoz.

Además de las cuestiones terapéuticas y de actividad, se ha obtenido información sobre otros aspectos como la formación, investigación, docencia y tareas dentro del dispositivo.

En relación a la participación de los miembros del equipo en actividades formativas o de investigación, la mayoría de las veces, la participación se basa en la asistencia en sesiones clínicas multidisciplinares del dispositivo, como discente (48,4%) y en algunas ocasiones, como docente (41,9%), y la mitad no ha participado nunca en un proyecto de investigación (41,9%) (Tablas 19 y 20).

En lo relativo a las tareas organizativas y de planificación, casi todos los profesionales de los dispositivos dicen que colaboran en ellas (87,10%). Estas tareas son fundamentalmente las relacionadas con el diseño de protocolos y objetivos (32,26%) (Tabla 21).

En relación a las tareas administrativas, los miembros del 70,97% de los dispositivos, dicen que siempre o casi siempre colaboran en ellas. Las más habituales son la búsqueda de historias, gestión de citas, atención telefónica, justificantes y elaboración de informes (Tabla 22)

En relación a la docencia, el 61,29% (19) de los dispositivos nunca o en pocas ocasiones ha colaborado en la formación PIR, sin embargo, el mismo porcentaje de los dispositivos dice haber colaborado habitualmente en la formación MIR (Figura 8).

f. INTERVENCIONES ASISTENCIALES EN TMC

En este apartado se trata aspectos concretos dentro de las intervenciones asistenciales del Trastorno Mental Común.

En la planificación terapéutica del tratamiento de TMC, el 93,55% de los dispositivos incluye en su planificación terapéutica la descripción

del problema, seguido de los objetivos del problema (67,7%) y la decisión de estrategias (54,8%) y de los criterios de seguimiento y alta (38,7%). El número y la periodicidad de las sesiones se incluyen en pocas ocasiones (Tabla 23).

Los motivos de porqué el “número” y la “periodicidad de las sesiones” se incluyen en “pocas ocasiones”, vienen marcados fundamentalmente porque al haber tanto tiempo entre sesiones hay muchas influencias externas (trabajo que dificulte el acudir, otros problemas sobrevenidos, abandonos y reinicios, etc.), y la dependencia de la agenda.

También se señala que la periodicidad de las sesiones y la decisión de las estrategias dependen a veces de la sintomatología.

Los tratamientos con TMC en los dispositivos, tienen una duración media de 11 sesiones (de=4,26) (Tabla 24)

Según la experiencia clínica de los dispositivos, el 45,2% de los dispositivos señalan que los pacientes con TMC sólo reciben psicoterapia en muchas ocasiones, aunque la mayoría de las veces reciben psicoterapia combinada con tratamiento farmacológico prescrito por Atención Primaria, en el 67,7% (21) de los dispositivos y con tratamiento farmacológico prescrito por psiquiatría en el 54,8% (17) de los dispositivos (Tabla 25).

Se señala que en la mayoría de las ocasiones, 93,54%, el alta en un tratamiento de TMC se produce por cumplimiento de objetivos terapéuticos. El 67,7% de los dispositivos indican que en algunas ocasiones se da alta por abandono y el 74,2% de los dispositivos indica que en pocas ocasiones se debe a un alta voluntaria (Tabla 26).

Cabe destacar las necesidades de formación de los miembros de los dispositivos, responden 26 dispositivos (83,87%), de los que 24 (92,31%) dicen tener necesidad de formación en distintos aspectos

(Tabla 27). A continuación se recogen de forma literal las necesidades formuladas por los distintos profesionales:

- Niños.
- Sí, en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que se propone poca Formación.
- Siempre es necesario refrescar conocimientos y aumentarlos, sobre todo en relación a Terapias de Tercera Generación.
- Trastorno por estrés Postraumático (TEPT).
- Más que sobre un tema, cualquier Formación que me posibilite trabajar el TMC con menos sesiones (si es posible), me interesa.
- Novedades que vayan surgiendo, precisamente organización y Planificación Terapéutica adaptada a nuestros recursos (lo que estamos haciendo con este estudio).
- Terapias de reciente implantación: 1) Terapias cognitivas de Tercera Generación y 2) Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR).
- Estrés Postraumático y Patología que acompaña a problemas orgánicos (dolor...)
- Psicoterapia Breve
- Técnicas de intervención que realmente sean eficaces y encajen en un modelo de trabajo en la Sanidad Pública, es decir, que las técnicas se adapten al perfil del paciente y no al contrario.
- Actualización de conocimientos en relación a tratamientos psicoterapéuticos, y novedades en instrumentos de evaluación y diagnóstico.
- La formación continuada es una necesidad profesional permanente.
- Terapia Sistémica Breve, Terapia de Aceptación y Compromiso.
- Otros: Hay numerosos cuestionarios que contestan *Sí* a la necesidad de Formación pero no especifican cuál; otros cuestionarios tienen como respuesta *No* o dejan esta pregunta sin contestar.



Salud Mental
de Extremadura



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los datos obtenidos del cuestionario nos permite hacer una reflexión sobre la situación del uso de la psicoterapia en la atención ambulatoria de salud mental y tener una visión general de la atención prestada por los profesionales de psicología clínica. Este análisis nos sugiere:

1.- Según datos de Estudio ESEMED-España 2006, se registra un incremento en la incidencia y prevalencia de los TMC, con un innegable impacto en el ámbito socio-económico, laboral y personal.

Extremadura es una comunidad con una población de 1.079.920 habitantes a final de 2017. A nivel de atención especializada ambulatoria de salud mental se disponía en 2017 de 16 ESM, 4 ESM-IJ y 2 UTCA, y en 2014 al cierre del cuestionario 16 ESM, 3 ESM-IJ y 2 UTCA, los cuales eran atendidos por un total de 33 psicólogos clínicos. La ratio resultante es aproximadamente de 3 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes.

Si nos fijamos en la recomendación de la OMS sobre la asunción del modelo biopsicosocial de la salud, en las guías de práctica clínica, investigaciones, manuales de Psicología y Psiquiatría, y estudios basados en la evidencia, en el ámbito del TMC los tratamientos psicológicos son imprescindibles, bien solos o bien combinados con tratamientos psicofarmacológicos.

La atención en Salud Mental en Extremadura es realizada actualmente por un número de profesionales, procedentes tanto de la Atención Primaria como específicamente de Salud Mental:

Atención Primaria: 812 médicos de familia, 135 pediatras, 895 enfermeros.

Equipos de Salud Mental (ESM, ESMIJ, UTCA): 33 psicólogos clínicos y 40 psiquiatras, junto a 26 enfermeros especialistas en salud mental y 11 trabajadores sociales. (Año 2014)

Podemos concluir que existe una marcada disparidad respecto a la proporción los profesionales que atienden o pueden atender los trastornos mentales con tratamientos farmacológicos y los profesionales que atienden exclusivamente con tratamientos psicoterapéuticos.

2.- El primer nivel de atención a los problemas de salud mental es Atención Primaria (AP), que deriva a los ESM (a través de la orden clínica) toda demanda que excede su capacidad de resolución. En relación a las derivaciones, los resultados del cuestionario señalan necesidades de mejora en la coordinación entre los Servicios de Atención Primaria y Salud Mental, haciendo especial hincapié en la necesidad de mejora de los criterios clínicos de derivación (gravedad, complejidad...), considerando la función reguladora de AP en la carga asistencial de los servicios especializados de Salud Mental.

Si bien desde AP se asume la detección de los trastornos mentales y asistencia a problemas psicosociales que no requieren tratamiento especializado, diferentes estudios ponen de manifiesto algunas dificultades en la detección de pacientes con depresión y ansiedad, quedando constancia de las limitaciones que se detectan en este nivel por la escasez de recursos y competencia en materia de atención psicológica.

Si consideramos además las funciones de apoyo y asesoramiento a AP desde los ESM (como se indica en el Decreto 92/2006, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la Salud Mental en Extremadura), los datos que se extraen del cuestionario reflejan un nivel de coordinación escasa y distanciada en el tiempo, realizada por sólo algo más de la mitad de los ESM, y con una periodicidad equiparada a la coordinación con las Unidades de Hospitalización Breve (UHB).

Podemos concluir que la organización y configuración de la asistencia sanitaria actual no contempla el acceso a los servicios de asistencia psicológica en AP, ya que no existen Psicólogos Clínicos que formen parte de los Equipos de Atención Primaria (EAPs), proporcionándose como alternativa una respuesta fundamentalmente farmacológica a problemas de carácter psicológico, por parte de los Médicos de Atención Primaria de referencia; Además, existe una insuficiente coordinación entre Atención Primaria y Especializada, para el abordaje del TMC.

3.- En relación a la duración de las sesiones, se constata satisfacción respecto al tiempo utilizado habitualmente para las primeras consultas: la mayoría de los encuestados (80,6%) dedica entre 45 y 60 minutos, tiempo que es considerado generalmente como adecuado (por el 61,3%).

Con respecto a las consultas sucesivas, el tiempo dedicado por la mayoría de los profesionales encuestados suele ser menor que el dedicado a las primeras consultas. Gran parte de los profesionales (80,6%) dedica entre 20 y 45 minutos, y manifiestan escasa satisfacción con estos tiempos (solo el 32,3% lo considera adecuado). El tiempo que la mayoría de los profesionales consideraría adecuado es de entre 45 y 60 minutos por consulta sucesiva (el 67,7%), siendo escaso el porcentaje de profesionales que utiliza efectivamente estos tiempos (19,4%).

Podemos concluir que a menor tiempo dedicado a las sesiones sucesivas los encuestados manifiestan menor satisfacción. Los datos coinciden con el estudio realizado en 2009 con profesionales de la Psicología Clínica del ámbito público pertenecientes a Unidades de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, en el que mientras el tiempo considerado adecuado era de 45 minutos (el 63,2% de los profesionales así lo manifestaban), más de la mitad dedicaban realmente 30 minutos a estas consultas sucesivas (57,9%) (19).

4.- Datos relevantes son los referentes a la periodicidad entre las sesiones: del conjunto de encuestados se extrae una media de 36,7 días y una mediana de 45,41 días entre sesiones, señalando un 48,38% de la muestra que el tiempo habitual de espera entre consultas sucesivas es siempre o en muchas ocasiones de entre un mes y un mes y medio. El 87,10% de la muestra señala que el tiempo habitual de espera entre sesiones es menor a quince días en pocas o en ninguna ocasión.

Estos datos no estarían en la línea de la recomendación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que señala como criterios mínimos para la aplicación de las diferentes modalidades de psicoterapias el de *periodicidad*, estableciendo como recomendación para la Psicoterapia Individual, periodicidad semanal/quincenal; para la Psicoterapia Grupal periodicidad semanal/quincenal también y para la Psicoterapia Familiar periodicidad mensual (9).

Tampoco coincidiría con la periodicidad recomendada por los diferentes modelos de intervención psicoterapéutica. Esta circunstancia dificultaría, además, extrapolar los resultados de los estudios de eficacia, pues estos suelen basarse en una frecuencia de una sesión a la semana, por lo que las condiciones serían muy distintas a las de la realidad clínica encontrada en la encuesta.

Por otra parte, existen estudios preliminares que informan de que la frecuencia de la psicoterapia influye en los resultados de ésta. En el estudio de Cuijpers y cols. (20) respecto a la frecuencia de sesiones, se encontró que un mayor número de sesiones por semana se asociaba significativamente a un incremento notable en el tamaño del efecto, si bien los investigadores son cautos a la hora de interpretar estos hallazgos, dadas las limitaciones del meta-análisis que realizan. De manera especulativa, Cuijpers et al. aventuran que tal vez la configuración más ventajosa en un tratamiento sea la de una terapia no excesivamente prolongada, con nº breve de sesiones, pero en la que

la frecuencia de encuentros entre terapeuta y paciente sea alta. Como los mismos autores reconocen, este punto requiere aún de una mayor evidencia empírica.

Podemos concluir que los datos sobre periodicidad entre las sesiones de psicoterapia no se ajustan a las recomendaciones necesarias para una aplicación adecuada de la misma.

5.- Según se desprende de los datos obtenidos en nuestro estudio, la mitad de los encuestados dice no utilizar criterios de exclusión para la atención psicoterapéutica en su práctica habitual. El resto, refiere utilizar criterios de exclusión en base al diagnóstico, la edad y la complejidad o gravedad.

Consideramos básico el criterio del profesional para la indicación de psicoterapia. Dicha indicación no ha de hacerse de forma indiscriminada, sino de acuerdo a los criterios de buenas prácticas establecidos. Por ejemplo, Retolaza incluye en las indicaciones cuestiones como (21):

- a) Que esté clínicamente indicada.
- b) Que el paciente reúna las condiciones para participar en el proceso (nivel intelectual, aceptación de las condiciones del encuadre).
- c) Que el paciente presente suficiente motivación.
- d) Que se dé en las sesiones iniciales un mínimo acuerdo que permita un esbozo de alianza terapéutica y establecer un contrato terapéutico.

Podemos concluir que no se están utilizando unos criterios de exclusión comunes y adecuados para la aplicación de la psicoterapia en nuestra comunidad.

6.- Los datos del cuestionario evidencian que la psicoterapia de grupo es significativamente menos utilizada que la psicoterapia individual. Esto sucede en un contexto de alta demanda asistencial, donde

la sucesión de sesiones se dilata en el tiempo en unos 45 días principalmente por esta circunstancia de elevada demanda de atención. Como indican Fernández Liria y cols., “la psicoterapia grupal ofrece un beneficio adicional a las terapias individuales, y es el hecho de la posibilidad de ofrecer un tratamiento científicamente demostrado, eficaz a varias personas a la vez, optimizando tiempo y recursos dentro del sistema sanitario”. (22) Este es, sin duda, un aspecto importante en el ámbito del sistema público de salud, donde el número de pacientes es creciente y el número de profesionales reducido.

Es posible que el poco uso de esta modalidad terapéutica radique en una insuficiente formación y entrenamiento de los profesionales en intervenciones grupales que, añadido a la escasez de tiempo, consecuencia de la sobrecarga asistencial, haga más laborioso planificar y llevar a cabo los diseños de las sesiones y el seguimiento adecuado de las mismas. También hay que tener en cuenta que una gran parte de la población atendida en el Servicio Extremeño de Salud reside en zonas rurales y, entendiendo que la confidencialidad cobra una especial relevancia en intervenciones de esta naturaleza, esta circunstancia puede suponer un conflicto a la hora del planteamiento de este tipo de intervenciones.

Podemos concluir que existe una infrautilización de las psicoterapias de grupo a pesar de las ventajas de su uso.

7.- Según los datos obtenidos en cuanto al uso de diferentes modelos en psicoterapia, en los ESM de Extremadura se utiliza mayoritariamente la psicoterapia individual cognitivo-conductual. La media de sesiones en psicoterapia individual es de 12,6, similar al número de sesiones que contempla la psicoterapia breve. El número de sesiones empleadas en psicoterapia familiar y grupal es menor, siendo además modalidades utilizadas con menor frecuencia. Las terapias interpersonal, sistémica, psicodinámica breve, de 3ª generación y otras, se usan significativamente poco, y por la mayoría de los profesionales encuestados, nunca.

Factores como la situación actual de alta presión asistencial, el afán de los profesionales de optimizar recursos y tiempo y de utilizar psicoterapias en base a criterios de eficacia y eficiencia (según los criterios establecidos en el grupo de trabajo de promoción y difusión de los procedimientos psicológicos de la división 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA), que establece unos criterios particulares para identificar tratamientos empíricamente validados o tratamientos psicológicos basados en la evidencia) pueden determinar la elección de un modelo, casi único, de intervención, dificultando el uso de otros modelos.

Algunos autores cuestionan los métodos de validación de tratamientos basados en la evidencia. Así, Rodríguez Morejón argumenta: “Hay una controversia en marcha sobre la política económica de las evidencias; controversia que afecta al cómo se definen y al quién debe definir las. La cuestión no es evidencias sí o no, sino quién controla su definición y qué clase de evidencias son aceptables para quién. Las políticas sobre la cuestión hacen referencia a si las evidencias clínicamente relevantes y las más cualitativas basadas en la práctica son permitidas. La elección no es entre ciencia y no ciencia, sino entre un positivismo estrecho que únicamente valida los diseños con asignación de sujetos al azar y la base de evidencias que son aplicables al mundo real de la psicoterapia”. (23)

Si se siguen restrictivamente criterios en la línea de aceptar exclusivamente los enfoques basados en la evidencia fundamentada en un positivismo cientificista, de alguna manera se excluirían otros enfoques que han demostrado su eficacia en la práctica clínica diaria en los servicios públicos de salud.

Cuestionamientos de este tipo, y otros surgidos sobre la metodología y el uso de los informes del grupo de trabajo de la APA (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Grupo de Trabajo sobre la promoción y difusión de los procedimientos

psicológicos), generaron tensiones internas en el seno de aquella organización que forzaron el editorial de la APA de 2006, con el título “Práctica Psicológica Basada en la evidencia”, que trataba de conciliar las diversas corrientes y tendencias, siendo dicho informe una propuesta integradora que amplía los criterios de lo que se entiende por evidencia e incorpora los elementos fundamentales del cliente como son sus valores, preferencias, contexto y cultura.

La Práctica Psicológica Basada en la Evidencia (PPBE), supone articular un proceso de toma de decisiones para poder integrar múltiples corrientes de evidencia de investigación en el proceso de intervención, como las intervenciones, la profesionalidad, la experiencia clínica, las necesidades, los valores y las preferencias del paciente. (24)

Fernández Liria y cols., hablan de eclecticismo en la práctica profesional: “La práctica clínica en el sector público de algún modo obliga a una postura abierta a diferentes mentalidades y escuelas e impone un cierto eclecticismo o actitud integradora. O dicho de otro modo: las escuelas perviven con su sectarismo intacto porque han arbitrado procedimientos de selección de pacientes y perpetuación de su discurso que son invariables cuando se tiene la responsabilidad de atender la patología de toda una población.” (25)

Podemos concluir que en nuestra CCAA fundamentalmente se implementa la psicoterapia cognitivo-conductual en sesiones individuales, en relación a otras modalidades psicoterapéuticas.

En esta línea argumental sería fundamental ofrecer a los profesionales la posibilidad de intercambio de experiencias en jornadas, encuentros, etc., así como formación cualificada, para favorecer una práctica profesional más amplia.

8.- La psicoterapia breve es un término que abarca a una variedad de modelos terapéuticos, existiendo propuestas planteadas desde diversas perspectivas teóricas (Por ejemplo: conductual,

cognitivo-conductual, analítica, sistémica, la centrada en soluciones, etc.). La psicoterapia breve no tiene una clara definición y un definitivo establecimiento de sus condiciones.

Sí es cierto que, aunque no esté firmemente delimitado el número de sesiones que define a una psicoterapia breve, para autores como Sperry (1989) la mayoría de las psicoterapias breves presentan un número de sesiones de entre 7 y 25.

Se puede considerar que los datos obtenidos en nuestro cuestionario entran dentro de los márgenes mencionados, pues se extrae una media de sesiones de 12,6 (DS=3,72) y una mediana de 11,4.

Estos datos son muy similares a los obtenidos en la revisión de ensayos clínicos aleatorizados realizada por Hansen, Lambert y Forman (2002), que encuentran que las psicoterapias en los ensayos clínicos tienen 12.7 sesiones de media. Estos autores señalan que, para conseguir una mejoría significativa, en al menos la mitad de los pacientes pueden ser suficientes entre 13 y 18 sesiones. (26)

No obstante, nuestros datos sí son algo más elevados que los descritos en estudios de efectividad con pacientes reales, en contextos reales, tratados por terapeutas trabajando en sus circunstancias habituales, en los cuales la media de sesiones de psicoterapia empleadas para el tratamiento de la depresión ha sido de 9 sesiones (Wampold BE et al). (27)

Otros estudios encontraron que el número medio de sesiones en contexto real era aún más bajo. Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen y Nielsen encontraron que el número medio de sesiones de psicoterapia, en contexto real, estaba entre 6 y 7. (28)

Un dato que apoya la efectividad de la psicoterapia breve es el estudio que fue llevado a cabo por Howard, Kopta, Krause & Orlinsky. Esta investigación sostiene que la mayoría de los cambios se dan en las sesiones iniciales de un tratamiento. Señalan que el 50% de los pacientes consiguen su mejoría en las 8 primeras sesiones. (29)

En general parece ser que los estudios describen la importancia de la primera a la séptima sesión para que se produzcan cambios en el paciente. En esta línea, un estudio de Barkham et al., revela que el impacto de cada una de las sesiones sobre la mejoría de los usuarios es mayor al inicio del tratamiento que en las sesiones posteriores, disminuyendo de forma considerable a lo largo de las 12 primeras; es decir, los usuarios mejoran más en las fases iniciales de los tratamientos, produciéndose la mayoría de los cambios entre las sesiones 1 y 6 y estabilizándose después. (30)

Podemos concluir que el número de sesiones totales utilizado en nuestro ámbito asistencial, está dentro de los límites de la psicoterapia breve, y que este número puede ser aún menor. Según Sledge y sus colaboradores para acortar aún más el número de sesiones y para evitar abandonos, se podrían seguir las indicaciones recogidas en su investigación (1990), en la que los abandonos para la psicoterapia de tiempo limitado (con un precontrato y un número de sesiones no negociable) eran la mitad que para la psicoterapia breve (sin establecer un tiempo limitado) y la psicoterapia a largo plazo. Concluyen que cuando los pacientes saben el tiempo que va a durar la psicoterapia, se sienten con más capacidad de control y más capaces de trabajar de forma focalizada hacia la consecución de objetivos. (31)

9.- En el apartado del cuestionario que analiza los datos de actividad, además de recoger cuestiones como el formato, modelo, número de sesiones, etc., se preguntaba, en relación a los 12 últimos meses, cuestiones como el número de pacientes que habían recibido psicoterapia y el número de abandonos que se habían producido. Dato relevante que se observa, en comparación con el resto de los apartados del cuestionario, que se produce una reducción importante del número de respuestas por parte de los participantes.

A la pregunta referida al número de pacientes que habían recibido psicoterapia, respondió el 51,61% de los psicólogos clínicos, y respecto

al número de pacientes que había abandonado la psicoterapia, sólo respondió el 32,26%.

Si bien el cuestionario no recogía una definición de abandono, para nuestras conclusiones lo entendemos como interrupción, terminación prematura o discontinuidad del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable. En el análisis de los resultados se refleja que en la mayoría de los casos se realiza un escaso seguimiento de los abandonos, y se desconoce el número y los motivos por los cuales se producen.

Creemos que el abandono terapéutico puede tener numerosas repercusiones en los resultados clínicos. Por ello, identificando factores de riesgo se podría aumentar la adherencia al tratamiento, consiguiendo así mejorar los resultados clínicos. Algunas de las respuestas de los encuestados sitúan entre los motivos de abandono de la psicoterapia, el tiempo entre consultas. Otro de los motivos, como se ha comentado anteriormente, tendría relación con la psicoterapia de tiempo limitado (en la que el final de la terapia se determina al inicio del tratamiento, fijando un número de sesiones) versus cuando la duración no se especifica.

El 93,54% de los encuestados manifiesta que las altas en los TMC se dan por cumplimiento de objetivos terapéuticos en muchas ocasiones o siempre. Este dato hay que considerarlo en el contexto anteriormente expuesto acerca de la ausencia de referencias sobre los abandonos.

Podemos concluir que el cuestionario arroja datos poco definidos en cuanto al número de pacientes que reciben psicoterapia y el seguimiento de los mismos.

10.- En cuanto a la planificación terapéutica del tratamiento en TMC, vemos en las respuestas al cuestionario que el número y la periodicidad de las sesiones se incluyen en pocas ocasiones (16,3%).

En este aspecto tenemos que hacer hincapié para mejorar y cumplir recomendaciones como las de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), que recoge dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave, y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común (1). Este último es un acuerdo establecido entre el terapeuta designado y el paciente, y reflejado por escrito en su historia clínica tras la evaluación inicial. Recoge los siguientes aspectos:

- Asignación de responsabilidad a los posibles profesionales que participan en el proceso de atención (al menos el médico de AP y el Facultativo Especialista).
- Establecimiento del encuadre (frecuencia y duración de las sesiones, atención en situaciones de crisis, intervención de otros profesionales, etc.).
- Objetivos personalizados del tratamiento.
- La previsión de la duración del tratamiento y los criterios de revisión y terminación.

Constará en la historia clínica el informe remitido a Atención primaria con el diagnóstico y propuesta de tratamiento.

Podemos concluir, que hay aspectos de la planificación terapéutica (número y periodicidad de las sesiones) que no son tenidos en cuenta de manera adecuada por los profesionales encuestados.

11.- Según los resultados obtenidos, en TMC más de la mitad de los tratamientos consisten en psicoterapia junto con tratamiento psicofarmacológico (54,8%), destacando el alto porcentaje de pacientes con tratamiento psicofarmacológico pautado desde AP (67,7%). Este dato, tratamiento combinado mayoritario en TMC, coincide con la advertencia de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que señala una implantación insuficiente de la psicoterapia y un

abuso de los psicofármacos; manifestando, además, que esto pueda deberse a que se están medicalizando todos los problemas de la vida diaria, así como al acceso rápido que se puede tener a los psicofármacos frente a intervenciones psicoterapéuticas.

Otros autores avalan estos resultados encontrados en el cuestionario, véase Retolaza (21), e incluso alertan del peligro de las adicciones a estas sustancias. Existen también guías clínicas, como el National Institute for Health and Clinical Excellence (Guías NICE), que recomiendan la psicoterapia como tratamiento de primera elección para trastornos depresivos y neuróticos, y cuya última revisión para la Depresión en adultos es de este mismo año 2018. (32)

Podemos concluir que es necesario implementar estrategias de Uso Racional del Medicamento en AP en cuanto a TMC se refiere; así como seguir las recomendaciones científicas de la idoneidad de la psicoterapia como primer tratamiento en estos trastornos.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. Los datos del cuestionario dirigido a Psicólogos Clínicos de los dispositivos ambulatorios del SES, desprenden una importante variabilidad en los resultados. Esto puede sugerir que se hace necesaria la unificación de criterios en aspectos básicos en la asistencia, en este caso a pacientes con TMC, dentro de nuestro Servicio Público de Salud. Es llamativo que en cuestiones más objetivas, como los datos relacionados con sistemas de coordinación, triaje, criterios de exclusión para la atención psicoterapéutica o pruebas complementarias, dicha variabilidad sea mayor que cuando se refiere a temas más subjetivos, relacionados con consideraciones personales y observaciones: tiempo considerado adecuado para las consultas, obstáculos, circunstancias en la labor terapéutica, opinión sobre la definición de funciones del psicólogo, necesidades de formación, problemas en las derivaciones, etc.

Estas reflexiones nos sugieren que hay un elevado consenso en la visión de necesidades y análisis de la situación del Psicólogo clínico del SES, pero no tanto en la unificación de criterios asistenciales y protocolos de actuación.

En opinión de este grupo de trabajo, el objetivo sería definir un catálogo de prestaciones en Psicología Clínica en toda la red de salud mental de l Servicio Extremeño de Salud, que garantice una homogeneización en los procedimientos y procesos que rigen la asistencia al paciente, en toda la Comunidad.

2. De los datos obtenidos en el análisis de situación, se desprende que un importante número de pacientes con TMC que se deriva a atención especializada han recibido tratamiento desde AP, habitualmente con medios exclusivamente farmacológicos. Para un mejor abordaje asistencial del TMC en nuestra comunidad se constatan necesidades de mejora en la coordinación con AP y en la metodología de trabajo (planificación y sistematización de la misma). Estas mejoras permitirían disminuir las dificultades en la detección, diagnóstico, atención y tratamiento, y deberían incluir el diseño de criterios clínicos de derivación que regulen el flujo de pacientes, la adecuación de las derivaciones y la continuidad de cuidados.

Con los datos expuestos en estas conclusiones acerca de morbilidad estimada y atendida, nuestras recomendaciones para optimizar la efectividad en el tratamiento de los TMC son:

- A. Facilitar y fomentar el espacio de coordinación entre AP y especializada (ESM), para aumentar la calidad y efectividad de la atención en prevención y en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, así como favorecer una cultura de trabajo común y de colaboración (protocolos comunes, vías de comunicación, responsables del proceso en cada nivel asistencial, formación conjunta...).

En este contexto de colaboración, se plantea la difusión y formación respecto al Protocolo del SES para la Atención de los trastornos de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria.

- B. Adecuar la ratio de psicólogos clínicos en atención ambulatoria a la salud mental recogida en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (3): 4 profesionales por cien mil habitantes.
 - C. Incorporar nuestro territorio sanitario al debate acerca de la implantación de la figura del Psicólogo Clínico en Atención Primaria.
 - D. Implementar estrategias de Uso Racional del Medicamento en AP en el tratamiento de TMC, así como seguir las recomendaciones científicas de la idoneidad de la psicoterapia como primer tratamiento en estos trastornos.
3. La psicoterapia, incluida en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006), requiere de unas determinadas condiciones para su aplicación, como la que se refiere a los tiempos, tanto el de duración de las sesiones sucesivas como el transcurrido entre sesiones. Los resultados obtenidos en el cuestionario nos indican una insatisfacción mayoritaria en nuestros profesionales. En este contexto, habría que contemplar e implementar la planificación de las intervenciones asistenciales en TMC, para aumentar la eficacia y la eficiencia de la psicoterapia en nuestro sistema asistencial.
 4. Incrementar las intervenciones en formato grupal, tanto psicoterapéuticas como psicoeducativas, de entrenamiento en control de ansiedad y relajación, de apoyo psicológico, etc., dirigidas fundamentalmente a las patologías de mayor prevalencia atendidas en los ESM, que coinciden con los diagnósticos incluidos en los TMC. El formato grupal, además de ser un procedimiento eficaz, permite optimizar tiempo y recursos dentro del sistema sanitario. Planteamos la necesidad de aumentar esta modalidad de psicoterapia, no como sustitutiva de la psicoterapia

individual, sino como una prestación más dentro de las alternativas de tratamiento que el sistema público de salud puede ofrecer en su cartera de Servicios. Para ello, sería deseable el fomento de la formación específica en técnicas de terapia grupal que permitan ofrecer herramientas para el manejo de grupos.

5. Recomendar la realización de un registro y seguimiento de los casos de abandono del tratamiento, que pueda ayudarnos a mejorar la adherencia terapéutica.
6. Incorporar a la práctica clínica, en la planificación terapéutica, la utilización de un Acuerdo Terapéutico para los pacientes con TMC, que señale la previsión de la duración del tratamiento y los criterios de revisión y alta.
7. Continuar con la programación de la formación continuada de nuestros profesionales, para dar respuesta a las necesidades formativas planteadas. Complementar esta formación con espacios para la reflexión de la tarea y la supervisión de casos clínicos y de la modalidad de la actividad grupal. Nuestra propuesta sería desarrollar un programa de formación de los profesionales del ámbito de la Salud Mental del SES en un modelo de PBBE, buscando la homogeneización de la atención en la red.
8. Recomendar la elaboración de un manual de buenas prácticas dirigido a los TMC, dónde se recojan, entre otros, aspectos como los mencionados anteriormente referentes al Acuerdo Terapéutico para los pacientes con TMC, con designación de gestor de caso, encuadre, objetivos de tratamiento, diseño de Programas Individuales de Atención (PIA), con asunción de responsabilidad por parte del paciente de los objetivos terapéuticos; así como mejorar la coordinación con atención primaria.
9. Implantar, en definitiva, en los dispositivos de SM del SES un modelo unificado de Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia para TMC.



Salud Mental
de Extremadura



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2007. Pág. 42.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, Objetivo 4.4, pág.52.
3. III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 (PISMEEx) de la Comunidad Autónoma de Extremadura, Objetivo4, pag.65; Objetivo 21, pág. 89;
4. II Plan Integral de Salud Mental 2007-2012 (PISM) de la Comunidad Autónoma de Extremadura, Objetivo 4, pág. 99; Objetivo 12, pág. 126.
5. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2013.
6. ESEMeD / MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psych Scand 2004; 109 Suppl 420: 1-64.
7. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005. WHO, World Health Report 2001, p. 11.
8. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE, nº 222 (16-9-2006).
9. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 – 2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Anexo II. Criterios de calidad en psicoterapia, 77 – 79. Madrid: Centro de Publicaciones del MSC.

10. Smith ML, Glass GV, Miller, TI. The benefits of psychotherapy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.1980.
11. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change 4th Ed. New York: Wiley. 1994. p. 143-189.
12. Barlow DH, Gorman JM, Shear, MK, y Woods, SW. Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trail.JAMA. 2000 May 17; 283(19):2529-36.
13. Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. Annu Rev Psychol. 2006; 57:285-315
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06, pags. 22, 23.
15. Braña B, Cabero A, González D, García Haro, JM. El modelo neerlandés de terapia breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7, (1), 35- 44.
16. Lambert MJ, Shapiro, DA, Bergin, AE. The effectiveness of psychotherapy. En Garfield SL, Bergin AE, Editores. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.1986. p. 157-212.
17. Casado Rabasot, MP. Encuentro de usuarios y gestores de salud mental: Afrontando retos, buscando soluciones. Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Dependencia. 2010.
18. Informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Psicología Clínica de la AEN, El ejercicio profesional del Psicólogo Clínico en el Sistema Nacional de Salud. AEN Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 9. Madrid. 2008, p. 75.

19. Sánchez A. La Psicología Clínica en el Sistema Valenciano de Salud. Atención y Funciones del Especialista. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, AEPCP. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental País Valenciano, AEN-PV. 2009.
20. Cuijpers P, et al. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaression analysis. *J Affect Disord.* Jul; 149(1-3):1-13.
21. Retolaza A. La organización asistencial. En Retolaza A (coord.) Trastornos mentales comunes: Manual de Orientación. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios. Madrid. 2009. p. 61-96.
22. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: Factores comunes y psicoterapia de grupo. En Acciones de Salud mental en la Comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife, 6-9 junio 2012. 230 – 242.
23. Rodríguez Morejón, A. La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 2004. Vol. 25(87).
24. Botella Arbona, C. Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Lección inaugural del curso 2009 – 2010. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I. Septiembre 2009.
25. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Prólogo. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997. 9- 11.
26. Fernández Méndez J, Luengo Castro MA, Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30 (108), 563-580.

27. Wampold BE, Imel ZE. The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work. New York. 2015.
28. Baldwin SA, Berkeljon A, Atkins DC, Olsen, JA, Nielsen SL. Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *J Consult Clin Psychol.* 2009 Apr; 77(2):203-11.
29. Howard IK, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol.* 1986 Feb; 41(2):159-64.
30. Barkham M, Connell J, Miles JN, Evans C, Stiles WB, Margison F, Mellor-Clark J. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *J Consult Clin Psychol.* 2006 Feb; 74(1):160-7.
31. Sledge, WH., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. Effect on time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiatry.* 1990 Oct; 147(10):1341-7.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management. 2009. Updated 2018.



Salud Mental
de Extremadura



PROYECTO: “Psicoterapia basada en la evidencia en la Red de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud: análisis de situación, formación de profesionales e implantación de un modelo de psicoterapia breve”

A. DATOS ADMINISTRATIVOS

REGISTRO / /

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN / /

1. DISPOSITIVO (marcar con una X el que corresponda)

ESM ☐

ESMIJ ☐

UTCA ☐

2. Nº DE PROFESIONALES DEL DISPOSITIVO (indicar el número en cada caso)

PSICOLOGÍA CLÍNICA ☐

PSIQUIATRÍA ☐

ENFERMERÍA ☐

TRABAJO SOCIAL ☐

OTROS (especificar) ☐

3. POBLACIÓN

Población atendida por el dispositivo (nº estimado)

Cupo de habitantes que tiene asignado (nº estimado)

Observaciones bloque A:

B. DERIVACIONES

4. DERIVACIONES AL PSICOLOGO CLINICO (en los últimos 12 meses)

PRIMERA CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Primera consulta externa

4.1. La orden clínica procede de:

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Atención Primaria	☐	☐	☐	☐	☐
Atención Especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Otros (urgencias, uhb,...)	☐	☐	☐	☐	☐

4.2. La Orden Clínica se respeta y la primera consulta la realiza Psicología SIN TRIAJE

Triage: selección y clasificación de pacientes basada en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles para su atención)

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

4.3. La Orden Clínica pasa al ESM para TRIAJE, que lo realiza:

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
El Equipo	☐	☐	☐	☐	☐
El/la coordinador/a	☐	☐	☐	☐	☐
El/la enfermero/a	☐	☐	☐	☐	☐
Otro profesional del equipo. Especificar: . . .	☐	☐	☐	☐	☐

Especificar criterios para la asignación de profesional:

Primera consulta interna					
4.4. La Orden Clínica procede de:					
	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psiquiatría	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermería	☐	☐	☐	☐	☐
Trabajo Social	☐	☐	☐	☐	☐
Observaciones al apartado 4.					

5. ¿CONSIDERAS QUE LOS CAUCES DE DERIVACIONES A PSICOLOGÍA CLÍNICA SON ADECUADOS?				
Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐
Observaciones al apartado 5.				

6. ¿CON QUÉ PROBLEMAS TE ENCUENTRAS EN LAS DERIVACIONES?					
	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Derivación no procedente					
Falta de información en la orden clínica					
Orden clínica valorada como preferente no adecuada					
Otras. Especificar:					
Observaciones al apartado 6.					

C. ACTIVIDAD

7. COORDINACIÓN

7.1. ¿Se realizan reuniones de coordinación?

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

7.2. Las reuniones de coordinación que tienes establecidas son ...

Internas en el dispositivo	☐	☐	☐	☐	
Con Atención Primaria	☐	☐	☐	☐	
Con la UME	☐	☐	☐	☐	
Con la URH	☐	☐	☐	☐	
Con la UHB	☐	☐	☐	☐	
Con Otros dispositivos asistenciales (especificar):	☐	☐	☐	☐	

Observaciones al apartado 7.

8. TIEMPO DEDICADO POR EL PSICÓLOGO CLÍNICO HABITUALMENTE A ...

		<45´	45 – 60´	>60´
las primeras consultas		☐	☐	☐
¿Qué tiempo considerarías adecuado?		☐	☐	☐
	<20´	20 – 40´	45 – 60´	>60´
las consultas sucesivas	☐	☐	☐	☐
¿Qué tiempo considerarías adecuado?	☐	☐	☐	☐

Observaciones al apartado 8.

9. TIEMPO DE ESPERA ENTRE CONSULTAS SUCESIVAS

9.1. El tiempo habitual de espera entre consultas sucesivas (según agenda) es cada ...

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Menor de 15 días	☐	☐	☐	☐	☐
Entre 15 días y 1 mes	☐	☐	☐	☐	☐
Entre 1 mes y 1 mes y medio	☐	☐	☐	☐	☐
Entre mes y medio y 2 meses	☐	☐	☐	☐	☐
Más de 2 meses	☐	☐	☐	☐	☐

9.2. Factores que determinan los tiempos de espera entre consultas sucesivas.

Enumera del 1º a 7º, de mayor a menor, el peso de los factores siguientes que están determinando los tiempos de espera entre consultas sucesivas

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Según agenda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de intervención asistencial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros (especificar):		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones al apartado 9.

10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

¿En tu práctica habitual utilizas criterios de exclusión para la atención psicoterapéutica? En caso afirmativo especificar el motivo)

SÍ				NO
Edad	Diagnóstico	Complejidad/gravedad	Otras (especificar):	
☐	☐	☐	☐	☐
Observaciones al apartado 10.				

11. ¿CREES QUE ESTÁN SUFICIENTEMENTE DEFINIDAS LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DENTRO DEL EQUIPO?

SÍ	☐
NO	☐
Observaciones al apartado 11.	

D. PROCESO ASISTENCIAL					
12. PRUEBAS EVALUATIVAS COMPLEMENTARIAS UTILIZADAS					
	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psicométricas	☐	☐	☐	☐	☐
Psicoproyectivas	☐	☐	☐	☐	☐
Entrevistas estructuradas	☐	☐	☐	☐	☐
Pruebas neuropsicológicas	☐	☐	☐	☐	☐
Otras	☐	☐	☐	☐	☐
Especificar pruebas utilizadas					
Psicométricas					
Psicoproyectivas					
Entrevistas estructuradas					
Pruebas neuropsicológicas					
Otras					
Observaciones al apartado 12.					

13. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA					
De acuerdo a tus condiciones de trabajo, la planificación terapéutica que realizas incluye...					
	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Descripción del problema	☐	☐	☐	☐	☐
Objetivos del tratamiento	☐	☐	☐	☐	☐
Decisión de estrategias	☐	☐	☐	☐	☐
Nº de sesiones	☐	☐	☐	☐	☐
Periodicidad de las sesiones	☐	☐	☐	☐	☐
Criterios de seguimiento y alta	☐	☐	☐	☐	☐
Si la respuesta es negativa especificar motivos:					
Observaciones al apartado 13.					

E. INTERVENCIONES ASISTENCIALES

14. PSICOTERAPIA

14.1. Abordaje de psicoterapia que aplicas

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Individual	☐	☐	☐	☐	☐
Familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Grupal	☐	☐	☐	☐	☐

14.2. Media de nº de sesiones que utilizas

	De 1 a 5	De 6 a 10	De 11 a 15	> 15
Individual	☐	☐	☐	☐
Familiar	☐	☐	☐	☐
Grupal	☐	☐	☐	☐

14.3. Modelos de psicoterapia aplicados

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Interpersonal	☐	☐	☐	☐	☐
Cognitivo – conductual	☐	☐	☐	☐	☐
3ª generación (Aceptación y compromiso, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Sistémica	☐	☐	☐	☐	☐
Psicodinámica breve	☐	☐	☐	☐	☐
Otras (especificar):	☐	☐	☐	☐	☐

14.4. ¿ En tu dispositivo están definidas las principales indicaciones de la psicoterapia ?

SÍ	☐
NO	☐

14.5. Elementos, circunstancias/obstáculos que impide/dificulta tu labor psicoterapéutica en tu dispositivo:

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
No disponibilidad de tiempo	☐	☐	☐	☐	☐
Infraestructura no adecuada/ insuficiente	☐	☐	☐	☐	☐
Coordinación interprofesional	☐	☐	☐	☐	☐
Otros (especificar)					

14.6. En relación a los últimos 12 meses el:	
Nº de pacientes atendidos	
Nº de pacientes que han recibido / reciben psicoterapia	
Nº de pacientes que han abandonado la psicoterapia	
Motivos de abandonos	
Observaciones al apartado 14.	

15. OTRAS INTERVENCIONES ASISTENCIALES					
Intervenciones asistenciales					
	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psicoeducación	☐	☐	☐	☐	☐
Educación para la salud	☐	☐	☐	☐	☐
Entrenamiento en control de ansiedad y relajación	☐	☐	☐	☐	☐
Habilidades Sociales	☐	☐	☐	☐	☐
Información / Asesoramiento a la familia	☐	☐	☐	☐	☐
Prevención y detección precoz	☐	☐	☐	☐	☐
Interconsulta	☐	☐	☐	☐	☐
Atención no programada	☐	☐	☐	☐	☐
Visitas domiciliares	☐	☐	☐	☐	☐
Otras (especificar):	☐	☐	☐	☐	☐
Observaciones al apartado 15.					

16. OTRAS FUNCIONES

16.1. Formación

16.1.1 ¿Participas en sesiones clínicas multidisciplinar del dispositivo?

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Como discente	☐	☐	☐	☐	☐
Como docente	☐	☐	☐	☐	☐

16.1.2 ¿Participas en proyectos de investigación en tu dispositivo o fuera de él?

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

16.2. Colaboración en tareas organizativas y planificación del equipo

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Diseño de protocolos	☐	☐	☐	☐	☐
Objetivos	☐	☐	☐	☐	☐
Otras(especificar):	☐	☐	☐	☐	☐

16.3. Colaboración en tareas administrativas

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

16.4. Docencia

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Colaboración en la formación PIR	☐	☐	☐	☐	☐
Colaboración en la formación MIR	☐	☐	☐	☐	☐
Colaboración en la formación EIR	☐	☐	☐	☐	☐
Colaboración en el practicum de psicología	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones al apartado 16.

F. INTERVENCIONES ASISTENCIALES EN TRASTORNO MENTAL COMÚN

17. Tratamiento en TMC

17.1. En la planificación terapéutica incluye:

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Descripción del problema	☐	☐	☐	☐	☐
Objetivos del tratamiento	☐	☐	☐	☐	☐
Decisión de estrategias	☐	☐	☐	☐	☐
Nº de sesiones	☐	☐	☐	☐	☐
Periodicidad de las sesiones	☐	☐	☐	☐	☐
Criterios de seguimiento y alta	☐	☐	☐	☐	☐

Si la respuesta es negativa especificar motivos:

17.2. Según tu experiencia clínica, los tratamientos con TMC habitualmente tiene una media de nº de sesiones

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
De 1 a 5	☐	☐	☐	☐	☐
De 6 a 10	☐	☐	☐	☐	☐
De 11 a 15	☐	☐	☐	☐	☐
> 15	☐	☐	☐	☐	☐

17.3. Según tu experiencia clínica, los pacientes que atiendes con TMC reciben:

		Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Sólo psicoterapia		☐	☐	☐	☐	☐
Psicoterapia combinada con tto farmacológico prescrito por	A.P.	☐	☐	☐	☐	☐
	PSIQUIATRÍA	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones al apartado 17.

18. En el tratamiento en TMC, cuando se produce un alta, el motivo es por

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Cumplimiento de objetivos terapéuticos determinados	☐	☐	☐	☐	☐
Abandono	☐	☐	☐	☐	☐
Alta voluntaria	☐	☐	☐	☐	☐
Otros (especificar):	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones al apartado 18.

19. ¿Tienes necesidad de formación continuada sobre algún tema en concreto en TMC?

SÍ	☐
NO	☐
Especificar	

G. OTRAS CUESTIONES

20. Otras cuestiones que consideres relevantes no contempladas en el cuestionario

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

ANEXO 2. TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS

TABLA 1.- Población atendida y cupo asignado

	nº dispositivos	media	desviación estándar	mínimo	máximo
Población atendida por el dispositivo (nº estimado)	23	77.634,3	43.819,3	25.600	165.000
Cupo de habitantes que tienes asignado (nº estimado)	20	39.181,10	13.326,25	20.000	750.000
Otros (urgencias, uhb,...)	-	-	9 (29,0%)	20 (64,5%)	2 (6,5%)

TABLA 2.- Procedencia de la orden clínica de la primera consulta externa

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Atención primaria	6 (19,4%)	25 (80,6%)	-	-	-
Atención especializada	-	-	17 (54,8%)	13 (41,9%)	1 (3,2%)
Otros (urgencias, uhb,...)	-	-	9 (29,0%)	20 (64,5%)	2 (6,5%)

TABLA 3.- Realización de la primera consulta por parte de psicología sin triaje

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
2 (6,5%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)	8 (25,8%)	9 (29,05)

TABLA 5.- Procedencia de la orden clínica de la primera consulta interna

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psiquiatría	14 (45,16%)	12 (38,71%)	3 (9,67%)	-	2 (6,45)
Enfermería	1 (3,22%)	2 (6,45%)	3 (9,67%)	12 (30,71%)	13 (41,93%)
Trabajo social	-	-	3 (9,67%)	7 (22,8%)	21 (67,74%)

TABLA 6.- Adecuación de los cauces de derivaciones a psicología clínica

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
3 (9,7%)	23 (74,2%)	5 (16,1%)		-

TABLA 7.- Realización de reuniones de coordinación en los dispositivos

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
13 (41,9%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)	6 (19,4%)	-

TABLA 8.- Las reuniones de coordinación de los dispositivos se realizan:

	SI	NO
Internas en el dispositivo	28 (90,32%)	3 (9,67%)
Con atención primaria	19 (61,29%)	12 (38,71%)
Con la ume	9 (29,03%)	22 (70,97%)
Con la urh	7 (22,58%)	24 (77,42%)
Con la uhb	12 (38,71%)	19 (61,29%)
Con otros dispositivos asistenciales	13 (41,93%)	18 (58,06%)

TABLA 9.- Tiempo de las primera consultas del psicólogo clínico

	≤45´	> 45 y ≤ 60´	>60´
A las primeras consultas	5 (16,1%)	25 (80,6%)	1 (3,2%)
¿Qué tiempo considerarías adecuado?	4 (12,9%)	19 (61,3%)	8 (25,8%)

TABLA 10.- Tiempo de las consultas sucesivas del psicólogo clínico

	≤20´	> 20 y ≤ 45´	> 45 y ≤ 60´	>60´
Las consultas sucesivas		80,65%	19,35%	
¿Qué tiempo considerarías adecuado?	32,26%	67,74%		12 (30,71%)

TABLA 11.- Criterios de exclusión para la atención psicoterapéutica en la práctica habitual

Edad	Diagnóstico	Complejidad/ gravedad	Otras (especificar)	No
6 (19,35%)	7 (22,58%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	15 (48,39%)

TABLA 12.- Tipo de pruebas que se realizan en los dispositivos

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psicométricas	1 (3,22%)	8 (25,81%)	11 (35,48%)	8 (25,81%)	3 (9,67%)
Psicoproyectivas	-	3 (9,67%)	2 (6,45%)	10 (3,22%)	16 (51,61%)
Entrevistas estructuradas	6 (19,35%)	3 (9,67%)	6 (19,35%)	9 (29,03%)	7 (22,58%)
Pruebas neuropsicológicas	-	3 (9,67%)	4 (12,90%)	14 (45,16%)	10 (3,22%)
Otras	-	5 (16,13%)	1 (3,22%)	2 (6,45%)	23

TABLA 13.- Número de sesiones que se utiliza en psicoterapia en los dispositivos

	De 1 a 5	De 6 a 10	De 11 a 15	> 15
Individua (n=31)	-	8 (25,81%)	11 (35,48%)	6 (19,35%)
Familiar (n=30)	6 (19,35%)	10 (32,25%)	7 (22,58%)	1 (3,22%)
Grupal (n=17)	1 (3,22%)	9 (29,03%)	2 (6,45%)	3 (9,67%)

TABLA 14.- Modelos de psicoterapia que se aplican en los dispositivos

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Interpersonal	1 (3,22%)	4 (12,90%)	6 (19,35%)	6 (19,35%)	14 (45,16%)
Cognitivo – conductual	10 (32,26%)	17 (54,84%)	1 (3,22%)	2 (6,44%)	1 (3,22%)
3ª generación	2 (6,44%)	4 (12,90%)	7 (22,58%)	8 (25,81%)	10 (32,26%)
Sistémica	1 (3,22%)	8 (25,81%)	12 (38,71%)	3 (9,67%)	7 (22,58%)
Psicodinámica breve	-	5 (16,13%)	3 (9,67%)	2 (6,44%)	21 (67,74%)
Otras (especificar):	2 (6,44%)	1 (3,22%)	1 (3,22%)	1 (3,22%)	2 (6,44%)

TABLA 15.- ¿Están bien definidas las principales indicaciones de la psicoterapia en los dispositivos?

Sí	12 (38,71%)	No	17 (58,62%)
----	-------------	----	-------------

TABLA 16.- Elementos, circunstancias u obstáculos que impiden o dificultan la labor psicoterapéutica en los dispositivos

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
No disponibilidad de tiempo	7 (22,58%)	17 (54,84%)	4 (6,45%)	1 (3,22%)	2 (6,45%)
Infraestructura no adecuada/insuficiente	1 (3,22%)	3 (9,68%)	9 (29,03%)	7 (22,58%)	11 (35,48%)
Coordinación interprofesional	1 (3,22%)	3 (9,68%)	9 (29,03%)	2 (6,45%)	16 (51,61%)

TABLA 17.- Población atendida en los dispositivos e los últimos doce meses

Nº de pacientes atendidos (n=18)	1346	947
Nº de pacientes que han recibido/reciben psicoterapia (n=16)	1005	765
Nº de pacientes que han abandonado la psicoterapia (n=10)	117	103

TABLA 18.- Otras intervenciones asistenciales realizadas desde el dispositivo

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Psicoeducación	7 (22,58%)	18 (58,06%)	4 (12,9%)	2 (6,45%)	-
Educación para la salud	2 (6,45%)	6 (19,35%)	9 (29,03%)	8 (25,80%)	6 (19,35%)
Entrenamiento en control de ansiedad y relajación	4 (12,90%)	21 (67,74%)	3 (9,68%)	2 (6,45%)	1 (3,22%)
Habilidades sociales	1 (3,22%)	18 (58,06%)	6 (19,35%)	5 (16,13%)	1 (3,22%)
Información / asesoramiento a la familia	7 (22,58%)	13 (41,93%)	9 (29,03%)	2 (6,45%)	-
Prevención y detección precoz	-	7 (22,58%)	7 (22,58%)	11 (35,48%)	6 (19,35%)
Interconsulta	1 (3,22%)	4 (12,9%)	16 (51,61%)	10 (32,26%)	-
Atención no programada	1 (3,22%)	4 (12,9%)	16 (51,61%)	10 (32,26%)	-
Visitas domiciliarias	-	-	-	1 (3,22%)	30 (96,77%)
Otras (especificar):	-	1 (3,22%)	-	1 (3,22%)	29 (93,54%)

TABLA 19.- Participación de los profesionales en las sesiones clínicas multidisciplinar que se realizan en el dispositivo

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Como discente	7 (22,58%)	8 (25,81%)	3 (9,68%)	5 (16,13%)	8 (25,81%)
Como docente	-	1 (3,22%)	13 (41,93%)	5 (16,13%)	12 (38,71%)

TABLA 20.- Participación de los profesionales en proyectos de investigación

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
1 (3,22%)	2 (6,5%)	8 (25,8%)	7(22,6%)	13 (41,9%)

TABLA 21.- Colaboración de los profesionales en tareas organizativas y de planificación del equipo

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Diseño de protocolos	5 (16,13%)	5 (16,13%)	9 (29,03%)	6 (19,35%)	4 (12,90%)
Objetivos	8 (25,80)	10 (32,26%)	5 (26,14%)	3 (9,7%)	5 (16,13%)
Otros	2 (6,45%)	-	-	2 (6,45%)	27 (87,1%)

TABLA 22.- Colaboración de los profesionales en las tareas administrativas

Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
10 (32,26%)	12 (38,71%)	6 (19,35%)	2 (6,5%)	1 (3,22%)

TABLA 23.- Colaboración de los profesionales en actividades docentes

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
formación PIR	9 (29,03%)	2 (6,45%)	1 (3,22%)	1 (3,22%)	18 (58,06%)
formación MIR	15 (48,39%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	4 (12,9%)	8 (25,81%)
formación EIR	5 (16,13%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	17 (54,84%)
practicum de psicología	9 (29,03%)	4 (12,9%)	6 (19,35%)	2 (6,45%)	10 (32,26%)

TABLA 24.- Planificación terapéutica que se incluye en las intervenciones asistenciales del TMC

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Descripción del problema	29 (93,55)	1 (3,2%)	1 (3,2%)	-	-
Objetivos del tratamiento	21 (67,7%)	10 (32,3%)	-	-	-
Decisión de estrategias	17 (54,8%)	14 (45,16%)	-	-	-
Nº de sesiones	3 (9,7%)	4 (12,9%)	9 (29%)	12 (38,7%)	3 (9,7%)
Periodicidad de las sesiones	4 (12,9%)	7 (22,9%)	6 (19,4%)	10 (32,3%)	4 (12,9%)
Criterios de seguimiento y alta	12 (38,7%)	9 (29%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	2 (6,5%)

TABLA 25.- Número de sesiones habituales de los tratamientos con TMC

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
De 1 a 5	-	3 (9,7%)	12 (38,7%)	11 (35,5%)	5 (16,1%)
De 6 a 10	-	14 (45,2%)	13 (41,9%)	-	4 (12,9%)
De 11 a 15	2 (6,5%)	15 (48,4%)	8 (25,8%)	4 (12,9%)	2 (6,5%)
> 15	2 (6,5%)	6 (19,4%)	10 (32,3%)	10 (32,3%)	2 (9,7%)

TABLA 26.- Tratamiento que reciben los pacientes con TMC en los dispositivos

		Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Sólo psicoterapia		-	14 (45,2%)	10 (32,3%)	5 (16,1%)	2 (6,5%)
Psicoterapia combinada	A.P.	1 (3,2%)	20 (64,5%)	6 (19,4%)	-	4 (12,9%)
	Psiquiatría	2 (6,4%)	15 (48,4%)	10 (33,3%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)

TABLA 27.- Motivo de alta de los pacientes que reciben un tratamiento de TMC de los dispositivos

	Siempre	En muchas ocasiones	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Nunca
Cumplimiento de objetivos terapéuticos	3 (9,7%)	26 (83,9%)	2 (6,55)	-	-
Abandono	-	2 (6,5%)	21 (67,7%)	8 (25,8%)	-
Alta voluntaria	-	-	5 (16,1%)	23 (74,2%)	3 (9,7%)

TABLA 28.- ¿Tienes necesidad de formación continuada sobre algún tema en concreto en TMC los dispositivos?

Sí	24 (92,31%)	No	2 (7,69%)
-----------	-------------	-----------	-----------

Figura 1 La orden clínica pasa al esm para triaje, que lo realiza:

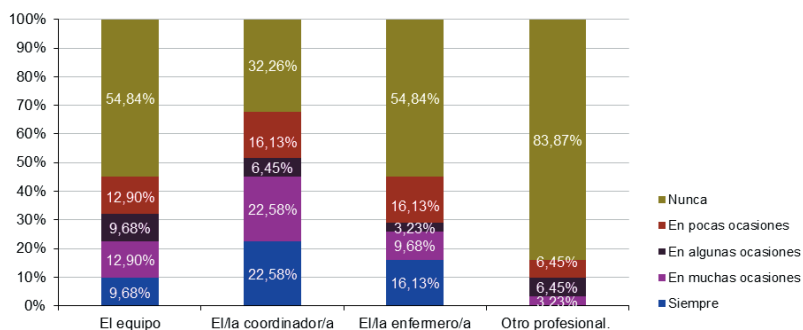


Figura 2 ¿con qué problemas te encuentras en las derivaciones?

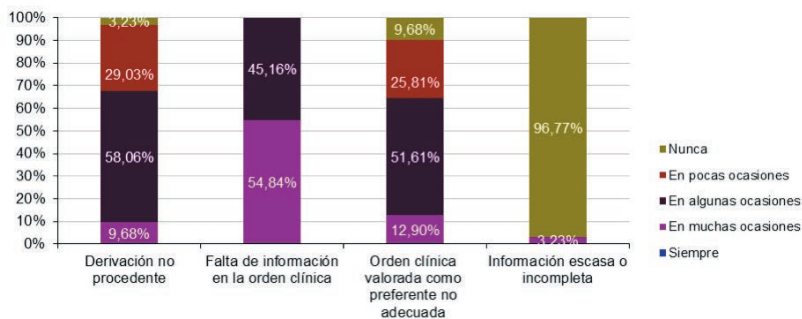


Figura 3 Las reuniones de coordinación que tienes establecidas son ...

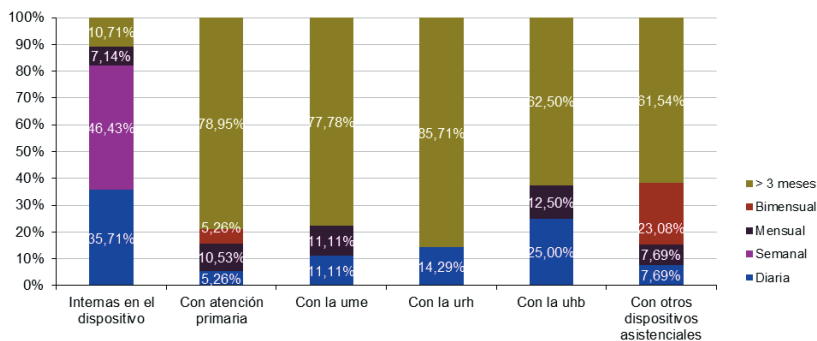


Figura 4 El tiempo habitual de espera entre consultas sucesivas es cada ...

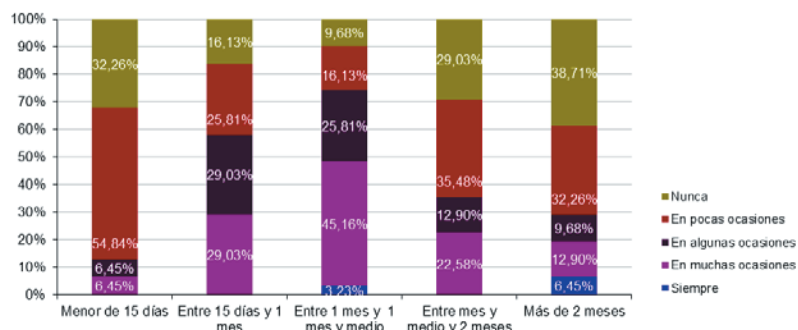


Figura 5 Factores que determinan los tiempos de espera entre consultas sucesivas.

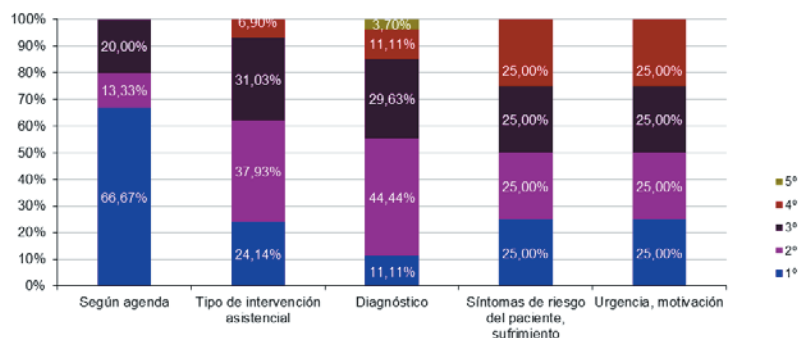


Figura 6 Planificación terapéutica

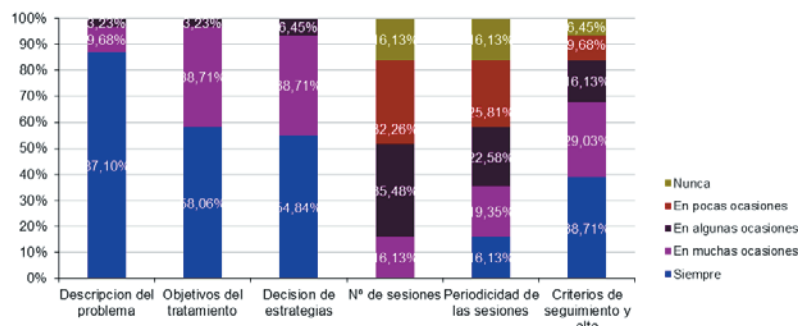


Figura 7 Abordaje de psicoterapia que aplicas

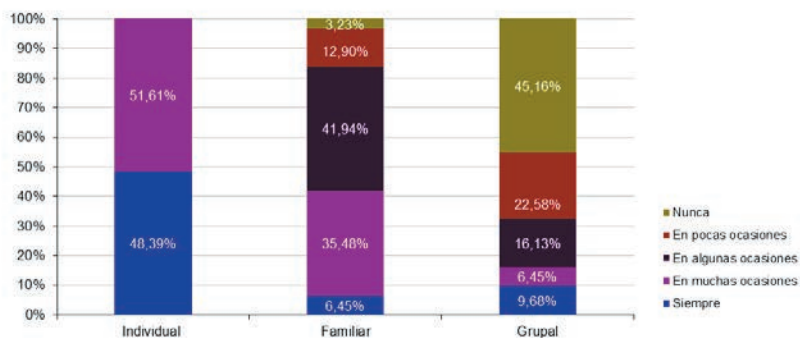
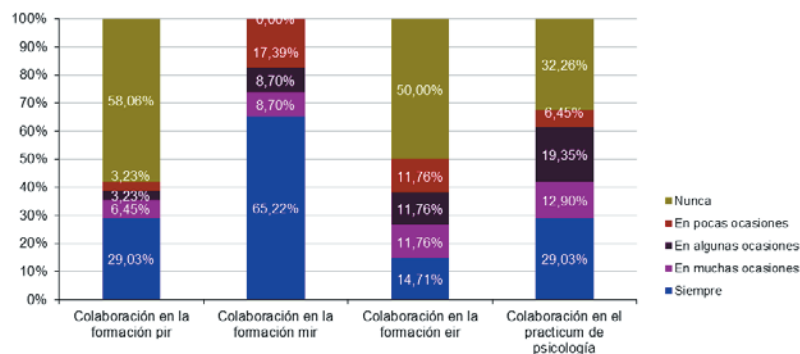


Figura 8 Docencia



ANEXO 3.

INDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS:

CTPC:	Comisión Técnica de Psicología Clínica
TBBE:	Terapia Breve Basada en la Evidencia
SES:	Servicio Extremeño de Salud
SEPAD:	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y de la Atención a la Dependencia
TMC:	Trastorno Mental Común
ESM:	Equipo de Salud Mental
ESMIJ:	Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
EAP:	Equipos de Atención Primaria
PISM:	Plan Integral de Salud Mental
PISMEx:	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura
ESEMED:	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
SNS:	Sistema Nacional de Salud
FEAP:	Federación española de Asociaciones de Psicoterapeutas
AEN:	Asociación Española de Neuropsiquiatría
UHB:	Unidad de Hospitalización Breve
UME:	Unidad de Media Estancia
URH:	Unidad de Rehabilitación Hospitalaria
CEDEX:	Centros de Drogodependencias de Extremadura
ECA:	Equipos de Conductas Adictivas
CRPS:	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CSS:	Centro Sociosanitario
INE:	Instituto Nacional de Estadística
MAP:	Médico de Atención Primaria
APA:	Asociación Estadounidense de Psicología
NICE:	National Institute for Health and Clinical Excellence
UHDAC:	Unidad de Hospitalización para personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Conducta

SME*x*

*Salud Mental
de Extremadura*