

# La Psicología Clínica en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: desarrollo, indicadores asistenciales y perspectivas de futuro.

## Clinical Psychology in Primary Care in the Madrid Health Service: development, care indicators and future prospects


Lucía Fernández-Garzón<sup>1</sup>, Mercedes Ferreira González<sup>2</sup>,  
Isabel Cuéllar-Flores<sup>2</sup>, María Luz Palacios Albarsanz<sup>3</sup>


<sup>1</sup>Hospital Infanta Leonor, España


<sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, España


<sup>3</sup>Hospital Ramón y Cajal, España

**Resumen:** Desde 2018 los Centros de Atención Primaria (AP) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ofrecen atención psicológica especializada. Se analizan indicadores asistenciales informados por 17 de los 21 facultativos/as de psicología clínica que trabajan en AP y sus propuestas para ampliar la cartera de servicios, a través de una encuesta online en 2022. El tiempo medio de espera para primera consulta fue de 30 días. El número medio de pacientes nuevos semanales fue de 20, 7 pacientes diarios en individual y 5 grupos de terapia a la semana. La carga media por profesional se encontraba en 318 pacientes. El 35% cambiarían de trabajo. Quedan múltiples retos en el desarrollo de la atención psicológica especializada en este nivel como aumentar la ratio de psicólogos/as clínicos/as, diversificar

**Lucía Fernández-Garzón**  0000-0003-0459-4267 es Psicóloga Clínica en Centro de Salud Mental Vallecas Villa. Hospital Infanta Leonor. Servicio Madrileño de Salud.

**Mercedes Ferreira González**  0000-0002-8779-1831 es Psicóloga Clínica en Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE). Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud.

**Isabel Cuéllar-Flores**  0000-0002-0734-7547 es Doctora por la Universidad Complutense de Madrid y Psicóloga Clínica en Servicio de Pediatría y Neonatología del Instituto del Niño y Adolescente del Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud.

**María Luz Palacios Albarsanz**  00000001-9462-0806 es Doctora por la Universidad de La Laguna. Psicóloga Clínica en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Hospital Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud.

**Para citar este artículo:** Fernández-Garzón, L., Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I. y Palacios Albarsanz, M<sup>a</sup>. L. (2025). La Psicología Clínica en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: desarrollo, indicadores asistenciales y perspectivas de futuro. *Clínica Contemporánea*, 16(2), Artículo e13. <https://doi.org/10.5093/cc2025a13>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Lucía Fernández Garzón al email: [luciafernandezgarzon@gmail.com](mailto:luciafernandezgarzon@gmail.com)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

la cartera de servicios, coordinación y trabajo en equipo, turnos de trabajo y reducir la sobrecarga asistencial.

*Palabras clave:* psicología clínica; atención primaria; calidad asistencial; indicadores asistenciales; lista de espera; tiempo de espera entre sesiones; carga asistencial, satisfacción profesional

**Abstract:** Since 2018, clinical psychology has been among the services offered by the Primary Care Centers of the Madrid Health Service (Madrid, Spain). The present study analyzes a series of healthcare indicators reported by 17 of the 21 clinical psychology professionals who work in Primary Care Centers of the Madrid Health Service (SERMAS) and their proposals to expand the portfolio of services, through an online survey completed in 2022. The average time to access the first normal consultation in adults was 30 days. The average number of new patients per week was 20; daily patients in individual format was 7 and 5 therapy groups per week, i.e., one per day. The average total patient load on the agendas per professional was  $n = 318$ . Thirty-five percent of the professionals would change jobs if they had the chance.

It is essential to increase the ratio of clinical psychologists in Primary Care. Multiple challenges remain in the development and implementation of specialized psychological care at Primary Care level, such as diversifying the portfolio of services, coordination and teamwork, the number of professionals, work shifts, and reducing care overload.

*Keywords:* clinical psychology, primary care, quality of care, healthcare indicators; waiting list, waiting time between sessions, care burden.

Se calcula que entre el 30% y el 50% de las demandas de Atención Primaria (AP) están relacionadas con trastornos mentales o son realizadas por personas con un problema de salud mental en curso (Fernández, 2024; Reneses et al., 2014; Serrano-Blanco et al., 2010). El 49.2% de los pacientes que acuden a las consultas de AP españolas cumplen criterios diagnósticos de ansiedad, depresión o somatización (Cano-Vindel et al., 2016). Alrededor de dos tercios de estos trastornos son atendidos en AP por médicos/as de familia (Kovess-Masfety et al., 2007). Es posible extraer dos conclusiones: la primera es que los problemas de salud mental están detrás de buena parte de las demandas de AP. La segunda, que asumir la mayor parte de esa patología desde AP contribuye significativamente a la sobrecarga de las agendas en los centros de salud (CS) (Fernández, 2024; Álvarez Ariza et al., 2014).

En el estudio *The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys*, (Kessler et al., 2009) se estima que la prevalencia-vida de los trastornos mentales a nivel mundial estaba comprendida entre el 18.1 % y el 36.1% (media 27.1%), y la prevalencia-año entre el 9.8% y el 19.1% (media 14.4%) en 2009. De todos ellos, entre el 4% y el 6.8% son trastornos mentales graves (TMG) en la mitad de los países, y muchos comienzan en la infancia y adolescencia. A nivel nacional, el Informe anual del Sistema Nacional de Salud de 2023 indica que el 34% de la población española presenta algún problema de salud mental, siendo los más frecuentes en las consultas de AP los trastornos de ansiedad, seguidos de los problemas de sueño y la depresión, con una tendencia creciente en los últimos años. Los trastornos de ansiedad afectan

al 10% de la población, el doble a mujeres (14%) que a hombres (7%), y afectan a 3 de cada 100 menores de 25 años, en los que constituyen los problemas de salud mental más frecuentemente registrados (Ministerio de Sanidad, 2024).

En la infancia y adolescencia (menores de 25 años), los problemas de salud mental más frecuentemente registrados también son los trastornos de ansiedad (32.8 casos por 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos específicos del aprendizaje (29.0) y los problemas hipercinéticos (24.9); siguen una tendencia creciente, aumentando entre 2019 y 2022 un 29.5%, un 26.6% y un 5.2%, respectivamente (Ministerio de Sanidad, 2024).

Si atendemos a cómo se interviene ante esta demanda, España es uno de los países con mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Kovess-Masfety et al., 2007; Reviejo, 2021). La misma tendencia se observa en el consumo de antidepresivos e hipnóticos y sedantes que aumentan un 18.1% y un 6.9% respectivamente desde el 2019. En el período 2012-2022, se observa una tendencia creciente del consumo de antidepresivos a nivel nacional, con un aumento del 50% en 2022 (Bacigalupe et al., 2020; Ministerio de Sanidad, 2024).

Las intervenciones psicológicas se encuentran en la primera línea de tratamiento recomendado para los trastornos más prevalentes, la depresión y la ansiedad (Álvarez Ariza et al., 2014; *National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2018). El nivel asistencial de AP es apropiado para desarrollar un abordaje precoz de estos problemas de salud mental, dentro de una intervención escalonada. La población por atender incluye los pacientes con trastornos emocionales leves-moderados, los problemas psicológicos y comportamentales (o de hábitos de vida) relacionados con patologías y enfermedades físicas (por ejemplo dolor crónico), y códigos Z, “problemas de la vida cotidiana” que no cumplen criterios de trastorno mental y requieren intervención temprana de alta resolución. El paciente tipo es el “trastorno mental común” que incluye determinados trastornos de ansiedad, depresivos y trastornos adaptativos (Goldberg y Huxley, 1992).

Para poder ofertar los tratamientos psicológicos como primera línea en AP es imprescindible la dotación de psicólogos/as especialistas en psicología clínica (PEPC) en los equipos de AP, proyecto sanitario que comenzó hace veinte años. De forma pionera, en Cataluña se crea en 2006 el Programa de Soporte a la Primaria, dentro del Plan director de salud mental y adicciones (Pérez-Ibáñez et al., 2015). En 2009 (BOE-A-2009-10107) se incluye en el programa formativo de la especialidad de psicología clínica (PC) una rotación de tres meses por AP (Orden SAS 1620/2009, de 2 de junio). En Asturias, se inicia en 2017 la inclusión del psicólogo/a clínico/a en AP, a la que se fueron sumando nuevas incorporaciones (Gutiérrez et al., 2020). En la Comunidad de Madrid (CM) en 2018 se incorporan 21 profesionales de PC en Centros de Atención Primaria (CAP). Inician su actividad con un proceso de atención para personas con ansiedad y depresión basado en el programa PsicAP, un protocolo estandarizado de intervención cognitivo-conductual de carácter transdiagnóstico, dirigido a trastornos emocionales leves o moderados, en formato grupal, semanal y durante un total de 7 sesiones. Otras CCAA también han incluido PEPC en sus plantillas de AP: Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Ceuta, Comunidad Valenciana, Galicia y Navarra.

La ausencia de indicadores asistenciales oficiales para la actividad asistencial de psicología clínica en el sistema de salud público impide, o dificulta, evaluar y cuantificar de forma sistemática los potenciales beneficios asociados al tratamiento psicológico en las condiciones reales en las que se administra (Cuéllar-Flores et al., 2022). Algunos trabajos recientes realizados tratan de paliar esta carencia, realizando encuestas a los y las profesionales y publicando los indicadores asistenciales informados por estos sobre lista de espera, demora entre sesiones y carga asistencial por profesional entre otros (Cuéllar-Flores et al., 2022; Cuéllar-Flores et al., 2024; Fernández-Garzón et al., 2025; Vázquez et al., 2025). El presente trabajo se encuadra dentro de esta línea de apoyo al desarrollo y estructuración de esta especialidad sanitaria.

El objetivo de este artículo, por tanto, es realizar un análisis de la situación actual de la Psicología Clínica en los CAP del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), a través de aquellos indicadores asistenciales objetivos que pueden considerarse relevantes para medir su actividad asistencial. Se evalúa además un indicador subjetivo relativo a la satisfacción profesional de los/las psicólogos/as especialistas que trabajan en AP de la CM, medido a partir de la intención de cambio de puesto de trabajo. Así mismo, se solicitó a los profesionales identificar programas de intervención psicoterapéutica que podrían ser incorporados a la cartera de servicios del psicólogo/a clínico/a en AP.

## Método

### Procedimiento

Se ha realizado una encuesta online entre los meses de noviembre y diciembre de 2022 mediante el método de muestreo no probabilístico o incidental “bola de nieve” a través de redes de contactos profesionales.

### Participantes

Participaron voluntariamente en el estudio 17 de los 21 facultativos/as especialistas en psicología clínica en CAP del SERMAS. Representan al 82% de los/las profesionales PEPC que desarrollan su actividad profesional ambulatoria en dichos centros.

### Instrumentos

Se elaboró una encuesta online *ad hoc* que incluía preguntas sobre variables sociodemográficas (sexo, edad), características sociolaborales (situación laboral actual, ámbito de trabajo, tipo de centro en el que se desarrolla su actividad, lugar de trabajo, tipo de contrato, tipo de población con la que se desarrolla la actividad), indicadores asistenciales (lista de espera individual y para grupos de psicoterapia; tiempo medio entre sesiones sucesivas individuales y de grupo, carga asistencial (número de pacientes atendidos diariamente, número de pacientes activos en agenda, número de pacientes nuevos evaluados a la semana, número de grupos de psicoterapia semanales atendidos por cada profesional) (ver Anexo I).

### Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas, mediante el cálculo de los correspondientes índices de estadística descriptiva: sumatorios, frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas con el programa Excel 16.62 (Microsoft Corporation, 2016).

## Resultados

Se obtuvieron un total de 17 respuestas de la encuesta que pertenecen a facultativos/as especialistas en psicología clínica de los Centros de Atención Primaria.

### Características sociodemográficas de los PEPC

El promedio de edad de los/las PEPC de los CS de la CM que participaron en el estudio es de 54 años (con una desviación estándar de algo más de siete años). De ellos, un 82% son mujeres (14) y 18% hombres (3).

### Características sociolaborales de los PEPC

En el estudio participaron 17 PEPC que desarrollan su actividad laboral en CS de la CM, distribuidos por las 7 Direcciones Asistenciales (DA) de AP que la integran [1 trabajan en la DA Norte, 3 en la DA Centro, 3 en la

DA Sureste, 2 en la DA Este, 2 en la DA Sur, 3 en la DA Oeste y 3 en la DA Noroeste].

Los profesionales dan cobertura a 247 CAP, con una media de 13 centros de salud a los que atiende cada profesional. Lo mínimo a lo que atiende un profesional es 4 CS y lo máximo 32.

La situación laboral de todos/as los/as PEPC era 100% activo con contrato de estatutario interino, todos/as los y las profesionales están dedicados a la atención de pacientes adultos.

### Indicadores asistenciales

En relación a las *listas de espera* en AP, el tiempo medio de acceso a la primera consulta normal de PC era de 30 y el tiempo medio de espera para iniciar el tratamiento en un grupo de psicoterapia era de 60 días tras la primera entrevista.

En lo que respecta a la carga asistencial por profesional en AP, medida a partir del número de casos activos por agenda, el promedio es de 318 pacientes, oscilando entre 50 y 800 pacientes. El rango de pacientes nuevos atendidos a la semana puede fluctuar entre 20 y 25, variando de un CS a otro, siendo 21 la media entre centros.

En cuanto a la media del número de grupos de psicoterapia que desarrolla cada profesional a la semana es de 5 grupos, pudiendo oscilar según el profesional de 4 a 7 grupos. El número de pacientes diarios en formato individual es de 7 dentro de un rango de 4 a 10 pacientes al día.

El tiempo medio entre sesiones grupales de tratamiento psicológico se encontraba estandarizado entre centros y profesionales, siendo de una sesión semanal o quincenal. El tiempo medio entre sesiones individuales

**Tabla 1.** *Indicadores Asistenciales para Psicología Clínica informados por los/las Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica de Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid*

	Media	DT	Intervalo
Lista de espera normal 1º entrevista (meses)	1	1	0 - 3
Lista de espera para grupo (meses)	2	1	0 - 3
Casos activos por agenda	318	278	50 - 800
Número de pacientes nuevos a la semana	21	2	20 - 25
Número de grupos a la semana	5	1	4 - 7
Número de pacientes diarios en formato individual	7	2	4 - 10
Tiempo entre sesiones grupales (semanas)	1	1	1 - 2
Tiempo medio entre sesiones individuales	3	2	1 - 8
Duración primeras consultas (minutos)	25	0	30
Duración sesiones individual (minutos)	25	0	30

de seguimiento en 9 de los 17 PEPC puede indicarse según criterio clínico, mientras que en el resto de los facultativos varía según el/la profesional informante entre 1 y 8 semanas, siendo el tiempo medio entre sesiones 3 semanas.

Tanto la duración de las primeras consultas como las consultas de seguimiento son de 25 minutos.

Los anteriores resultados quedan recogidos en la Tabla 1.

## Satisfacción laboral

Un 35% de los 17 profesionales (6 en total), cambiarían de trabajo si tuvieran otras opciones laborales/profesionales. Entre los motivos informados por estos 6 profesionales se encontraban: un 83% aludía a lo restrictivo y rígido del tratamiento psicológico en AP (tal y como está planteado hasta el momento actual, fundamentalmente mediante una estructura muy protocolizada derivado del protocolo PsicAP, sin posibilidad de individualizarlo y de adaptarse a las necesidades del paciente); un 50% a dificultades con el turno de trabajo; un 33% a la sobrecarga asistencial; y 16% a la dificultad para la coordinación y el trabajo en equipo (tabla 2).

**Tabla 2.** *Motivos para cambiar de trabajo de los/las Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica de Atención Primaria encuestados*

	N*	%
Tratamiento restrictivo y rígido	5	83%
Turno de trabajo	3	50%
Presión asistencial y desbordamiento por falta de profesionales	2	33%
Dificultades para coordinación	1	16%
Dificultades trabajo en equipo	1	16%

\*N = motivos para cambiar de actividad laboral. Cada participante puede indicar varios motivos

## Ampliación cartera de servicios

En cuanto a la ampliación de la cartera de servicios, 15 de los 17 profesionales contestaron encontrarse a favor, dos no respondieron. El 100% incluiría la atención individual en formato de psicoterapia breve, el 100% la atención infanto-juvenil, el 66% aumentar autonomía, el 66% propondría flexibilizar el formato grupal de intervención, el 47% incluiría intervención psicológica familiar, el 20% propondría la colaboración del psicólogo clínico en programas de educación para la salud, el 13% añadiría programas de psicoterapias contextuales y un 20% tratamiento psicoterapéutico centrado en el trauma. 2 de los 17 profesionales 13% no ofrecieron alternativas (Tabla 3).

**Tabla 3.** *Propuesta de ampliación de la cartera de servicios de Atención Primaria*

	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Ampliación de la cartera de servicios	15	100%
Atención individual (psicoterapia individual breve)	15	100%
Atención Infantil y Juvenil	15	100%
Aumentar autonomía	10	67%
Atención Familiar	7	47%
Flexibilizar formato grupal	10	66%
Colaboración en programas de Educación para la Salud con otros profesionales	3	20%
Terapias contextuales	2	13%
Tratamiento centrado en trauma	3	20%
No contestan	2	13%

### Discusión

En línea con estudios previos, (Cuéllar-Flores et al., 2022; Cuéllar-Flores et al., 2024; Fernández-Garzón et al., 2025, Vázquez et al., 2025), en este trabajo se han detallado algunos indicadores asistenciales que permitirían valorar la actividad asistencial de los PEPC en los CAP y medir su calidad asistencial. En base al informe de los propios facultativos/facultativas acerca de su práctica clínica diaria, se han realizado propuestas de ampliación de la cartera de servicios. Como colectivo sanitario, los/las profesionales PEPC consideran altamente recomendable ampliar las modalidades de intervención psicológica especializada tras la experiencia con el proyecto PsicAP (Cano-Vindel, 2016; Cordero-Andrés et al., 2017) en el que se basó el proceso de atención psicológica a la ansiedad y depresión en atención primaria en el SERMAS. En torno al 50% de los profesionales realizan además sesiones individuales, como complemento a la intervención grupal y todos/as demandan la ampliación de la cartera de servicios para recuperar su autonomía en la indicación del tipo de tratamiento.

La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud es un requisito obligatorio para la mejora de los servicios ofrecidos (Benítez-Ortega et al., 2021). En un estudio de Benítez-Ortega (2024) se obtuvo un índice de calidad asistencial compuesto por cuatro indicadores esenciales, cuantitativos y objetivables: el número total de casos activos asignados al profesional, el número de casos activos asignados como facultativo de referencia, el número de intervenciones individuales por mes y la periodicidad de dichas intervenciones. Por su parte, en el presente trabajo se ha considerado: el tiempo medio para acceder

a la primera consulta normal en adultos, el número medio de pacientes nuevos semanales atendidos, el número de pacientes diarios atendidos en formato individual, el número de grupos de terapia a la semana, la periodicidad de ambas intervenciones y el número total de casos activos asignados al profesional o carga total por profesional, de forma equivalente a Benítez-Ortega et al. (2024). Ambos sistemas, andaluz y madrileño, comparten dos de los cuatro indicadores. El presente estudio diferencia indicadores individuales y grupales e incluye un indicador relativo a la lista de espera para el acceso a la primera consulta y a grupo de terapia.

Cuatro años después de iniciar su actividad en el SERMAS, los resultados indican que los y las PEPC que trabajan en AP de la CM dan servicio a un promedio de 13 CS cada uno. Se atiende a población adulta, siendo la población infanto-juvenil un grupo no atendido por los/las psicólogos/as clínicos/as en este nivel asistencial. La lista de espera para la mayoría de los/las PEPC se aproxima al mes para las primeras consultas. El tiempo de espera medio entre sesiones de intervención psicológica individual varía entre profesionales, entorno al 50% puede pautar la periodicidad según criterio clínico, mientras que el resto de PEPC varían entre 1 y 8 semanas de demora inter-sesión para sesiones en individual, siendo la media 3 semanas. Las intervenciones en formato grupal se desarrollan en intervalos de 7 o 14 semanas, con una semana o quince días de distancia entre sesiones. La lista de espera para iniciar un tratamiento grupal es de 60 días de media, alcanzando los 90 días (3 meses). Algunas otras experiencias en AP indican que el tiempo de espera medio para iniciar la atención psicológica se sitúa en 7,25 días, y el número medio de consultas en 3 (Gutiérrez-López et al., 2020).

Estos resultados se acercan a las recomendaciones de varias revisiones científicas que concluyen que la periodicidad para alcanzar una eficacia óptima en los tratamientos psicológicos es de una semana (Erekson et al., 2021; Robinson et al., 2020) y contrastan con los tiempos entre sesiones que nos encontramos en los centros de salud mental donde la media son 8 semanas (Fernández-Garzón et al., 2025).

Las listas de espera también se reducen si las comparamos con las de atención especializada que estaban en 4 meses de media en 2021 (Cuéllar-Flores et al., 2022) y en 7 meses de media en 2023 llegando a los 15 meses de lista de espera en CSM (Fernández-Garzón et al., 2025).

El número de casos repercute en la calidad asistencial de la prestación de servicios, incluidos el acceso y la eficacia (Shield et al., 2003). En lo que respecta a la carga asistencial, el presente estudio pone de manifiesto que los/las PEPC simultanean la atención de una media de 318 pacientes en activo. Algún profesional alcanza los 800 casos activos. Diariamente supone una carga asistencial de 7 seguimientos individuales incluyendo 4 primeras evaluaciones de pacientes nuevos y una intervención grupal. Los resultados semanales incluyen como promedio un total de 20 pacientes nuevos, 5 grupos de tratamiento psicológico y 15 sesiones individuales a la semana de media. Estos datos se alejan de las recomendaciones de expertos como el *NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group* (2002) que señala una carga de trabajo recomendada de 86 pacientes anuales por facultativo/a o el consenso entre profesionales de la psicología clínica del SERMAS que consideran que la media de pacientes activos aceptable es 74 (y el número máximo 114). El número de pacientes diarios que recomiendan estaría en 6 de media como estándares de calidad (Cuéllar-Flores et al., 2022).

La carga excesiva de casos puede afectar el bienestar de los profesionales y se ha relacionado con el estrés derivado de la ambigüedad del rol, los dilemas éticos y una sensación de inequidad dentro del sistema (Hannigan et al., 2004).

Las listas de espera, así como el intervalo de tiempo entre citas y la carga asistencial están relacionadas con la ratio de PEPC en el SNS. España tiene una ratio de 6 PEPC por cada 100.000 habitantes (Duro, 2021; Fernández-García, 2021), mientras que la Comunidad de Madrid tiene 5 (Cuéllar-Flores, Fernández-Garzón, Ferreira González et al., 2022). En el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024 (Comunidad de Madrid, 2022) se señala una ratio en 2021 para la Red de Salud Mental de 5,8 y, si incorporamos la red de adicciones asciende a una ratio de 7,14 PEPC por cada 100.000. Aunque ha habido un leve despunte en los últimos años, las recomendaciones de crecimiento de plazas se encuentran entre 12 y 20 PEPC por 100.000 habitantes (para una revisión ver Cuéllar-Flores, Fernández-Garzón, Ferreira González et al., 2022; Defensor del pueblo, 2020, Fernández-García, 2021).

De hecho, la mayor parte de los/las participantes en la encuesta señalan como preocupación la necesidad de incrementar la plantilla de PEPC en AP para mejorar la calidad asistencial. Sería recomendable profundizar en las consecuencias y los daños, tanto profesionales como personales, de esta sobre exigencia sostenida en la actividad laboral.

En relación con la insatisfacción laboral, de los/las 17 profesionales encuestados/as 6 cambiarían de trabajo si tuvieran otras opciones laborales/profesionales. Entre los motivos se encuentran lo restrictivo y rígido del tratamiento psicológico en AP (sin posibilidad de individualizarlo) y de adaptarse a las necesidades del paciente, los turnos de trabajo, la dificultad para la coordinación y el trabajo en equipo y la sobresaturación y el desbordamiento por falta de profesionales. Pérez-Ciordia et al., (2013) reconocen la satisfacción laboral como una dimensión de la gestión de calidad en AP y su estudio permitiría identificar problemas u oportunidades de mejora, con impacto en la calidad de los servicios que se ofertan. Como señalan estos autores, existen actuaciones de política sanitaria que reconocen la importancia de mejorar la satisfacción de los profesionales de la salud. Sería recomendable evaluar más en profundidad la satisfacción del personal como factor importante que debe predominar en la evaluación de la calidad de atención.

En el momento de la implantación inicial de esta actividad sanitaria en la CM la mayor parte de la intervención consistía en ofertar un tratamiento psicológico estandarizado. Esto respondió inicialmente a la necesidad de unificar criterios con fines de investigación, para poder demostrar la eficacia, efectividad y eficiencia (rentabilidad) de dicha intervención en este primer nivel asistencial. Los/las autores/as mostraron que esta terapia cognitivo-conductual resultaba tres veces más efectiva que el tratamiento habitual (médico en las condiciones habituales) (Ruiz-Rodríguez, 2020; Ruiz Rodríguez et al., 2018).

Otros formatos de atención psicológica en AP también muestran una alta satisfacción y utilidad del tratamiento (Gutiérrez-López et al., 2020) lo que ha permitido justificar con evidencias la pertinencia de incorporar psicólogos/as clínicos/as en AP. No obstante, la protocolización debería dirigirse a estandarizar los circuitos de derivación y organización de la demanda, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y no tanto las técnicas concretas de evaluación e intervención que se implementen en la práctica clínica. El/la PEPC es un/a facultativo/a autónomo/a, cualificado/a y competente para tomar este tipo de decisiones en base al mejor tratamiento para el/la paciente en un momento concreto de su proceso y en un contexto institucional determinado. Nos inclinamos por intervenciones breves en este nivel, tanto en formato individual como grupal, pero nos parece fundamental la flexibilidad en la indicación de tratamiento, la cual ha de quedar en manos del facultativo/a psicólogo/a clínico/a referente. Además, la psicología clínica puede aportar en AP la realización de diagnósticos diferenciales, o diagnósticos complementarios, contribuir eficazmente al filtraje y toma de decisiones, a cumplir y aclarar criterios de derivación y a una mejor atención de los/las pacientes de salud mental que son atendidos en este ámbito, de forma colaborativa con el resto del equipo multidisciplinar de AP y en colaboración con atención especializada.

Es necesario desmedicalizar y desfarmacologizar la atención al sufrimiento psíquico (entendiendo que se engloban aquí los trastornos mentales comunes) y es fundamental tener presente la relación entre numerosos diagnósticos de salud mental en función de las condiciones de vida insalubres que los generan (British Psychological Society, 2018). Diversos estudios en varios países muestran que el tratamiento psicológico es eficaz en AP, tiene efectos más duraderos que el tratamiento médico, no tiene efectos fisiológicos secundarios, es el preferido por la mayoría de los pacientes y se puede aplicar de manera flexible con diferentes formatos en distintos grupos objetivo (Cuijpers et al., 2019; Zhang et al., 2019). También sabemos que el tratamiento psicológico de la ansiedad en AP, por ejemplo, es más eficiente cuando lo proporciona un profesional de la psicología clínica (Seekles et al., 2013).

Por último, nos gustaría señalar algunas limitaciones del presente trabajo. Por una parte, los datos no son oficiales, sino que están proporcionados a través de una encuesta administrada a los y las profesionales, lo que podría implicar sesgos de selección o de información, como memoria o de conocimiento preciso. Además, no se han conseguido un 100% de representación de los/las PEPC que trabajan en AP, si se acerca con la participación de un 81%. Por último, los datos aluden a un momento puntual, pudiendo haber variado tras su recogida y hay alguna variable con bastante variabilidad que no ha sido explicada en este trabajo.

## Conclusiones

La integración de los/las psicólogos/as clínicos/as en los equipos multidisciplinares de AP incrementa la accesibilidad, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos, dentro de un marco más cercano al comunitario. El abordaje especializado del trastorno mental común de forma temprana y accesible que ofrece la psicología clínica en este primer nivel asistencial permite contener de manera precoz el elevado nivel de sufrimiento de los/las pacientes, revirtiendo a tiempo el agravamiento de los cuadros clínicos, previniendo su cronificación y su potencial generalización a otros ámbitos como el laboral, el familiar, el social, el personal, e incluso el judicial. Dentro del marco de prevención del modelo bio-psico-social, podría considerarse un procedimiento óptimo para favorecer la prevención primaria y/o secundaria de los trastornos emocionales comunes, reduciendo la frecuentación de otras consultas.

Esto resulta de especial relevancia para fortalecer y descongestionar tanto los servicios de atención primaria como los de especializada, mejorando la especialización de la atención y permitiendo que los servicios de salud mental puedan desarrollar correctamente las intervenciones de las patologías más graves y de las condiciones moderadas que reviertan complejidad.

Desde este estudio defendemos que la incorporación progresiva de la Psicología Clínica en los centros de salud, integrándose en los equipos de medicina familiar y comunitaria, trabajo social y enfermería, contribuye al desarrollo de un modelo comunitario y bio-psico-social, integral y completo de la AP. Atender a la creciente demanda de intervención psicológica desde esta perspectiva incrementa cualitativa y cuantitativamente el derecho a la protección de la salud.

## Referencias

- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M. J., González García, A., Guitián Rodríguez, D., de las Heras Liñero, E., Louro González, A., Rodríguez-Arias, J. L. y Triñanes Pego, Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. [https://doi.org/10.46995/gpc\\_534](https://doi.org/10.46995/gpc_534)
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Benítez Ortega, J. L., Venceslá Martínez, J. F., López Pérez-Díaz, A. G., Rodríguez Gómez, A., Gómez Gómez, V., Martínez Cervantes, R. J., Romero Gamero, R. y Vázquez Morejón, A. J. (2021). Calidad asistencial de la psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud evaluada por los facultativos. *Apuntes De Psicología*, 39(3), 143–158. <https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.910>
- Benítez-Ortega, J. L., Vázquez-Morejón, R., Gómez-Gómez, V., Venceslá-Martínez, J. F., López Pérez-Díaz, A. G., Rodríguez-Gómez, A., Martínez-Cervantes, R. J. y Vázquez-Morejón, A. J. (2024). Desarrollo de un índice para la evaluación de la calidad asistencial de las intervenciones de psicología clínica desde la perspectiva de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 33–44. <https://doi.org/10.5944/rppc.37555>
- British Psychological Society (2018). *Guidance for psychologists on working with community organizations*. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2018.rep121>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, CM., Limonero, JT., Medrano, LA., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F. y Santolaya, F. (2016) Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients with Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), Artículo e246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Comunidad de Madrid. (2022). *Plan estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022–2024*. Consejería de Sanidad – Dirección General Asistencial.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, O., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez,

- P., Adrián Medrano, L., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Vindel, A. y Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández-Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M. J., Vázquez Rivera, S., De la Vega Rodríguez, I., Félix Alcántara, M. P. y Antequera Iglesias, J. (2022) *Planificación del Crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid <https://doi.org/10.5093/copm.infopsicosermas>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández-Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P., Manzano Olivares, B., De la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M., Palacios Albarsanz, M. L., Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud evaluado por sus profesionales. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71–86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Cuéllar-Flores, I., Manzano Olivares, B., Fernández-Garzón, L., Maldonado Belmonte, M.J., Félix-Alcántara, M., Jiménez Bruña, M. y Ferreira González, M. (2024). La Psicología Clínica Hospitalaria en el Servicio Madrileño de Salud: Características, recursos humanos y perspectivas. *Revista de Psicología de la Salud*. 12(1), 112–130. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.109>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. y Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), Artículo e129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Defensor del Pueblo (2020). *Recomendación sobre Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-en-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Duro, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el sistema nacional de salud español? *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 81–93. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>
- Erekson, D. M., Bailey, R. J., Cattani, K., Klundt, J. S., Lynn, A. M., Jensen, D., Merrill, B. M., Schmuck, D. y Worthen, V. (2021). Psychotherapy session frequency: A naturalistic examination in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 69(4), 531–540. <https://doi.org/10.1037/cou0000593>
- Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 31–40. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- Fernández Garzón, L. y Apellániz Martínez, V. (2025). La Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental para personas adultas y menores. En J. C. Duro e I. Cuéllar-Flores (Coord), *Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://doi.org/10.5093/copm2025g1>
- Fernández Moreno, A. (2024). El papel de los psicólogos clínicos en la atención primaria, de los enfermeros y los farmacéuticos en el manejo de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), Artículo e100191. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100191>
- Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P. A Fondo. *Análisis de la situación actual de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud y perspectivas de futuro*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/actualidad/noticias/2475/a-fondo-analisis-la-situacion-actual-la-psicologia-clinica-el-servicio-madrileno-salud-perspectivas-futuro>
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Routledge.
- Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R y Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(2), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.09.002>
- Hannigan, B., Edwards, D. y Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235–245. <https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Encuesta Nacional de Salud España 2017. <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. y Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M. y Sevilla-Dedieu, C., (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- Microsoft Corporation (2016). *Microsoft Excel* (Versión 16.62). Microsoft. <http://www.microsoft.com>
- Ministerio de Sanidad (2024) *Informe anual del Sistema Nacional de Salud de 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). [Update 2018]. *Anxiety disorders*. Quality standard 53. National Institute for Health and Care Excellence. [www.nice.org.uk/guidance/qs53](http://www.nice.org.uk/guidance/qs53)
- NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group (2002). *NHS Education for Scotland Psychology Workforce Report*. <https://turasdata.nes.nhs.scot/media/womjqn3w/2022-06-07-psychology-workforce-report.pdf>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (Coord). (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022 - 2024*. Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado (España), 146, de 17 de junio de 2009.
- Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado (España), 288, de 2 de diciembre de 1998.
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., Ochoa, S. y Ventura, C. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257–266. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200002>
- Pérez-Ciordia, I., Guillén-Grima, F., Brugos, A. y Aguinaga Ontoso, I. (2013) Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 36(2), 253–262. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000200008>
- Reneses, B., Garrido, S., Navalón, A., Martín, O., Ramos, I., Fuentes, M., Moreno, J. y López-Ibor, J. J. (2014). Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. *International Journal of Social Psychiatry*. 61(3), 275–286. <https://doi.org/10.1177/0020764014542815>
- Revejo, S. F. (2021, 10 de abril). *Ansiolíticos en España: ¿Por qué España es el país del mundo donde se toman más tranquilizantes?* Público. <https://www.publico.es/sociedad/espana-pais-mundo-toman-tranquilizantes.html>
- Robinson, L., Delgado, J. y Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(1), 79–96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Medrano, L. A., Moretti, L. S. y PsicAP Research Group. (2018). Cost-effectiveness and cost-utility analysis of the treatment of emotional disorders in primary care: PsicAP clinical trial. Description of the sub-study design. *Frontiers in Psychology*, 9, 281–292. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00281>
- Ruiz-Rodríguez, P. (2020). *Análisis del coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en atención primaria frente a tratamiento convencional*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/58468/1/T41580.pdf>
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H., y Van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000670>
- Serrano-Blanco, A., Palao, D., Luciano, J., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertch, J., Merceder, M. y Haro, JM. (2010) Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric*

- Epidemiology* 45(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Shield, T., Campbell, S., Rogers, A., Worrall, A., Chew-Graham, C. y Gask, L. (2003). Quality indicators for primary care mental health services. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 100–106. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.100>
- Vázquez Mezquita, B., de Juan Arranz, M., Navarro Gallardo, K., Gutiérrez Vivas, M., Acevedo D´Olhabe-riague (2025). La psicología clínica en atención primaria en la Comunidad de Madrid. En J. C. Duro e I. Cuéllar-Flores (Coord), *Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://doi.org/10.5093/copm2025g1>
- Zhang, A., Borhneimer, LA., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A.H., Guz, S. y Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(6), 1117–1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>

Artículo recibido: 08/10/2024  
Artículo aceptado: 08/07/2025

## Anexo 1. Encuesta

### Mapa de la Psicología Clínica en Madrid V2022

Desde el Observatorio de la Psicología Clínica en el SERMAS de la Sociedad Madrileña de Psicología Clínica (SMPC) hemos elaborado esta encuesta que tiene por objetivo conocer los indicadores de nuestra actividad asistencial en los distintos dispositivos del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Esta iniciativa responde a la dificultad para contar con registros fiables y oficiales tanto de la ubicación y número de las plazas de especialistas que trabajamos en el Servicio Madrileño de Salud, como de la actividad asistencial que realizamos. Nuestra intención tras la recogida de datos es continuar con las diversas acciones ya iniciadas durante el año pasado para conseguir, entre otros objetivos, que se acrediten más plazas de Psicólogo/a Interno Residente y que se contraten a más Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica en el SERMAS y mejorar de este modo la calidad asistencial de los servicios que prestamos a la población. La información que nos proporciones será tratada de forma anónima y analizada en conjunto con el resto de las respuestas. Te pedimos datos de identificación para poder aclarar dudas en caso de tenerlas y para asegurarnos de que la información sea fiable y poderla organizar adecuadamente.

La siguiente es la encuesta dirigida a los/las profesionales de los Centros de Atención Primaria.

Nos sería de gran ayuda que contestaras a todas las preguntas de este cuestionario. Te llevará 4 o 5 minutos. Muchas gracias por tu colaboración.

Si quieres puedes contactar con nosotras: [mapapsicologiaclinicasermas@gmail.com](mailto:mapapsicologiaclinicasermas@gmail.com)

CONFIDENCIALIDAD: Todos los datos relativos a usted que se recojan en la encuesta se gestionarán bajo la confidencialidad más estricta. Durante el tratamiento de datos, su nombre y su información personal se sustituirán por un código para que no pueda identificarse a ningún participante individual. Las únicas personas que tendrán acceso a la clave de códigos son los responsables del estudio. De acuerdo con Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, además de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, también tiene derecho a limitar el tratamiento de datos y solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al contacto proporcionado.”

1. Nombre y apellidos (es opcional, aunque es preferible facilitarlo por si necesitamos ampliar alguna información. Estos datos serán totalmente confidenciales)
2. Email de contacto
3. ¿Eres Especialista en Psicología Clínica?
4. Soy residente de Psicología Clínica
  - Si, vía PIR
  - Si, vía Homologación
  - No, soy psicólogo/a no especialista
  - Otro
5. ¿Cuál es tu situación laboral actual?
  - En Activo 100%
  - En Activo reducción de jornada al 75%
  - En Activo reducción de jornada al 50%
  - En activo reducción de jornada al 25%
  - Baja médica por motivos laborales
  - Baja Médica por otros motivos
  - Excedencia
  - En paro

6. ¿Trabajas en Centros de Atención Primaria del SERMAS?
  - Sí, trabajo en Centros de Atención Primaria
  - No, no trabajo en Centros de Atención Primaria
7. ¿A cuántos Centros de Salud das servicio cómo psicóloga clínica?
8. ¿A qué Dirección Asistencial perteneces?
  - DA Centro
  - DA Norte
  - DA Este
  - DA Sureste
  - DA Sur
  - DA Oeste
  - DA Noroeste
9. ¿Qué edad tienes? (solicitamos esta información para prever futuras jubilación)
10. ¿Con qué tipo de población desarrollas tu actividad laboral?
  - Adultos
  - Niños y/o Adolescentes
  - Ambos
11. ¿Disponéis de atención psicológica especializada para la población infanto - juvenil en los Centro de Atención Primaria en los que trabajas?
  - Sí
  - No
12. Si tu respuesta ha sido no, ¿crees que deberían existir programas específicos para población infanto - juvenil?
  - Sí
  - No
13. Tienes como profesional capacidad para indicar el tipo de formato (individual, grupal, familiar, pareja) de tratamiento que precisa el paciente y llevarlo a cabo?
  - Sí
  - No
14. ¿Tienes capacidad como profesional para realizar el tipo de tratamiento que precisa el paciente?
  - Sí
  - No
15. ¿Qué tipo de tratamiento psicológico crees que sería necesario incluir en la cartera de servicios de los PEPC en Atención Primaria?
16. ¿Cuántos pacientes incluye tu agenda? (número total de pacientes activos que tienes a tu cargo)
  - < 50
  - 50 - 100
  - 100 - 200
  - 200 - 250
  - 250 - 300
  - 300 - 350
  - 350 - 400
  - 400 - 450
  - 450 - 500
  - 500- 600
  - 600-700
  - >700

17. ¿Cuánta lista de espera media para primera entrevista con Psicología Clínica hay en los Centro de Salud en los que trabajas?
- no hay lista de espera
  - > que 1 mes
  - 1 mes
  - 2 meses
  - 3 meses
  - 4 meses
  - 5 meses
  - 6 meses
  - 7 meses
  - 8 meses
  - 9 meses
  - 10 meses
  - 11 meses
  - 12 meses
  - > 1 año
  - Otro
18. ¿Cuánta lista de espera media para comenzar en un grupo de terapia hay en los Centros de Salud en los que trabajas?
- no hay lista de espera
  - > que 1 mes
  - 1 mes
  - 2 meses
  - 3 meses
  - 4 meses
  - 5 meses
  - 6 meses
  - 7 meses
  - 8 meses
  - 9 meses
  - 10 meses
  - 11 meses
  - 12 meses
  - > 1 año
19. ¿Cuántos pacientes nuevos atiendes a la semana? (número de nuevos estipulados en tu agenda)
- <4
  - 4-5
  - 6-7
  - 8-9
  - 10-11
  - 12-13
  - 14-15
  - 16-17
  - 18-19
  - 20-21
  - >20

20. ¿Cuánta demora intersesión media tienes para las consultas individuales de seguimiento?  
Tengo posibilidad de citarme según criterio clínico
- < 1 semana
  - 1 semana
  - 2 semanas
  - 3 semanas
  - 4 semanas
  - 5 semanas
  - 6 semanas
  - 7 semanas
  - 8 semanas
  - 9 semanas
  - 10 semanas
  - 11 semanas
  - 12 semanas
  - > 12 semanas
21. ¿Cuántos pacientes atiendes al día en formato individual?
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
  - Otra
22. Si respondiste otros en la pregunta anterior, ¿podrías especificar cuántos?
23. ¿Realizas tratamientos psicológicos en formato grupal?
- Sí
  - No
24. ¿Cuántos tratamientos psicológicos en formato grupal realizas a la semana?
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
  - >10
25. ¿Cuántos pacientes en terapia grupal tienes activos en este momento?

26. ¿Cuántos pacientes en terapia grupal atiendes al día?
- <5
  - 5
  - 10
  - 15
  - 20
  - 25
  - Otros
27. ¿Cuál es la duración de las primeras consultas en formato individual?
- <30minutos
  - 30 minutos
  - 45 minutos
  - 1 hora
  - >hora
  - El tiempo que precise
28. ¿Cuál es la duración de las sesiones de seguimiento?
- <30minutos
  - 30 minutos
  - 45 minutos
  - 1 hora
  - >hora
  - El tiempo que precise
29. ¿Cuál es la duración de las sesiones de grupo?
- 30 minutos
  - 45 minutos
  - 1 hora
  - 75 minutos
  - 1,5 horas
  - 2 horas
30. Describe en porcentaje el tiempo aproximado de tu jornada semanal que dedicas a coordinación, reuniones, tratamiento psicológico individual y tratamiento psicológico grupal. Si existe alguna actividad que creas que no se incluye en estos apartados, añádela.
31. Si tuvieras otras opciones laborales/profesionales, ¿cambiarías de trabajo?
- Sí
  - No
32. Si has respondido sí, especifica los motivos.
33. Por último, nos gustaría que nos contaras en qué te parece que debería mejorar nuestra profesión, cuáles son tus principales preocupaciones y deseos.