

Artículo

Calidad Asistencial y rol Profesional de la Psicología Clínica: Análisis Desde la Perspectiva del Personal Facultativo Especialista del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España

Andrea Jarabo-Valdeolivas¹, Antonio J. Palacios-Ruiz², Beatriz Mora-Rodríguez²,
Elena Vázquez-Ramo², David Hernando-Martínez³, Sergio Sanz-Díaz⁴,
Bárbara I. Paniagua-Moreno¹ y Beatriz Vallejo-Sánchez⁵

¹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca (España)

²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara (España)

³Hospital Santa Bárbara, Puertollano (España)

⁴Hospital Universitario de Toledo, Toledo (España)

⁵Coordinación Regional de Salud Mental, DGAS, SESCAM. Toledo (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 05/08/2025
Aceptado: 18/02/2026

Palabras clave:

Psicología clínica
Calidad de la atención de salud
Servicios de salud mental
Atención primaria de salud
Recursos humanos en salud

RESUMEN

Introducción: La calidad asistencial en Psicología Clínica carece de estándares e indicadores propios dentro del sistema público, dificultando la planificación y mejora de los servicios. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta online y anónima dirigida a los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Participaron 66 de los 138 profesionales convocados (47,8%). **Resultados:** Se evidencian déficits estructurales como la escasez de profesionales, tiempos de espera elevados, duración insuficiente de las consultas y limitadas condiciones materiales y organizativas. Los profesionales expresan una alta insatisfacción con aspectos clave de la práctica clínica y una limitada participación en funciones de gestión y toma de decisiones. **Discusión:** Los resultados reflejan una sobrecarga estructural que afecta tanto a la calidad de la atención como al bienestar profesional. Se plantea la necesidad de incrementar la ratio de PEPC, incorporar la especialidad en Atención Primaria, mejorar las condiciones laborales y establecer indicadores propios de calidad asistencial. Estas medidas permitirían una atención psicológica más accesible, equitativa y eficaz.

Healthcare Quality and Professional Role of Clinical Psychology: Analysis From the Perspective of Specialist Medical Staff in the Castilla-La Mancha Health Service, Spain

ABSTRACT

Introduction: Clinical Psychology in Spain's public health system lacks specific quality standards and indicators, limiting effective service planning and improvement. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted through an anonymous online survey addressed to Clinical Psychology Specialists (PEPC) working in the Castilla-La Mancha Health Service (SESCAM). A total of 66 out of 138 professionals (47.8%) participated. **Results:** The study identified structural deficiencies including staff shortages, long waiting times, inadequate session lengths, and insufficient resources. Respondents expressed dissatisfaction with core aspects of clinical care and reported low levels of involvement in management and decision-making processes. **Discussion:** The findings highlight a systemic overload that negatively impacts care quality and professional well-being. There is a clear need to increase the ratio of clinical psychologists, integrate the specialty into Primary Care, improve working conditions, and develop profession-specific quality indicators. Implementing these measures would promote more equitable, efficient, and accessible mental health care.

Citar como: Jarabo-Valdeolivas, Andrea; Palacios-Ruiz, Antonio J.; Mora-Rodríguez, Beatriz; Vázquez-Ramo, Elena; Hernando-Martínez, David; Sanz-Díaz, Sergio; Paniagua-Moreno, Bárbara I. y Vallejo-Sánchez, Beatriz (2026). Calidad asistencial y rol profesional de la psicología clínica: análisis desde la perspectiva del personal facultativo especialista del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España. *Apuntes de Psicología*, 44(2), 57-68. <https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2026.44.07>

Autor y e-mail de correspondencia: Beatriz Vallejo Sánchez, bvallejo@sescam.jccm.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

El debate sobre el estado y la calidad de la atención a la Salud Mental en el Sistema Público de Salud ha ganado relevancia en los últimos tiempos, en parte debido a la mayor consideración de los aspectos psicológicos implicados en la salud y a una creciente demanda de asistencia psicológica especializada para su abordaje. No obstante, y a pesar de los avances de los últimos 20 años en cuanto a transparencia y disponibilidad de indicadores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para su evaluación y mejora, en el ámbito de la Psicología Clínica es un tema pendiente (Benítez-Ortega et al., 2021; Cuéllar-Flores et al., 2022a), no contando con los indicadores y estándares de Calidad Asistencial (CA) específicos que se precisarían por no ajustarse a los parámetros de otras especialidades (para una revisión de los conceptos de criterio, indicador y estándar, ver Mira, 2003; citado por Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025). Así lo ha reconocido el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2025), que plantea como acción prioritaria la recopilación y análisis de los indicadores en salud mental disponibles para valorar su adecuación y realizar las actualizaciones necesarias. Este hecho dificulta el diseño y realización de proyectos de mejora de la CA en Psicología Clínica, como ponen de manifiesto diferentes autores (Benítez-Ortega et al., 2021; Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025; Cuéllar-Flores et al., 2022b), incluido el Defensor del Pueblo (2020).

El concepto de CA es complejo y multidimensional, abarcando dimensiones como la estructural (recursos y organización), procesal (accesibilidad, adaptabilidad cultural, continuidad, variabilidad y comparabilidad) y de resultados (efectividad, satisfacción, calidad de vida, seguridad o equidad) (Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, 2009). Existen diferentes definiciones, en función de la dimensión en la que se pone el énfasis (Hermann et al., 2006; Pincus et al., 2011; Spaeth-Rublee et al., 2014; Thornicroft y Tansella, 2005a), pero en todos los casos se coincide en la necesidad de recoger datos que permitan monitorizar qué se hace, cómo se hace y cuáles son los resultados (Mira et al., 1999). Benítez-Ortega et al. (2021) proponen que la CA en Psicología Clínica supone:

“La provisión efectiva a sus usuarias y usuarios (pacientes y sus familiares) de las intervenciones psicológicas necesarias de prevención, evaluación, tratamiento, rehabilitación y recuperación, atendiendo a su estado específico de salud, por profesionales con la formación necesaria y debidamente acreditada, en los entornos sanitarios y con los procedimientos, intensidad y plazos adecuados de acuerdo con la evidencia científica actualizada, buscando activamente la mejora continuada de dichas intervenciones, y garantizando una distribución eficiente y equitativa de los recursos públicos disponibles” (p. 144).

Sin embargo, tal como comentábamos, existen pocos indicadores de la actividad específica de los PEPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Sus intervenciones no constan ni en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) dependiente del Ministerio de Sanidad (Portal estadístico Ministerio de Sanidad, 2025), ni en el portal de la Consejería de Sanidad de CLM en el que la ciudadanía puede consultar datos acerca de la Lista de Espera por hospitales y especialidades. El Defensor del Pueblo, en el Documento sobre la Atención Psicológica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

elaborado en 2020, dejaba de manifiesto que en su intento de recopilación de datos de las Comunidades Autónomas (CCAA), los datos aportados por éstas eran heterogéneos y en muchos casos incompletos, no estando tampoco disponible información sobre tiempos de demora entre consultas de Psicología Clínica.

Se ha planteado que el número de profesionales trabajando en el SNS, concretamente el valor de la ratio por 100.000 habitantes, funciona como una variable centinela de la CA de cada especialidad sanitaria (Benítez-Ortega et al., 2021), ya que la magnitud de dicha ratio condiciona el comportamiento de gran parte de las demás variables que integran las dimensiones de la CA. No obstante, en España no contamos, en primer lugar, con registros oficiales del número de PEPC, a pesar de que ya en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias LOPS (Ley 44/2003, de 21 de noviembre), se estableció que debía elaborarse un Registro Estatal de Especialistas Sanitarios. Y, en segundo lugar, desconocemos también el número de PEPC trabajando en el SNS. El mismo Ministerio de Sanidad (2022a), en el análisis de situación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, reconoce con respecto a los PEPC que “no se dispone de información actualizada ni completa del personal vinculado en centros sanitarios públicos del SNS en todas las comunidades autónomas y por tipo de centro como para poder presentar una cifra fiable de la ratio nacional” (p. 51). El Defensor del Pueblo, expresaba su preocupación por la insuficiente atención pública a la salud mental en España y planteaba como recomendación al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social promover “la realización de una evaluación de necesidades específicas en materia de atención psicológica dirigida a incrementar progresivamente este tipo de asistencia en los servicios autonómicos de salud” (Defensor del Pueblo, 2020, sección Recomendación). Los estudios de Duro (2021) y Fernández-García (2021) coinciden en que la ratio de 5,5 puede considerarse como la estimación más fiable a nivel nacional. Y con respecto a la evolución a lo largo de los años, tanto Duro (2021) como el Observatorio de la Asociación Castellano Manchega de Salud Mental (ACMSM) coinciden en que desde 2003 hasta 2018 se observa un decremento en dicha ratio, de casi 0,5 PEPC por 100.000 habitantes. Estos datos están en consonancia con lo planteado por el Defensor del Pueblo (2020) que destaca que la ratio de PEPC por cada 100.000 habitantes apenas ha variado desde el 2009 salvo en algunas comunidades autónomas (Madrid, Canarias y Navarra), y que las diferentes administraciones autonómicas no asumen la necesidad o previsión concreta de incrementar el ritmo de dotación de PEPC en los Servicios de Salud en los próximos años.

Por otro lado, se observa una escasa participación de los PEPC en el ámbito de la gestión clínica y sanitaria y, por ende, en la organización y evaluación de su propia actividad. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) alude a la importancia de la participación no solo de pacientes, sino también de los propios profesionales sanitarios en la evaluación de la CA. Y en el marco internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que todos los estados miembros deben crear comisiones profesionales que establezcan métodos de vigilancia continua y sistemática en el ámbito de sus prestaciones, y que todo el personal sanitario debe contar con formación adecuada para la evaluación de sus propias actuaciones (Organización Mundial de la Salud, 1999). En el caso de los PEPC, Medina-Tornero (1999) ya señalaba la necesidad de que tuviesen voz propia en la definición de la CA en el ámbito de sus prestaciones, como parte constitutiva de los sistemas

de salud y responsables de las intervenciones psicológicas en su ejercicio profesional.

La falta del pleno desarrollo del rol profesional del PEPC, junto a la insatisfacción con las condiciones de asistencia prestada, puede tener un impacto relevante en el bienestar psicológico y desempeño profesional del PEPC, repercutiendo en la calidad de la atención que reciben los pacientes. Así lo expone [Vázquez-Caubet \(2024\)](#), en su reflexión sobre el impacto del Covid-19 en los profesionales sanitarios, aludiendo al daño moral que aparece cuando los profesionales conocen cuál sería la actuación adecuada desde un punto de vista ético, pero el contexto asistencial les impide llevarla a cabo. Estudios recientes en profesionales sanitarios post-COVID ([Vázquez-Caubet, 2024](#)) han evidenciado que esta discrepancia entre los estándares asistenciales deseados y los que las condiciones estructurales permiten constituye un factor de riesgo para el *burnout* y la fuga de talento en los sistemas públicos de salud ([Shanafelt et al., 2022](#)). Es por este motivo que puede ser importante evaluar la satisfacción de los PEPC con su situación profesional en las instituciones sanitarias en las que desempeñan su labor. Por este motivo, unido a las carencias ya comentadas en cuanto a disponibilidad de indicadores y participación de profesionales, parece pertinente hacer en este momento un análisis de la situación de la Psicología Clínica en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), tal y como ya se ha hecho en otras CCAA, considerando las particularidades de esta región.

Concretamente, Castilla-La Mancha es una comunidad amplia en extensión, con una superficie de 79.461,97 km² y una población de 2.120.261 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística (<https://www.ine.es/>), con elevada dispersión geográfica, predominantemente rural (viviendo en su mayoría en pequeños municipios) y alto índice de envejecimiento.

El mapa sanitario de la región se compone de siete Áreas de Salud Mental, que a su vez incluyen 13 Gerencias de Atención Integrada (GAI), más una Gerencia de Atención Especializada (GAE) y otra Gerencia de Atención Primaria (GAP) en el Área de Toledo (Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2018-2025). En la [tabla 1](#) se detallan estas áreas con sus gerencias asociadas y las ratios de PEPC en cada una de ellas.

El presente estudio tiene como objetivo analizar los indicadores asistenciales de calidad de los dispositivos de salud mental, con el fin último de proponer acciones de mejora y garantizar una adecuada prestación de servicios desde la especialidad de Psicología Clínica.

Método

Participantes

La muestra de estudio estuvo compuesta por 66 PEPC, que supone el 47,75% del total de profesionales que trabajan actualmente en el SESCAM. En el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental, lo cual implica que la selección de los participantes se realizó en función de su disponibilidad y accesibilidad al momento de la recolección de datos. En la [tabla 2](#) se detalla la distribución de la muestra en función de la Gerencia y área donde desempeñaban su trabajo. Se incluye el porcentaje de participación en cada una de ellas, en el que se observa una importante heterogeneidad, desde 32,26% de participación en el área de Albacete al 83,33% en el área de Cuenca.

Tabla 1

Ratio de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) por Cada 100.000 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) en Castilla-La Mancha, Según Área de Salud y Gerencias del SESCAM (Datos Actualizados a 31 de Diciembre de 2024)

Áreas de Salud y Gerencias	Nº TSI	PEPC	Ratio (PEPC/nºTSI)
GAI Albacete	277.268	24	8.7
GAI Almansa	41.656	2	4.8
GAI Hellín	58.144	2	3.4
GAI Villarrobledo	60.224	3	5.0
GAI Cuenca	138.071	12	8.7
GAI Ciudad Real	190.142	16	8.4
GAI Puertollano	69.278	4	5.8
GAI Manzanares	40.496	3	7.4
GAI Valdepeñas	62.485	3	4.8
GAI Guadalajara	254.050	18.5	7.3
GAI Alcázar de San Juan	120.564	14	11.6
GAI Tomelloso	64.532	2	3.1
GAI Talavera	146.656	11.1	7.6
GAE/GAP Toledo	467.156	23.6	5.1
TOTAL profesionales		138.2	
Total TSI	1.990.722		6.94
Total Población	2.120.261		6.52

Nota aclaratoria: En algunas áreas se especifica un número de profesionales contratados con decimales, lo cual significa que algunos profesionales tienen reducción de la jornada y esa reducción no se ha cubierto (por ejemplo, un 0.6 de jornada significa que el profesional tiene una reducción del 40%).

Los resultados obtenidos dibujan un especialista promedio de 50 años de edad, 20 años de experiencia clínica (incluyendo el PIR) y en su gran mayoría mujeres (78,8%). Trabajan principalmente a tiempo completo (92,4%), con contrato fijo en el 62,2% de casos (frente al 31,8% de contratos interinos). Una minoría (34,7%) realizó la residencia en la misma comunidad en la que trabajan y en general no se plantean dejar su empleo en el SESCAM (69,2%). En la [tabla 3](#) se detallan los recursos asistenciales donde los encuestados desempeñan su trabajo, con una gran mayoría de profesionales trabajando en Unidades de Salud Mental dedicada a la atención comunitaria de población adulta. No todas las Gerencias disponen de todos los recursos.

Instrumentos

Para la recogida de datos se diseñó una encuesta ad hoc basada en trabajos previos sobre la situación de la Psicología Clínica en España ([Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, 2005](#); [Benítez-Ortega et al., 2021](#); [Cuéllar-Flores et al., 2022b](#)). En ésta, se recogen datos sobre características sociodemográficas, situación laboral, actividad e indicadores asistenciales, estándares de CA, condiciones de trabajo, funciones de participación, docencia e investigación, liderazgo y responsabilidad en la organización, y satisfacción con el ejercicio profesional.

La encuesta utilizada para la recogida de información puede consultarse en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1HLiebxxvIM6Hy_ivTDQD0E-MY1fQMwH7/view?usp=sharing

Tabla 2*Distribución de la Muestra en Función de la Gerencia/Área de Salud Mental Donde Desempeñan su Trabajo los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC)*

Áreas de Salud y Gerencias	PEPC participantes	PEPC contratados	Porcentaje participación
GAI Albacete	9	24	37,5
GAI Almansa	1	2	50
GAI Hellín	0	2	0
GAI Villarrobledo	0	3	0
GAI Cuenca	10	12	83.33
GAI Ciudad Real	5	16	31.25
GAI Puertollano	4	4	100
GAI Manzanares	0	3	0
GAI Valdepeñas	2	3	66.67
GAI Guadalajara	13	18.5	70.27
Área Mancha Centro (Alcázar de S.J./Tomelloso)	6	16	37.5
GAI Talavera	5	11.1	45.04
GAE/GAP Toledo	11	23.6	46.61
TOTAL profesionales	66	138,2	47.75

Nota aclaratoria: En algunas áreas se especifica un número de profesionales contratados con decimales, lo cual significa que algunos profesionales tienen reducción de la jornada y esa reducción no se ha cubierto (por ejemplo, un 0,6 de jornada significa que el profesional tiene una reducción del 40%).

Tabla 3*Unidad Donde se Desarrolla la Actividad Principal de Profesionales PEPC Encuestados*

Unidad	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de Salud Mental Adultos (USMA)	28	42.4
Unidad de Salud Mental Infante Juvenil (USMIJ)	15	22.7
Unidad de Conductas Adictivas (UCA)	4	6.1
Hospital Día Adultos (HDA)	2	3.0
Hospital Día Infante-Juvenil o Juvenil (HDIJ)	1	1.5
Unidad Hospitalización Breve Adultos (UHB)	2	3.0
Unidad de Hospitalización Trastornos de la Conducta Alimentaria	3	4.5
Unidad de Media Estancia (UME)	4	6.1
Interconsulta y Enlace. Psicología de la Salud	3	4.5
Unidad de Cuidados Paliativos	4	6.1
Total	66	100

Procedimiento

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal, que surge como una acción del Grupo Regional de Trabajo de Psicología Clínica del SESCAM. Se inició con una revisión bibliográfica de estudios realizados en español sobre la situación de la Psicología Clínica en España ([Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, 2005](#); [Benítez Ortega et al., 2021](#); y [Cuéllar-Flores Flores et al., 2022b](#); Observatorio de la [Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2022](#)).

La encuesta fue enviada a toda la población diana (PEPC del SESCAM) a través de redes de contacto profesionales, siendo contestada de forma online y anónima a través de la aplicación *Microsoft Forms*, entre julio y septiembre de 2024.

Previamente, el estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, que emitió dictamen favorable con fecha 19 de junio de 2024.

Análisis de Datos

Para el tratamiento estadístico de la información se utilizó el programa SPSS v.20. En primer lugar, se realizaron análisis estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, condiciones laborales, actividad asistencial, funciones desempeñadas, formación, investigación, docencia y satisfacción profesional. Se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica) para variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

Resultados

Indicadores Asistenciales Informados en Dispositivos Ambulatorios

En las [tablas 4 y 5](#) pueden encontrarse datos relativos a la actividad asistencial ambulatoria de USMA y USMIJ; en concreto, tiempos

Tabla 4

Días de Espera Para Consultas Nuevas, Para Revisiones y para Consultas Nuevas Preferentes en USMA y USMIJ

	Todas las unidades			USMA			USMI-J		
	Nuevos	Revisiones	Nuevos preferentes	Nuevos	Revisiones	Nuevos preferentes	Nuevos	Revisiones	Nuevos preferentes
Media	166.08	54.04	36.07	217.48	59.21	52.46	118.67	49.93	17.06
DT	150.85	21.80	60.02	178.23	22.13	78.42	62.66	20.82	10.38
Máximo	548	91	240	548	91	240	240	90	30
Mínimo	1	14	5	1	20	5	40	14	5

Tabla 5

Pacientes Programados Semanalmente y Duración de las Sesiones en USMA y USMIJ

	USMA				USMI-J			
	Pacientes en agenda semanalmente		Duración Sesiones		Pacientes en agenda semanalmente		Duración Sesiones	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Nuevos	9	3.03	48.03	16	6.75	1.81	56.00	6.87
Seguimiento	32.5	7.75	31.79	5.26	29.20	8.28	42.83	10.21
Fuera de agenda	3.5	3.12			4.40	4.17		

de espera en derivaciones ordinarias y preferentes, tiempo medio entre sesiones, carga asistencial (número de pacientes atendidos/semana) y duración de las sesiones. Se consideraron únicamente las respuestas ofrecidas por los profesionales de USMA y USMIJ, en total 43 profesionales (el 65% de participantes, y el 31,16% del total de PEPC de CLM), por ser el grupo más representativo de la muestra total. No se consideraron aquí datos de UCA y UTCA, a pesar de que también ofrecen atención ambulatoria, debido a la idiosincrasia de estas unidades y la no adecuación de estos indicadores para la medida de la calidad de la asistencia. El resto de apartados contestados incluye al resto de profesionales.

En el caso del tiempo de espera para derivaciones preferentes, solo se tuvieron en cuenta los datos ofrecidos por los profesionales que informaron de que disponían de esta prestación (el 82,1% en USMA y el 73,3% en USMI-J).

Se analizaron también los datos correspondientes a los pacientes totales en agenda, obteniéndose una muestra de 41 registros tras la exclusión de valores extremos. La media fue de 279,20 pacientes ($DT = 129,73$; rango = 50-672). Por otro lado, en cuanto al número total de pacientes que los profesionales consideraban adecuado para realizar un trabajo de calidad ($n = 37$; seis valores extremos excluidos), se obtuvo una media de 119.46 pacientes ($DT = 53,31$; rango = 30-300).

Al ser preguntados por la calidad percibida, los profesionales de USMA y USMI-J consideraban que un intervalo entre sesiones adecuado sería de máximo 18 y 19 días de media, respectivamente, y un 86% indicó que el intervalo actual no cumplía los estándares de calidad. En cuanto a la carga asistencial por profesional, según el criterio profesional, el número máximo de pacientes atendidos para hacer un tratamiento individual de calidad, sería en USMA de 7 ($DT = 3,85$) y en USMIJ de 6,1 ($DT 0,74$).

Por otro lado, la duración media de las consultas considerada como adecuada para pacientes nuevos fue de un mínimo de 58 minutos, y de 45 y 48 minutos en el caso de las consultas de seguimiento en USMA y USMIJ, respectivamente.

Un 51,6% refirió realizar terapia grupal (media de 87 minutos por sesión), y un 43,5% terapia familiar (59 minutos de media), siendo más frecuente esta última en USMIJ.

Con respecto a los recursos, solo el 37,7% consideró que tenía acceso adecuado a material psicotécnico, con mayor disponibilidad en USMA (44,4%) que en USMIJ (26,7%); solo el 49,1% valoró positivamente el espacio físico de trabajo; y únicamente el 5,7% respondió que tenía acceso a consultas online.

En cuanto a la organización de su actividad, el 68% refirió tener autonomía para modificar su agenda. El 64% consideró que no disponía de tiempo disponible para exploraciones complementarias, porcentaje que aumentó considerando únicamente a los profesionales de USMIJ (73,3%). Solo el 46% contaba con tiempo asignado en su agenda para descanso, con diferencias notables entre gerencias.

Responsabilidades y Funciones no Asistenciales

Los resultados detallados se encuentran en la [tabla 6](#). A pesar de la alta implicación observada en tareas de coordinación, todos los PEPC encuestados informaron que muchas de estas tareas no se registraban en agenda (únicamente el 65,2% de coordinaciones intraequipo, el 24,2% de coordinaciones entre dispositivos del servicio, el 24,2% con dispositivos externos y el 4,5% en el caso de reuniones con gerencia). En contraste, un 75% de los profesionales de Cuidados Paliativos informaron que sí registraban dichas tareas.

El 86,4% consideró que la Psicología Clínica debería organizarse como servicio independiente o sección. Y un 92,4% apoyó la incorporación de PEPC en Atención Primaria.

Investigación, Formación y Docencia

Únicamente un 20% refirió realizar tareas de investigación (media de 4,25 h/mes); el 9,1% tenía el título de doctorado y el 16,7% la suficiencia investigadora. Con respecto a la realización de actividades de formación y supervisión de casos, por un lado, y docencia a residentes y alumnado universitario, por otro, pueden

Tabla 6
Funciones de Responsabilidad y no Asistenciales Ejercidas por los PECP

	Todas las Unidades	USMA	USMIJ
Funciones de Responsabilidad			
Facultativo responsable de paciente con diagnóstico TMG	21.2%	17.9%	13.3%
Responsable de programa asistencial	27.7%	25%	26.7%
Coordinación de dispositivo asistencial	10.6%	10.7%	6.7%
Participación en comité asistencial	16.7%	10.7%	13.3%
Derivaciones y/o Altas			
Derivación a otras especialidades diferentes a Psiquiatría	92%	96.4%	80%
Derivación a programas de tercer nivel o programas específicos	88%	100%	86.7%
Cursar alta del dispositivo	89.4%	100%	100%
Reuniones de Coordinación			
Coordinaciones internas de equipo	86.4%	85.7%	86.7%
Coord. con otros dispositivos del mismo servicio	57.6%	46.4%	73.3%
Coord. con otros dispositivos externos al servicio	60.6%	46.4%	86.7%
Reuniones con gerencia	12.1%	7.1%	13.3%
Realización de Informes			
Recomendación de ingreso UHB	25.8%	39.3%	13.3%
Derivación otros dispositivos	72.7%	67.9%	86.7%
Alta de la unidad	68.2%	67.9%	73.3%
Necesidades de apoyo	31.8%	21.4%	66.7%
Judiciales	77.3%	75%	93.3%
Valoración discapacidad	71.2%	85.7%	73.3%

Tabla 7
Tiempo Dedicado a la Formación Continua y Supervisión

	Formación (horas/año)		Supervisión (horas/año)	
	SESCAM	Fuera de SESCAM	SESCAM	Fuera de SESCAM
Media	32	105	24	21.33
D.T.	15.6	120	10	10

Tabla 8
Participación de los PECP en Docencia

Actividades de formación	Porcentaje
Formación de residentes	
Participa	92.7%
Tutor	18.2%
Colaborador docente	81.8%
Docencia teórica	60%
Disponen de tiempo asignado para ello	49.1%
Posibilidad de acreditar nuevas plazas PIR en el Área	42.4%
Formación alumnado universitario	
Participa	45.5%
Realiza docencia en la universidad	9.1%

verse datos detallados en las [tablas 7 y 8](#). Como dato destacable, solo el 47% de los participantes informaron que tenían un tiempo reservado en agenda para funciones no asistenciales (investigación, coordinación, sesiones clínicas...).

Nivel de Satisfacción

Los mayores niveles de insatisfacción de los PECP, tal como se observa en la [figura 1](#), se dieron en relación a la lista de espera, tanto para pacientes nuevos como preferentes, y a la demora intersección.

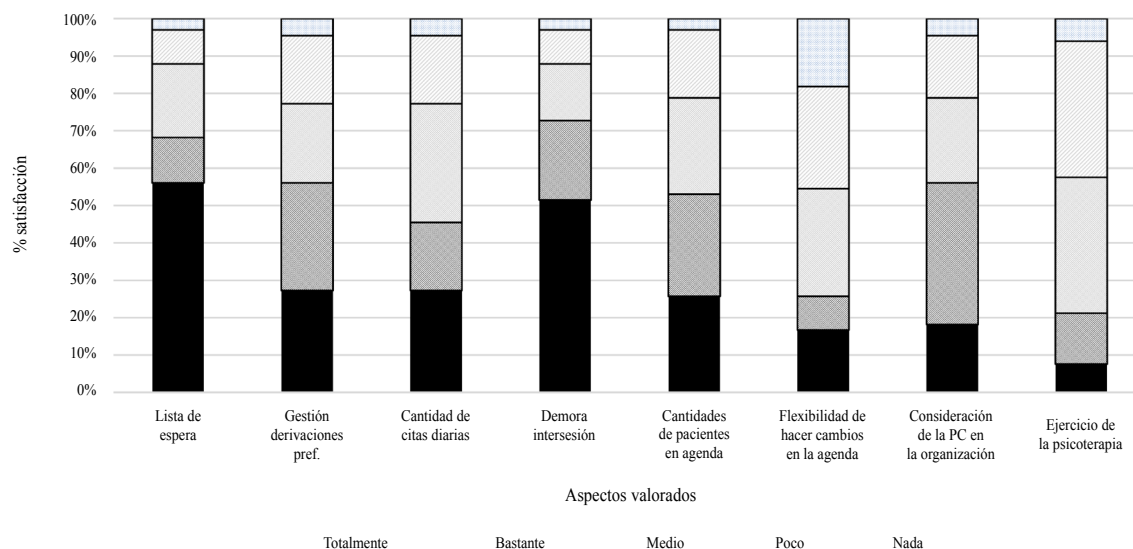
Discusión

La psicoterapia (en su modalidad individual, familiar y grupal) está reconocida como una prestación sanitaria más en la cartera de servicios del SNS, siendo su oferta una obligación para el sistema sanitario público (RD 1030/2006, de 15 de septiembre). Sin embargo, este reconocimiento normativo no se ha acompañado de la revisión y discusión realizada para el resto de prestaciones sanitarias en relación a aspectos como la evaluación de necesidades, las garantías de calidad y la política de recursos humanos (García-Haro y Fernández-Briz, 2015).

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de aspectos relacionados con la CA en Psicología Clínica, considerando la falta de datos en los sistemas de información, y de la valoración del rol del profesional dentro de la propia organización, contando con la participación de los propios profesionales, y en base a las recomendaciones nacionales e internacionales planteadas.

Figura 1

Nivel de Satisfacción Profesional de los PEPC en Relación con Diferentes Aspectos Organizativos



Con respecto a una de las variables consideradas más relevantes, la *tasa de profesionales disponibles*, resulta destacable la escasez generalizada de datos públicos sobre el número concreto de PEPC que trabajan en las diferentes CCAA. En el caso del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), aunque los datos no están publicados, puede accederse a la información a solicitud. En concreto, a fecha 31 de diciembre de 2024, la ratio de PEPC era de 6,94 por 100.000 tarjetas sanitarias, 6,52 por 100.00 habitantes (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2024), cifra ésta última bastante similar a la ofrecida por Fernández-García (2021), y ligeramente superior a la media nacional estimada (5,5). Sin embargo, esta cifra se aleja bastante de las recomendaciones de autores como Fernández-García (2021), que propone una ratio mínima de 12 profesionales/100.000 habitantes. La OMS plantea incluso ratios superiores en países con redes comunitarias no suficientemente desarrolladas (OMS, 2021). Para poder realizar una atención psicológica eficaz y de calidad, los equipos de salud mental deben contar con el número suficiente de profesionales, que trabajen en lugares accesibles y que puedan ofrecer intervenciones eficaces (The Royal College of Psychiatrists, 2013). Sólo así puede garantizarse el derecho a la protección de la salud establecida en la Constitución Española (1978, art. 43). Por otro lado, metaanálisis recientes han mostrado que un aumento de profesionales se asocia con mejoras significativas en la accesibilidad y en los resultados clínicos de los pacientes (Thornicroft y Tansella, 2005b).

La idoneidad de las intervenciones psicológicas en el ámbito público puede evaluarse mediante indicadores de accesibilidad (lista de espera para primera consulta), intensidad asistencial (intervalo entre sesiones) y organización de la atención (duración de consultas y carga diaria). En un reciente estudio de Benítez-Ortega et al. (2024) se propone un índice de calidad asistencial donde dos de los cuatro indicadores más importantes son el número de intervenciones individuales por mes y la periodicidad de dichas intervenciones. En este sentido, los datos obtenidos en Castilla-La Mancha (SESCAM) reflejan una situación especialmente crítica en comparación con otras CCAA. En Castilla-La Mancha, los datos del

presente estudio indican que el *tiempo medio de espera* para primera consulta de adultos en USM es de 7,2 meses, prácticamente el doble que el observado en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), donde la media es 3,99 meses; en población infanto-juvenil el tiempo de espera se sitúa en torno a 4 meses, frente a los 4,74 meses de Madrid (Cuéllar-Flores et al., 2022a).

Respecto al *intervalo entre sesiones*, SESCAM registra 8,45 semanas en el caso de población adulta y 7 semanas en infanto-juvenil, llegando a triplicar lo recomendado por los profesionales. En Madrid, la espera media entre sesiones es de 7 semanas en ambos programas (Cuéllar-Flores et al., 2022a). En Andalucía, el intervalo asciende de media a dos meses (≈ 8 semanas), con una duración media de 33 minutos por sesión, lo que ilustra la presión asistencial existente (Benítez-Ortega et al., 2021). En Mallorca, por el contrario, se reportan intervalos de 2 a 5 semanas y tiempos de espera habituales para primera consulta entre 3 semanas y 5 meses (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025).

Con respecto a la *duración media de las consultas*, en Castilla-La Mancha, es, en el caso de primeras consultas, de 48 minutos en USMA y 56 en USMIJ, por debajo de los 58 minutos considerados adecuados de media por los profesionales. Las sesiones de seguimiento tienen una duración de 32 y 43 minutos, respectivamente, también por debajo de los estándares recomendados (45 y 48 minutos). En comparación, en Andalucía las sesiones individuales fueron de promedio de 33 minutos (Benítez-Ortega et al., 2021), y en Mallorca alcanzaron los 49 minutos en primeras visitas y 36 en sucesivas (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025). La duración de las consultas también es inferior al tiempo considerado necesario por los propios profesionales para garantizar una intervención de calidad.

En relación a la *carga asistencial* (pacientes totales en agenda), los resultados ponen de manifiesto una notable discrepancia entre la carga asistencial actual (279 de media) y la carga máxima ideal considerada por los profesionales para garantizar una atención de calidad (119 de media). Estos datos son coherentes con estudios previos: Benítez-Ortega et al. (2021) reportan 321 casos; Cuéllar-

Flores et al. (2022a) señalan una media de 328 casos frente a una recomendación de 74, y Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver (2025) describen una sobrecarga del 120%. Estos datos confirman un escenario de sobrecarga asistencial, muy por encima de la recomendación de 86 casos anuales por facultativo (NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group, 2002), que hacen preciso el aumento de la dotación de profesionales para alcanzar los estándares de calidad. En cuanto a la carga diaria, en el SESCAM el volumen diario informado fue de 8 a 9 pacientes atendidos al día, inferior a las cifras que ofrecen los profesionales de Madrid, que atienden una media de 9,41 pacientes/día en el caso de población adulta y 8,11/día en población infanto-juvenil (Cuéllar-Flores et al., 2022a). Frente a estas cifras, los umbrales de calidad propuestos por el consenso profesional sitúan los máximos diarios en 5 pacientes en Mallorca y 6 en Madrid (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025; Cuéllar-Flores et al., 2022b). En Castilla-La Mancha, se proponen máximos de 7 pacientes/día en USMA y 6/día en USMIJ.

En conjunto, los hallazgos posicionan a Castilla-La Mancha en una situación de mayor presión asistencial y menor accesibilidad, en comparación con Madrid y Mallorca, y con intervalos intersesión comparables a los observados en Andalucía, pero más prolongados que los de Baleares. Estos resultados apoyan la necesidad de reforzar plantillas y ajustar agendas (por ejemplo, reducir intervalos intersesión hacia valores de 1-3 semanas y acercar las cargas diarias a 5-6 pacientes) para converger con los estándares propuestos (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025; Cuéllar-Flores et al., 2022a; Benítez-Ortega et al., 2021) y con la evidencia disponible. En concreto, la anterior Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Ministerio de Sanidad, 2011) proponía criterios mínimos para una psicoterapia individual de 15 sesiones de media, de frecuencia semanal/quincenal, y una duración de 30-40 minutos. La evidencia científica es acorde a esta consideración. Concretamente, varios metanálisis recientes confirman que una mayor frecuencia y un número suficiente de sesiones se asocian con mejores resultados clínicos (Flückiger et al., 2020; Voderholzer et al., 2024). En otras revisiones se concluye que la periodicidad para una eficacia óptima de los tratamientos psicológicos es de una semana (Erekson et al., 2022; Robinson et al., 2020). Además, revisiones sistemáticas subrayan que consultas más largas en atención primaria mejoran la detección y el abordaje de problemas psicológicos (Hutton y Gunn, 2007), mientras que la relación dosis-efecto sugiere que menos de ocho sesiones ofrecen beneficios limitados (Howard et al., 1986; Hansen et al., 2002).

La sobrecarga asistencial no solo limita la eficacia del trabajo clínico y compromete la calidad asistencial, sino que genera frustración e impotencia al impedir ofrecer intervenciones adecuadas por falta de tiempo y recursos. En Andalucía, por ejemplo, el 54% de los PEPC considera que los tiempos de espera exceden lo razonable y condicionan de forma moderada o grave la evolución clínica de las personas usuarias (Benítez-Ortega et al., 2021).

A la presión asistencial se suma una percepción de escaso reconocimiento institucional, asociado a la no disposición de los recursos materiales necesarios para el ejercicio de las funciones. En primer lugar, sólo el 49,1% valora positivamente el espacio físico de trabajo, y aproximadamente el 63% refiere no disponer de las herramientas necesarias para la realización de evaluaciones complementarias (por ejemplo, instrumentos de psicodiagnóstico).

Esta carencia también ha sido señalada en otras comunidades. En Andalucía, muchos profesionales deben adquirir las pruebas por cuenta propia (Benítez-Ortega et al., 2021), mientras que, en Baleares, aunque el 65% dispone de material, solo un 4% lo recibe a través de la institución (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025). En Madrid, esta limitación es igualmente percibida como un obstáculo estructural para la práctica clínica (Cuéllar-Flores et al., 2022a). En segundo lugar, los PEPC encuestados refieren que no disponen en las agendas de tiempo específico asignado para exploraciones complementarias ni para funciones no asistenciales como coordinación, docencia o investigación. Aunque más del 90% participa en la formación de residentes PIR, solo el 49% cuenta con tiempo protegido para estas tareas. Esta situación es coherente con los datos de otras regiones: en Andalucía, el 90% de los profesionales declara no tener tiempo formal asignado para funciones no clínicas (Benítez-Ortega et al., 2021), y en Baleares, aunque se informa de una media de 74 minutos diarios para estas tareas, existen grandes desigualdades y algunos profesionales no disponen de ningún tiempo reservado (Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025). Además, a pesar de asumir funciones clínicas altamente complejas y especializadas, los PEPC del SESCAM tienen una presencia limitada en los niveles de gestión, planificación, coordinación institucional o participación en decisiones estratégicas. Sólo un 10,6% ocupa cargos de coordinación (generalmente a nivel funcional, no estructural) y apenas el 12,1% participa en reuniones con gerencia.

La Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes ANPIR (2005), en un estudio sobre la situación, ya denunciaba esta desigualdad estructural, especialmente en Castilla-La Mancha, donde existía una percepción de subordinación respecto a la especialidad de psiquiatría, lo cual reforzaba una jerarquía funcional que limitaba el crecimiento y autonomía profesional de la psicología clínica. Este fenómeno se refleja también en la identidad organizacional, prefiriéndose la denominación “Servicio de Salud Mental” frente a “Servicio de Psiquiatría”. Cabe recordar que ANPIR (2005) ya recomendaba el uso sistemático del término “Servicio de Salud Mental” para reflejar la naturaleza multidisciplinar y comunitaria de los servicios en cuestión y los dispositivos asistenciales que los componen.

En consonancia con hallazgos recientes (Cuéllar-Flores et al., 2022a; Benítez-Ortega et al., 2021), más del 85% de los PEPC encuestados en CLM considera necesaria la creación de Servicios de Psicología Clínica como entidades independientes —o al menos como secciones diferenciadas— para favorecer la adecuada gestión y planificación de las labores asistenciales, docentes e investigadoras a través de una participación directa en la estructura sanitaria, teniendo en cuenta las especificidades de la especialidad, y para adecuar las prestaciones de asistencia psicológica especializada a un modelo de atención integral biopsicosocial. La ausencia de estructuras propias, el acceso limitado a funciones de gestión y la escasa presencia en Atención Primaria contribuyen a una invisibilización del rol profesional, limitando la aportación de una perspectiva más comunitaria y preventiva. Y no sólo eso, sino que perpetúa un modelo asistencial centrado en lo biomédico, en lugar de uno biopsicosocial comunitario, como recomiendan las guías europeas (WHO, 2021; The Royal College of Psychiatrists, 2013).

La integración de la Psicología Clínica en Atención Primaria emerge como una de las principales demandas de los profesionales

(92,4% en este estudio), de cara a mejorar la *accesibilidad* y la puesta en marcha de medidas de promoción de la salud y prevención primaria y secundaria en el ámbito comunitario. Esta postura se alinea con las directrices del Plan de Acción Integral en Salud Mental 2013-2030 de la OMS, que establece como objetivo estratégico que al menos el 80% de los países integren la salud mental en este nivel asistencial para 2030 (OMS, 2013). Ensayos controlados y revisiones sistemáticas recientes (Conejo-Cerón et al., 2016; Firth et al., 2021; Gaskell et al., 2023; McDaid et al., 2019; Perreault et al., 2023) demuestran que la presencia de PEPC en Atención Primaria reduce las listas de espera, mejora la detección precoz y promueve intervenciones preventivas costo-efectivas.

Desde el punto de vista de los profesionales, la asistencia no cumple criterios de calidad. Aunque muestran una *satisfacción* moderada con aspectos estructurales básicos, expresan una alta insatisfacción con factores asistenciales clave como son las listas de espera —tanto para primeras consultas como para consultas preferentes—, y con la frecuencia de las consultas de seguimiento, lo que consideran un obstáculo para garantizar una atención terapéutica eficaz. Existe además un sentimiento generalizado de desajuste entre el volumen de pacientes atendidos diariamente y lo que sería compatible con una atención de calidad. En cuanto al ejercicio de la psicoterapia —núcleo del trabajo clínico— más del 70% de los PEPC se declara solo mediana o ligeramente satisfecho, lo que sugiere que una mayoría experimenta dificultades para ejercer su labor psicoterapéutica con la profundidad y continuidad necesarias, a pesar de formar parte de la cartera de servicios del SNS (Ministerio de Sanidad, 2022b).

En otro orden de cuestiones, es necesario destacar la elevada variabilidad observada en la práctica asistencial en este territorio, que puede entenderse mejor atendiendo a las características estructurales y geográficas propias de Castilla-La Mancha, como su elevada dispersión poblacional, el envejecimiento demográfico, la escasez de transporte público y la dificultad para cubrir plazas en zonas rurales. La competencia entre comunidades autónomas por atraer profesionales, unida a la escasez de PEPC, agrava las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental. En este contexto, resulta esencial aplicar medidas que ya han sido respaldadas tanto en el ámbito autonómico como internacional. Entre ellas destacan las recogidas en la Ley de Medidas frente a la Despoblación de Castilla-La Mancha (2021), o las propuestas formuladas en la jornada “Sanidad y despoblación: un reto común” (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2021), que incluyen la potenciación de equipos multidisciplinares, la coordinación entre niveles asistenciales, la transformación digital y el desarrollo de un plan sólido de atención comunitaria. Complementariamente, la literatura nacional e internacional recomienda medidas adicionales como flexibilizar las condiciones laborales y retributivas en zonas rurales, establecer incentivos por permanencia, garantizar tiempo e incentivos para la docencia y supervisión de los futuros especialistas e implementar modelos híbridos de atención con apoyo tecnológico (Wakeman et al., 2019; OMS, 2021; Bourke et al., 2012).

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad urgente de reforzar los recursos humanos en salud mental mediante la planificación de la oferta profesional basada en indicadores asistenciales y el impulso del acceso a la psicoterapia, tal como concluye el propio Comisionado de Salud Mental (2025) en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, especialmente en

el ámbito de la psicología clínica de la infancia y la adolescencia (Comisionado de Salud Mental, 2025).

Para finalizar, se presentan algunas limitaciones y propuestas de futuro. Con respecto a los aspectos a mejorar de este estudio, en primer lugar, se encuentra el tamaño muestral que, aunque representativo (47,8% de los PEPC del SESCAM), no permite una generalización total de los resultados, especialmente en aquellas áreas con baja participación. En segundo lugar, la comparación de los resultados con estudios previos similares (Benítez-Ortega et al., 2021) resulta arriesgada, por las diferencias en participación (mayor en este estudio) y perfil profesional (con una mayoría de estatutarios fijos y más de 10 años de experiencia), tal como ya señalaron Cuéllar-Flores et al. (2022a). Además, una dificultad añadida en la comparación de datos se debe a las diferentes fuentes de extracción, así como a la importancia de considerar las necesidades concretas de la población (Duro, 2021). En tercer lugar, la recogida de datos personales (como edad o centro de trabajo) podría haber limitado la participación, afectando a la representatividad. Otra limitación importante es que la muestra se compone mayoritariamente de profesionales que trabajan en recursos ambulatorios (USM, USMIJ, UCA), estando peor representados otros dispositivos como hospitalización, programas de interconsulta y enlace, o programas de psicología de la salud, no habiéndose podido realizar un análisis adecuado de la actividad asistencial en estas áreas. Finalmente, al tratarse de un diseño transversal, los resultados reflejan una fotografía estática del momento de recogida, sin posibilidad de inferir cambios a lo largo del tiempo.

Para avanzar en la mejora de la calidad asistencial en Psicología Clínica, se recomienda ampliar la investigación a través de estudios longitudinales que permitan observar la evolución de indicadores en el tiempo. También sería recomendable realizar estudios similares en otras CCAA, y realizar análisis comparativos que identifiquen buenas prácticas extrapolables. Es necesaria la creación y validación de indicadores específicos de CA adaptados a la idiosincrasia de la Psicología Clínica, no solo a nivel macro (sistemas de salud) y meso (servicios), sino también a nivel micro (consultas), como proponen autores como Lambert (2010), centrados en la monitorización rutinaria de los resultados clínicos para objetivar el progreso terapéutico y ajustar las intervenciones. Así mismo, se propone desarrollar estudios cualitativos que profundicen en las percepciones del personal PEPC sobre su rol profesional, condiciones de trabajo y propuestas de mejora. A nivel institucional, se sugiere la implementación de sistemas de información que recojan de forma sistemática la actividad asistencial de estos profesionales, así como su incorporación en órganos de gestión, planificación y evaluación de los servicios de salud mental, lo que facilitaría la investigación sobre CA de esta profesión. Por último, sería recomendable la realización de estudios complementarios sobre la actividad de los PEPC en áreas como Atención Primaria o programas de interconsulta y enlace en el ámbito hospitalario, en línea con los realizados en otras comunidades (Cuéllar-Flores et al., 2024; Fernández-Garzón et al., 2025) y de cara al planteamiento de propuestas de mejora.

Es necesario un replanteamiento tanto de la actividad asistencial como de los modelos y principios que la sustentan si queremos, como parte del sistema sanitario, dar respuestas coherentes y de calidad a las necesidades de salud mental de la población que atendemos. Es

por ello que, en base al estudio realizado, se realizan las siguientes propuestas:

- Elevar la ratio de profesionales a un mínimo de 12 por 100.000 habitantes y promover su distribución acorde a las necesidades asistenciales y reforzando las unidades con mayores problemas de CA.
- Reducir tiempos de espera y aumentar la frecuencia asistencial en las unidades de salud mental de adultos e infantojuvenil.
- Incluir las actividades de evaluación, control y mejora de la CA como parte habitual de las actividades en los Servicios de Salud Mental.
- Mejorar las condiciones laborales y profesionales de los PEPC que garanticen una asistencia de calidad suficiente en puestos de difícil cobertura y eviten la fuga de los profesionales
- Incorporar profesionales de Psicología Clínica en Atención Primaria, para fortalecer el enfoque preventivo y comunitario en salud mental.
- Garantizar el acceso a material psicotécnico y de evaluación en todos los dispositivos de salud mental junto con la implementación de recursos tecnológicos.
- Favorecer el acceso de PEPC a cargos de responsabilidad y representación, promoviendo la creación de Servicios o Secciones de Psicología Clínica.
- Incrementar la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (PIR) para garantizar el recambio generacional por las jubilaciones previstas y la continuidad de la asistencia especializada pública.
- Incluir indicadores de actividad asistencial específicos de Psicología Clínica en los diversos Sistema de Información de la Consejería de Sanidad de CLM.

Estas propuestas se alinean con el enfoque de mejora continua de la calidad basado en el ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), que promueve intervenciones basadas en la evidencia y la participación activa de los profesionales en la planificación y evaluación de los servicios ([Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, 2009](#)). La implementación de estas medidas no solo impactaría positivamente en la calidad asistencial, sino también en el bienestar psicológico de los propios profesionales, un aspecto crítico para garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud mental.

Conclusiones

Los resultados de este estudio son coincidentes con los realizados recientemente en otras CCAA ([Benítez-Ortega et al., 2021](#); [Cuéllar-Flores et al., 2022b](#) y [Blanco-Guerrero y Navarro-Oliver, 2025](#)) y con otro de carácter nacional más lejano en el tiempo ([ANPIR, 2005](#)) que dibujan un cuadro muy similar de la atención en psicología clínica en el SNS. Dicha atención se caracteriza por una carga de trabajo insostenible, largos tiempos de espera, y una clara necesidad de más recursos humanos (con ratios por debajo de lo recomendado), el establecimiento de estándares de calidad claros y medibles, y una mayor autonomía y reconocimiento del rol del PEPC, más acorde a su estatus legal como facultativo especialista.

Para mejorar la atención en salud mental, se propone reforzar la plantilla, incorporar la Psicología Clínica en Atención Primaria, mejorar las condiciones laborales, incrementar la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (PIR), incluir indicadores de actividad asistencial específicos de Psicología Clínica y crear

estructuras propias de representación profesional dentro del sistema sanitario, impulsando la creación de Servicios o Secciones de Psicología Clínica.

Contribución a la Autoría

Andrea Jarabo: coordinación general del estudio. Diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de la introducción, metodología, resultados. Revisión general del informe final.

Antonio Javier Palacios: diseño de la encuesta y la metodología de estudio, análisis de datos, participación en la redacción de la introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones en el informe final. Revisión general del informe final.

Bárbara I. Paniagua: diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de discusión y conclusiones. Revisión general del informe final.

Beatriz Mora: diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de la introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones en el informe final. Revisión general del informe final.

Beatriz Vallejo-Sánchez: elaboración de informe para Comisión de Ética. Diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Redacción de resumen. Participación en la redacción de la discusión y conclusiones en el informe final. Revisión final de bibliografía, formato y de informe final.

David Hernando: diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de la introducción, metodología y resultados.

Elena Vázquez: diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de la introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones en el informe final. Revisión general del informe final.

Sergio Sanz: diseño de la encuesta y la metodología de estudio. Participación en la redacción de la introducción, metodología, y resultados.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no incurrir en conflictos de intereses en relación con este trabajo.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Agradecimientos

Los y las autoras expresan su agradecimiento a las compañeras y compañeros especialistas en Psicología Clínica que han participado en esta investigación, y a la Coordinación Regional de Salud Mental del SESCAM por promover los espacios de colaboración y participación de profesionales.

Referencias

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2022). *Informe: Observatorio Salud Mental de Castilla-La Mancha 2019-2020*. <https://aen.es/wp-content/uploads/2022/03/Observatorio-2020-CLM.pdf>

- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (2005). *Los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.anpir.org/wp-content/uploads/2005-01-10-anpirpcns.pdf>
- Benítez-Ortega, José L.; Venceslá-Martínez, José F.; López-Pérez-Díaz, Ángel G.; Rodríguez-Gómez, Alfredo; Gómez-Gómez, Verónica; Martínez-Cervantes, Rafael J.; Romero-Gamero, Rafael y Vázquez-Morejón, Antonio 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, José L.; Vázquez-Morejón, Raquel; Gómez-Gómez, Verónica; Venceslá-Martínez, José F.; López-Pérez-Díaz, Ángel G.; Rodríguez-Gómez, Alfredo; Martínez-Cervantes, Rafael J. y Vázquez-Morejón, Antonio 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>
- Blanco-Guerrero, Antonio y Navarro-Oliver, Gloria (2025). Estándares de calidad e indicadores asistenciales en la psicología clínica ambulatoria de Mallorca (España). *Apuntes de Psicología*, 43(2), 177-187. <https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.16>
- Bourke, Lisa; Humphreys, John S.; Wakeman, John y Taylor, Judy (2012). Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place*, 18(3), 496-503. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.02.009>
- Comisionado de Salud Mental. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2025). *Plan de acción de salud mental 2025-2027*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf
- Conejo-Cerón, Sabrina; Moreno-Peral, Patricia; Motrico, Emma; Rodríguez-Morejón, Adriana; Fernández, Antonio; García-Campayo, Javier; Bellón, Juan Ángel (2016). Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 15(3), 262-272. <https://doi.org/10.1370/afm.2031>
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2021). *Castilla-La Mancha destaca la Ley contra la Despoblación como herramienta para abordar la mejora de la atención sanitaria en las zonas más despobladas de la región* (nota de prensa, 21 de septiembre) Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/castilla-la-mancha-destaca-la-ley-contra-la-despoblacion-como>
- Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29424. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))
- Cuéllar-Flores, Isabel; Fernández-Garzón, Laura; Félix-Alcántara, Miriam; Olivares, Blanca; De la Vega-Rodríguez, Irene; González, Marta; Albarsanz, María; Vázquez-Rivera, Susana y Maldonado-Belmonte, María J. (2022a). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Cuéllar-Flores, Isabel; Fernández-Garzón, Laura; Ferreira-González, Marta; Maldonado-Belmonte, María J.; Vázquez-Rivera, Susana; De la Vega-Rodríguez, Irene; Félix-Alcántara, Miriam y Antequera-Iglesias, Javier. (2022b). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: una propuesta razonada*. Colegio Oficial de Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/actualidad/noticias/2187/el-colegio-publica-informe-planificacion-crecimiento-la-psicologia-clinica-el-servicio-madrileno-salud-propuesta-razonada>
- Cuéllar-Flores, Isabel; Manzano, Beatriz; Fernández-Garzón, Lucía; Maldonado, María J.; Félix-Alcántara, Miriam; Jiménez, Miriam y Ferreira, Mercedes (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>
- Defensor del Pueblo (2020). *Recomendación sobre Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Duro Martínez, Juan 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, David M.; Bailey, Russell J.; Cattani, Kara; Klundt, Jared S.; Lynn, Austin M.; Jensen, Dallas; Merrill, Brett M.; Schmuck, Dominic y Worthen, Vaughn (2022). 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, Xabier (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, Lucía; Ferreira, Mercedes; Cuéllar-Flores, Isabel y Palacios, María L. (2025). La Psicología Clínica en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: desarrollo, indicadores asistenciales y perspectivas de futuro. *Revista Clínica Contemporánea*, 16, e13, 1-18. <https://doi.org/10.5093/cc2025a13>
- Firth, Joseph; Siddiqi, Najma; Koyanagi, Ai; Siskind, Dan; Rosenbaum, Simon; Galletly, Cherie; Allan, Stephanie; Canejo, Constanza; Carney, Rebekah; Carvalho, Andre F; Chatterton, Mary Lou; Correll, Christoph U; Curtis, Jackie; Gaughran, Fiona; Heald, Adrian; Hoare, Erin; Jackson, Sarah E; Kisely, Steve; Lovell, Karina; ... Stubbs, Brendon (2021). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 757-788. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Flückiger, Christoph; Wampold, Bruce E.; Delgadillo, Jaime; Rubel, Julian; Višlā, Andrei; Lutz, Wolfgang (2020). Is there an evidence-based number of sessions in outpatient psychotherapy? A comparison of naturalistic conditions across countries. *Psychological Medicine*, 50(8), 1347-1354. <https://doi.org/10.1159/000507793>
- García-Haro, Juan y Fernández-Briz, Natalia. (2015). Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(4), 214-220. <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.01.011>
- Gaskell, Chris; Simmonds-Buckley, Melanie; Kellett, Stephen; Stockton, C.; Somerville, Erin; Rogerson, Emily y Delgadillo, Jaime (2023). The effectiveness of psychological interventions delivered in routine practice: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(1), 43-57. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01225-y>
- Hansen, Nathan B.; Lambert, Michael J. y Forman, Evan M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hermann, Richard C.; Mattke, Soeren; Somekh, David; Silfverhielm, Helena; Goldner, Elliot; Glover, Gyles; Pirkis, Jane; Mainz, Jan y Chan, Jeffrey A. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl026>

- Howard, Kenneth I.; Kopta, Susan M.; Krause, Michael S. y Orlinsky, David E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Hutton, Catherine y Gunn, Jane (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 7, 71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-71>
- Lambert, Michael J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 29 de abril de 1986, 15207-15224. <https://www.boe.es/eli/es/1/1986/04/25/14>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, 22 de noviembre de 2003, 41442-41458. <https://www.boe.es/eli/es/1/2003/11/21/44>
- McDaid, David; Park, A-La y Wahlbeck, Kristian (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual Review of Public Health*, 40, 373-389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Medina Tornero, Manuel E. (1999). El psicólogo: una voz propia en la calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=806>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/SaludMental2009-2013.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2022a). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Ministerio de Sanidad (2022b). *Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS*. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
- Mira, José J.; Lorenzo, Susana; Rodríguez-Marín, Jesús y Buil, José A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74, 3-11. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=807>
- Mira, José J. (2003). La evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria. En Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 139-160). Desclee De Brouwer.
- NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group (2002). *Clinical Psychology Workforce Planning Report*. NHS Education for Scotland. https://www.isdscotland.org/wf_psychology/clinicalpsychologywfp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1999). Salud 21. *Salud para todos en el siglo XXI. Introducción*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=1337>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. OMS. <https://www.who.int/publications/item/9789241506021>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>
- Perreault, Kathy; Breton, Mylaine y Berbiche, Djamel (2023). An innovative model of psychological service delivery in primary healthcare: the Single-Session Intervention. *BMC Primary Care*, 24, 1. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01949-8>
- Pincus, Harold A.; Spaeth-Rublee, Brigitta y Watkins, Katherine E. (2011). The case for measuring quality in mental health and substance use care. *Health Affairs*, 30(4), 730-736. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0268>
- Portal estadístico. Ministerio de Sanidad (2025). *Sistema de Información de Atención Especializada. Datos desde 2010 (actualizado el 30/06/2025). Actividad en consultas*. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/siae/centros-ambulatorios-de-atencion-especializada/actividad-asistencial/actividad-en-consultas>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 222, 16 de septiembre de 2006, 32650-32679. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030>
- Robinson, Louisa; Delgadillo, Jaime y Kellett, Stephen (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 79-96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2024). *Datos de listas de espera de Castilla-La Mancha*. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tiempos-de-acceso-y-espera/listadeespera>
- Shanafelt, Tait; Ripp, Jonathan y Trockel, Mickey (2022). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 327(8), 789-790. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha (2009). *Manual de Calidad Asistencial*. SECA. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/secam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf
- Spaeth-Rublee, Brigitta; Pincus, Harold A.; Silvestri, Fran y Peters, Janet (2014). Measuring quality of mental health care: An international comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10384-10389. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010384>
- The Royal College of Psychiatrists. (2013). *Workforce census data*. RCPsych.
- Thornicroft, Graham y Tansella, Michele (2005a). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(1), 1-3. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001858>
- Thornicroft, Graham y Tansella, Michele (2005b). *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Editorial Triacastela.
- Vázquez-Caubet, José C. (2024). Heridas que no sangran: de pandemias, sanitarios y daño moral. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44, 71-90. <https://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17319/17250>
- Voderholzer, Ulrich; Barton, Benjamin B.; Favreau, Méliissa; Zisler, Eva y Rief, Winfried (2024). Enduring effects of psychotherapy, antidepressants, and their combination for depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1415905. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1415905>
- Wakerman, John; Humphreys, John; Russell, Deborah; Guthridge, Steven; Bourke, Lisa; Dunbar, Terry; Zhao, Yuejen; Ramjan, Mark; Murakami-Gold, Lorna y Jones, Michael P. (2019). Remote health workforce turnover and retention: What are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0432-y>