

PSICÓLOGO CLÍNICO (PIR) Y PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO, TODOS SOMOS NECESARIOS

José Antonio Carrobles
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

En un artículo anterior publicado en esta misma revista (Carrobles, 2012) hacíamos un extenso análisis de la situación actual en nuestro país de los programas de formación de los psicólogos especialistas en Psicología Clínica (PIR) y en Psicología General Sanitaria, tratando de mostrar las características de una y otra de estas especialidades y las ventajas e inconvenientes que la implantación de las mismas puede suponer para la práctica profesional de la Psicología en el ámbito sanitario. El artículo ha sido recientemente replicado por un grupo de psicólogos PIR (Sánchez Reales, Prado Abril y Aldaz Armendáriz, 2013), planteando algunas críticas al mismo y proponiendo un modelo de relación y de competencias para ambos profesionales muy distinto del sugerido por mí mismo. En el presente artículo, además de responder a las críticas que me hacen los autores, aprovecho el espacio y la ocasión para añadir nuevos argumentos y criterios para reforzar mi posición central en este tema, que no es otra que la de abogar por la autointegración profesional de la Psicología y por la extensión y la implantación social de nuestra profesión en el ámbito clínico y sanitario en nuestro país, donde tenemos aún mucho que aportar.

PALABRAS CLAVE: psicólogo clínico, psicólogo interno residente (PIR), Sistema Nacional de Salud, psicólogo general sanitario.

Abstract

In a previous article published in this journal (Carrobles, 2012) an extensive analysis was made of the current situation in our country of training programs for specialists in Clinical Psychology (PIR) and General Health Psychology, trying to show the characteristics of both and the advantages and disadvantages that the implementation of such programs can entail for the professional practice of psychology in the health sector. Recently a group of PIR Psychologists (Sánchez Reales, Prado Abril, & Aldaz Armendáriz, 2013) have responded to that article expressing some criticism and proposing an alternative model of relationship and skills for both professionals which differs substantially from the one I suggested. In this article, in addition to responding to the alleged criticisms, I take the opportunity to add new arguments and criteria to reinforce my central position on this issue, which is none other than advocating the self-integration of professional Psychology and the social implementation and expansion of our

profession in both the clinical and health fields in our country, areas where we still have much to contribute.

KEY WORDS: *Clinical Psychologist, Resident Intern Psychologist (PIR), National Health Service, General Health Psychologist.*

Introducción

La motivación inicial básica de este artículo es la de contestar a los argumentos y críticas vertidas en forma de réplica por los autores Sánchez Reales, Prado Abril y Aldaz Armendáriz (2013) en su artículo titulado "Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva", sobre mi artículo publicado en esta misma revista (Carrobles, 2012) en el que se hacía un análisis del estado actual y futuro de la situación creada en España, a diferencia de otros países europeos, por la existencia de dos especialidades sanitarias en Psicología: el especialista en Psicología Clínica y el psicólogo general sanitario. Y lo primero que quiero expresar al respecto es el manifestar mi gratitud a los autores de esta réplica por haberse leído mi artículo y por tomarse el esfuerzo y la molestia de replicarlo con interés y con cierta extensión, aunque también he de decir que con ciertos sesgos atencionales, puesto que tan sólo han sido dignos de su atención y de sus comentarios algunos aspectos de mi artículo, principalmente los relacionados con el estatus profesional del psicólogo clínico PIR y la sesgada percepción de amenaza que ellos creen que les puede suponer la existencia y las posibles competencias y atribuciones de la nueva figura del psicólogo general sanitario. Sus comentarios y sus posibles sesgos son, sin embargo, coherentes con el hecho de que quienes los emiten son y ejercen aparentemente como tales psicólogos clínicos especialistas PIR y sobre esa base cabe entender sus interesadas e incluso apasionadas argumentaciones que en muchas partes de su trabajo parecen mostrar más una postura gremial que una defensa del estatus científico actualmente alcanzado por la Psicología en nuestro país en comparación con el resto de los países de nuestro entorno, el alto nivel de prestigio social logrado por la propia profesión de la Psicología en su conjunto, y los gradualmente mejores niveles de cualificación y de competencia profesional ofrecidos por las universidades españolas a nuestros licenciados y graduados en Psicología.

En síntesis, los principales argumentos esgrimidos en el artículo pueden ser resumidos en los cinco siguientes:

1) La defensa a ultranza y apasionada de la figura del *psicólogo especialista en Psicología Clínica*, formado a través del sistema PIR, como la única viable y deseable para el desempeño de las tareas del psicólogo clínico en el ámbito sanitario, en el sentido de considerarlo como el profesional completo, capaz de realizar todas las posibles tareas del psicólogo clínico, desde la evaluación, el diagnóstico, la intervención, el tratamiento y la prevención. Y no solo en el contexto de los servicios de salud mental, sino también en el resto de los servicios médicos propios del sistema sanitario, a nivel de las actividades o intervenciones denominadas de *interconsultas*.

2) Por el contrario, se cuestiona y se degrada la figura del *psicólogo general sanitario*, tanto por la supuesta insuficiencia de la calidad de su formación, en

opinión de estos autores, como por las atribuciones y actividades profesionales que estos especialistas sanitarios pueden o deberían realizar, según ellos, reduciéndolas a las estrictamente mencionadas en la Ley General de Salud Pública (33/2011) de modo bastante confuso e inespecífico de "...investigación, evaluación e intervención psicológica sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud,...", y aplicando estas funciones exclusivamente en el ámbito sanitario privado.

3) La justificación de estas diferentes atribuciones y competencias la centran los autores principalmente en los distintos programas de formación recibidos por ambos profesionales, desacreditando la formación propia del Máster Oficial de Psicología de la Salud, impartida por las Facultades de Psicología, especialmente en lo que se refiere a la formación práctica; y ensalzando, por el contrario, a veces de forma exagerada e idealizada, la formación recibida por los PIR, de una mayor duración y con la disposición de una mejor infraestructura para la realización de prácticas. Y añadiendo, como una cualidad esencial, el que la titulación la otorgue el Ministerio de Sanidad en lugar del Ministerio de Educación.

4) A pesar de este planteamiento sesgado y dicotómico utilizado por los autores, sorprende que en el título de su artículo incluyan la palabra "...Una aproximación constructiva", como si su intención fuera la de construir puentes o la de tratar de integrar ambas profesiones o especializaciones sanitarias, cuando en realidad lo que plantean es que la psicología sanitaria debería reducirse al formato PIR (el único auténtico, completo y de calidad) y sólo mantener como sucedáneo sanitario (secundario, auxiliar y aplicable a problemas menores en el ámbito exclusivamente privado) al psicólogo general sanitario.

5) Una mención aparte merece la consideración que los autores dedican al campo y a la especialización profesional de la *Psicología de la Salud*, pretendiendo reducirla a las posibles actividades de interconsulta y enlace que ocasionalmente pueden realizar los psicólogos clínicos PIR desde los servicios de salud mental que es donde suelen estar administrativamente ubicados los mismos. Tanto los comentarios como los datos que aportan para justificar sus argumentos denotan, además del sesgo básico de su gremialismo, una gran ignorancia al respecto, confundiendo términos y olvidando que la Psicología de la Salud como tal campo profesional aplicado de la Psicología existe desde hace más de treinta años, tanto fuera como dentro de nuestras fronteras, y es muy anterior a la propia creación de la figura del psicólogo clínico especialista PIR, y de los propios sistemas de formación PIR y MIR. Y qué decir de los logros científicos y terapéuticos del campo. Baste para ello consultar los contenidos de los programas de los congresos internacionales mantenidos regularmente y de forma periódica dedicados a los campos afines de Medicina Conductual y de Psicología de la Salud. Como muestra, incluimos a continuación la cita de los dos últimos congresos internacionales sobre el tema celebrados en 2012 en las ciudades de Praga y Budapest: *26th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS, 2012)*; *12th International Congress of Behavioral Medicine (ISBM, 2012)*.

En las páginas que siguen dedicaremos una atención más pormenorizada al comentario y a la *crítica constructiva* (yo sí) de estos argumentos, proponiendo lo

que en mi opinión podrían considerarse intentos de solución de las dicotomías existentes y, sobre todo, volveré a insistir en el deseo y la conveniencia de luchar por la defensa de la Psicología como profesión sanitaria y por la integración futura de la profesión en sus dos modalidades o vías de formación: PIR y psicólogo general sanitario.

En defensa de la especialidad de la Psicología Clínica (PIR)

Como declaración previa de principios, he de manifestar mi posición favorable, clara y sin reservas, de defensa de la especialidad en Psicología Clínica en la modalidad formativa del psicólogo interno residente (PIR) o de internado (*Intership*) como la que actualmente disfrutamos en España. Como apoyo a esta posición cabe mencionar mi colaboración constante a lo largo del proceso de gestación de la especialidad, tanto desde el COP, como comisionado del mismo, al igual que como participante como miembro de la Comisión de Seguimiento del PIR a nivel de la Comunidad Autónoma de Madrid, antes de que lográramos unificar las distintas plazas ofertadas separadamente en varias comunidades autónomas (Asturias, desde 1983; Andalucía, desde 1986; Navarra, desde 1988; Madrid, desde 1989 y Galicia, desde 1990) bajo la forma inicial de becas de formación y de contratos laborales transitorios, en una única convocatoria para todo el estado español, en la modalidad PIR que tiene actualmente y con un formato estandarizado de formación, que tuvo lugar a partir de 1993.

Otra cosa que me gustaría mencionar, discrepando de los autores de la réplica de mi artículo, es que ni el Sistema PIR de formación, ni la figura del psicólogo especialista en Psicología Clínica (PIR) están expuestos actualmente a ningún peligro ni amenaza de supervivencia, como parecen sugerir o temer estos psicólogos, dado que tanto el sistema como el programa de formación PIR y la propia figura del psicólogo clínico especialista, están bien asegurados legalmente en nuestro país a través del itinerario de formación actualmente establecido de:

Grado (licenciado) en Psicología + PIR = psicólogo clínico especialista

Y mucho menos aún es ni remotamente fundado, el miedo o la presunción de que el desarrollo de la nueva figura o especialidad del *psicólogo general sanitario* vaya a suponer algún peligro o que tenga necesariamente que entrar en competencia con el psicólogo especialista formado vía PIR, puesto que ambas figuras pueden ser vistas como complementarias y desempeñar un papel social verdaderamente útil para atender las necesidades crecientes de atención psicológica propias de nuestra sociedad actual.

También puede concederse, como parece ser una de las principales preocupaciones de los psicólogos clínicos PIR, que el ejercicio profesional en los servicios de salud mental (Psiquiatría) dentro del Sistema Nacional de Salud sea reservado particularmente para los "especialistas en psicología clínica PIR", en el nivel de la atención secundaria, dentro de los servicios hospitalarios de salud

mental o Psiquiatría, como se encuentra en la actualidad, aunque no veo la necesidad de que tenga que ser así, sobre todo si se considera el trabajo del psicólogo fuera del ámbito de la salud mental o del servicio de Psiquiatría donde habitualmente la ejerce, y se considera la extensión de las aplicaciones de la Psicología a los demás servicios médicos propios de un hospital general, no sólo a nivel de interconsultas, sino como el campo genuino propio de la Psicología actualmente denominado Medicina Conductual o Psicología de la Salud.

Estos hechos son los que me motivan y me mueven a formular mis críticas y propuestas en defensa de una auténtica psicología sanitaria aplicada y no, como erróneamente me atribuyen los autores de la réplica, un pretendido carácter corporativista de defensa de las funciones y los supuestos privilegios de la Universidad en la función de formación y del control de la titulación de los psicólogos.

La Psicología es y debería ser una especialidad sanitaria

La Psicología, al igual que la Medicina, es y debería ser una disciplina de carácter sanitario y sólo la legislación española no la consideró arbitrariamente como tal en la Ley Orgánica de Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003). Y de aquí arrancan los problemas que estamos debatiendo sobre la aplicación y el ejercicio de nuestra profesión en el ámbito clínico-sanitario, al privar arbitrariamente a los licenciados en Psicología de poder trabajar como psicólogos clínicos en el ámbito público o privado, como venían haciéndolo hasta esa fecha.

¿Y por qué se tomó esta decisión política? Como muy bien se señala en el artículo de réplica, el desarrollo de la Psicología como profesión en nuestro país ha ido de la mano de la evolución política y del desarrollo democrático del mismo y con ello de la consecución del logro de nuestra integración política en Europa. La integración europea desempeñó, en este sentido, un papel fundamental en la evolución de la Psicología en España. Aunque siempre hemos acarreado un cierto retraso temporal en incorporar los logros europeos e internacionales a nuestro país, este retraso se ha ido reduciendo progresivamente, cada vez más, aunque aún persiste y, en algunos casos, aún sigue siendo considerable.

La integración en el espacio europeo de educación superior es un buen ejemplo de este proceso, en el que España se ha situado puntualmente a la par que los demás países europeos y hasta ha liderado, en gran medida, la implantación de los criterios Bolonia en la reforma de los planes de estudios unificados para las distintas titulaciones o profesiones superiores. El objetivo de esta unificación de los planes de estudios de grado y de postgrado europeos era y es, entre otros, el de permitir la libre circulación de profesionales dentro de los distintos países que componen la Unión Europea. El esfuerzo realizado por las universidades españolas para lograr este objetivo de adaptación e integración de nuestros planes de estudios ha sido muy considerable. En este sentido, cabe resaltar la labor realizada por las Facultades de Psicología, con sus equipos decanales a la cabeza, para alcanzar estos mismos objetivos en el área de la Psicología.

Por lo que respecta al ámbito de la Psicología, también cabe mencionar la labor realizada por los propios Ministerios de Educación y de Sanidad para la creación de la nueva especialidad de la Psicología General Sanitaria y marcar las pautas temporales y fijar los contenidos docentes que deben cumplir los futuros profesionales que la ejerzan, de acuerdo con los estándares de los psicólogos especialistas (principalmente los psicólogos clínicos) en el resto de los países europeos. Estos estándares de especialización encajan perfectamente con el itinerario y los contenidos de nuestro actual esquema de formación del *psicólogo general sanitario* (que también podría denominarse psicólogo clínico), compuesto por unos estudios o titulación de grado en Psicología más la realización de un máster o postgrado de especialización en Psicología (Clínica) y de la Salud, durante un tiempo total de unos seis años. A este respecto, cabe volver a insistir, una vez más, en que lo que no es homologable con los estándares europeos es el itinerario que se nos pretende imponer particularmente en el caso de nuestro país, de unos estudios de grado, más un máster oficial de postgrado y un periodo extraordinario de cuatro años más de internado vía PIR, hasta totalizar los diez años, como mínimo, de formación requeridos para ejercer como psicólogos clínicos completos.

Y lo chocante del caso es que el único argumento esgrimido para justificar este planteamiento discordante a nivel europeo es el de que en nuestro país tuvimos la suerte de lograr (con bastante esfuerzo, por cierto) hace unos quince años, que nuestros políticos nos concedieran la gracia de regular una pequeña parcela de nuestra profesión, a imagen y semejanza de la Medicina, creando un programa de especialización en Psicología Clínica, siguiendo el formato PIR, semejante al Programa MIR existente en la carrera de Medicina. A este respecto, cabe decir que quizás empezamos la casa por el tejado, porque en lugar de habernos puesto a desarrollar prioritariamente un buen programa de formación de licenciatura o de grado y de postgrado como los existentes ya por entonces en Europa, nos encontramos de pronto envueltos en la creación y en el desarrollo del perfil de un auténtico especialista en Psicología Clínica, con las características y las restricciones propias de otras profesiones no específicamente psicológicas.

Y este es el quid de la cuestión de lo que aquí estamos debatiendo, que por el simple hecho de que algunos colectivos, como los psicólogos que han tenido la suerte (y, por supuesto, la capacidad) de haber alcanzado la titulación de Especialistas en Psicología Clínica vía PIR, por el simple hecho de serlos se niegan a aceptar que otros psicólogos puedan alcanzar un estatus profesional equivalente y realizar unas funciones profesionales similares a las suyas, siguiendo un formato y un itinerario formativo diferente al seguido por ellos, alegando injustificadamente que su proceso formativo es el ideal y único para alcanzar este estatus. Las razones que llevan a mantener estas posturas tan radicales por parte del colectivo PIR afectado pueden ser muy variadas, pero creo que la mayoría tienen que ver, desgraciadamente, con cuestiones de poder y de la defensa gremial del estatus y los privilegios alcanzados, por mucho que los mismos nos puedan parecer desde fuera simples e interesados y que nada tienen que ver con los argumentos de calidad y de defensa de la profesión que externamente se confiesan.

Psicología Clínica y Psicología de la Salud

Como es bien sabido, el inicio de la Psicología Clínica suele atribuirse a Estados Unidos (EE.UU) en los años 40 y desde entonces no ha dejado de evolucionar y de crecer, especialmente en lo que respecta a la extensión de sus aplicaciones a nuevos problemas, nuevos campos aplicados y a su desarrollo técnico y conceptual o teórico. La Psicología Clínica, como también es bien conocido, es la madre de la mayoría de las especialidades o de los campos de especialización aplicados que se han ido desarrollando en Psicología a lo largo del tiempo. Uno de los principales y más recientes de estos campos aplicados es, sin ninguna duda, el denominado *Psicología de la Salud*.

El campo de especialización de la *Psicología de la Salud*, como disciplina independiente de la propia Psicología Clínica tiene ya una considerable historia, desde la creación oficial de la especialidad en la Asociación Psicológica Americana (APA) en los años 70 (*American Psychological Association Task Force on Health Research*, 1976) como una sección independiente dentro de la misma. En este sentido, y atendiendo al debate que aquí nos ocupa, cabe decir que la creación de la Psicología de la Salud como especialidad en Psicología es mucho más antigua que la creación no sólo del sistema de formación PIR en España (Ministerio de la Presidencia, 1998), de apenas unos quince años de antigüedad, sino del mismo sistema MIR en Medicina en España que es el inspirador del mismo (Ministerio de la Presidencia, 1984).

En el propio Colegio Oficial de Psicólogos (COP) de España existió desde 1988 una vocalía de Psicología de la Salud en la Junta de Gobierno Estatal del COP, vocalía que fue creciendo progresivamente hasta convertirse en la Sección de Psicología de la Salud dentro de la organización colegial. Desde esos comienzos en los años 80 hasta hoy, la *Psicología de la Salud* no ha parado de crecer y de consolidarse en nuestro país como un campo independiente de especialización bien establecido y reconocido internacionalmente desde la celebración en 1994 en nuestro propio país del "VIII Congreso de la Sociedad Europea de Psicología de la Salud".

Psicología Clínica y Psicología de la Salud no son lo mismo en la actualidad, dado el nivel de desarrollo y especialización alcanzado por ambos campos actualmente. Por ello, el tratar, como hacen los autores de la réplica, de reducir la práctica de la Psicología de la Salud a la mera función de los psicólogos Clínicos de la posible realización de actividades de interconsulta y enlace dentro del hospital General, no solo suena a broma, sino que denota un elevado nivel de ignorancia por parte de los que emiten esta opinión. Las aplicaciones prácticas especializadas de la Psicología de la Salud son tan numerosas y tan variadas en la actualidad que la simple enumeración de las mismas nos llevaría a ocupar unas cuantas páginas de este artículo, al igual que lo supondría el hacer una lista de los distintos servicios o especialidades médicas y tipos de trastornos y enfermedades en las que los psicólogos de la Salud vienen investigando e interviniendo desde hace décadas, aportando junto con los médicos y los trabajadores sociales soluciones terapéuticas para una gran variedad de trastornos considerados tradicionalmente médicos y

muy distintos de los trastornos psiquiátricos o mentales en los que los psicólogos clínicos especialistas (PIR) están principalmente centrados.

Situación profesional actual y futura de la Psicología en España

Otro de los argumentos paradójicos que los autores del artículo de réplica esgrimen para justificar su postura de ensalzar las virtudes del sistema PIR de formación y de que la actividad clínica profesional de los psicólogos se reduzca casi en exclusividad a la de los especialistas PIR, es el de que existen demasiadas facultades de Psicología y que se licencian demasiados psicólogos en nuestro país, con el argumento de que esa puede ser la principal razón de que el número de psicólogos ocupados no sea tan elevado, cifrándolo en alrededor del 30%, tomando como referencia el artículo de hace ya algunos años de Freixa Blanchart (2005). Aunque es indudable que el argumento no está exento por completo de razón y que una reducción en el número de estudiantes y de licenciados podría paliar en parte el problema del desempleo existente en Psicología, y desde las propias facultades de Psicología no paramos de demandar continuamente la reducción del número de alumnos que cada año los organismos político-educativos responsables nos obligan a admitir como nuevas matrículas, con el deseo nunca logrado de alcanzar un *numerus clausus* razonable de alumnos a los que poder garantizar una formación altamente cualificada, como la que técnicamente creo que estamos actualmente capacitados para impartir en las facultades de Psicología de nuestro país. Sin embargo, a diferencia de lo que se plantea en el citado artículo, el número aparentemente excesivo de alumnos en nuestras facultades no responde, como los autores se atreven a afirmar, a nuestros propios problemas y necesidades endogámicas de mantener nuestro estatus y nuestros privilegios, sino a otras muy ajenas y de un tipo completamente diferentes.

En cualquier caso, no quiero pasar por alto la ocasión de comentar y rebatir el argumento que tan contundentemente expresan los autores a través de la frase siguiente: *"En nuestro país no hay un ajuste entre los alumnos en formación y las necesidades asistenciales de la población, ya sea en el ámbito privado o en el Sistema Nacional de Salud (SNS)"*. En primer lugar, cabe recordar que este desajuste, como supongo que todos somos claramente conscientes de ello, no es solo propio de la Psicología, sino de cualquier otra profesión o licenciatura universitaria en nuestro país, no siendo la Psicología, precisamente, la más afectada por esas elevadas tasas de paro. ¿Habéis pensado alguna vez en el porqué de esta situación? Aunque no voy a entrar aquí en una reflexión más profunda sobre las causas últimas del paro y las razones de la crisis económica que padecemos en la actualidad, no viene mal recordarlo en relación con los argumentos derrotistas que se utilizan referidos al estatus actual de la Psicología. Pero, sobre todo, no quiero dejar de señalar algunos datos pertinentes y muy relevantes que contrarrestan claramente esos argumentos y que pueden servir para aportar algo más de optimismo e ilusión sobre el futuro de nuestra profesión.

En la actualidad, no paran de publicarse datos procedentes de muchos países, especialmente occidentales, y referidos tanto a países individuales, como aplicables

a toda la unión europea en su conjunto, sobre la frecuencia y el incremento constante de problemas o trastornos psicológicos que afectan a las personas de estos países en la actualidad, junto a la necesidad paralelamente creciente de atención o de tratamiento psicológico para los mismos. Por solo facilitar algunos datos relevantes al respecto, cabe mencionar algunas de las más recientes encuestas existentes sobre la prevalencia de los trastornos mentales en Europa (EU), como el trabajo de Wittchen *et al.* (2011) realizado con los datos procedentes de 30 países europeos, en el que se resalta el incremento observado en las tasas de prevalencia de las personas afectadas de trastornos mentales entre los periodos comprendidos entre 2005 y 2011, en los que se ha pasado de un 27,4 % a un 38,2 %, respectivamente. Un buen resumen de estos y otros datos complementarios puede encontrarse en las recientes publicaciones de nuestro propio COP-Estatal español. Una de estas publicaciones titulada: *"Uno de cada tres europeos presenta un problema de salud mental"* (Infocop, 2011) recoge muy oportunamente la siguiente afirmación del citado estudio: *"... La situación es mucho peor de lo que creíamos... Estos problemas (mentales) se han convertido en el mayor reto europeo de salud del siglo XXI, por la discapacidad que producen y los costes sociales y económicos que conllevan"*.

Y otro aspecto nada desdeñable relacionado directamente con el tema que nos ocupa es el de que a pesar de esta palmaria realidad de la necesidad creciente de atención a los trastornos mentales, sólo una mínima parte de la población afectada recibe tratamiento para los trastornos que les afectan. La cita que transcribe literalmente Infocop (2011) del artículo original de Wittchen *et al.* (2011) expresa claramente el estado actual de la cuestión: ***"Sólo un tercio de los pacientes llega a recibir tratamiento, generalmente después de un considerable tiempo bajo los síntomas de la enfermedad (con una media de muchos años sin recibir atención sanitaria) y, sólo en muy raras ocasiones, recibe el tratamiento más apropiado, de acuerdo a la mejor evidencia científica. Es decir, que Europa se encuentra a años luz de poder atajar y controlar esta nueva "plaga" de enfermedad que la azota"***. Y si esta es la situación en Europa, incluida España, que también es uno de los países participantes en este estudio, la situación en nuestro país es verdaderamente alarmante, encontrándonos a gran distancia de los niveles europeos en cuanto a los servicios de salud mental que ofrecemos y a la existencia de recursos humanos o profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) dedicados a atender estas necesidades. Un simple cuadro comparativo, como el que incluimos a continuación, elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 2005, sobre la situación de nuestro país en comparación con la situación europea en su conjunto, muestra muy a las claras la situación extremadamente deficitaria de nuestro país en lo que a personal sanitario disponible para atender estas necesidades de atención a los trastornos mentales en España se refiere. En la tabla 1 puede observarse claramente, además, que el déficit de psicólogos es aún más notable, tanto respecto a Europa, como en relación con la proporción entre psiquiatras y psicólogos existente en nuestro propio país en comparación con las cifras medias de la Unión Europea. A este respecto, cabe incidentalmente recordar que en el presente año 2013 la

convocatoria de plazas PIR se ha reducido y es tan exigua como 128, respecto de las 141 plazas del año 2012.

Y la pregunta que cabe hacerse de inmediato, en relación con los datos que estamos comentando, es la siguiente: ¿cómo puede alguien afirmar tan alegremente, como lo hacen los autores del artículo de réplica que estamos comentando, que *“en nuestro país no hay un ajuste entre los alumnos en formación y las necesidades asistenciales de la población, ya sea en el ámbito privado o en el Sistema Nacional de Salud”* (Sánchez Reales et al., 2013). Los datos que acabamos de exponer desmienten claramente esta afirmación, porque las necesidades asistenciales sobre trastornos mentales en nuestro país sobrepasan con creces la disponibilidad de psicólogos clínicos que podrían o pueden atenderlas. Y la pregunta realmente pertinente que deberíamos hacernos es la de por qué la demanda y la contratación de psicólogos clínicos en centros públicos es tan escasa o casi inexistente en nuestro país si las necesidades de atención psicológica a los trastornos mentales es tan enorme y existen, además, profesionales psicólogos formados o cualificados para atenderlas. Dejo flotando en el aire, como en la vieja canción de Bob Dylan, las posibles respuestas a esta pregunta que pueden tener muchas caras, tanto políticas como profesionales, y a cuya solución no contribuyen, en absoluto, posturas corporativistas como las defendidas por los psicólogos PIR y sus asociaciones, que lejos de contribuir al progreso de la Psicología Clínica en nuestro país, pueden estar seriamente dificultándole.

Tabla 1

Tasa de profesionales de Salud Mental (por 100.000 habitantes) en España y Europa

Profesionales	España*	Media europea**	Desviación
Psiquiatras	6,5	11,1	-41,4%
Enfermeros especializados en salud mental	9,9	37,8	-73,8%
Psicólogos	4,3	18	-76,1%
Trabajadores Sociales	1,9	44,7	-95,7%

Notas: * *“El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España”*, Asociación Española de Neuropsiquiatría (2005), con datos referentes al año 2003. ** Proyecto Atlas-2005, OMS. La media europea se ha calculado con los datos de 40 países.

Formación y competencia del psicólogo clínico PIR y del psicólogo general sanitario

Algo que me ha llamado también particularmente la atención del artículo de réplica que comentamos es la reiterada insistencia de los autores en el supuesto nivel de excelencia de la formación obtenida por ellos a través del programa de formación PIR y, por el contrario, el menosprecio que parecen mostrar por la formación obtenida por los psicólogos a través del itinerario seguido por el máster o el postgrado oficial universitario para la obtención del título de psicólogo general sanitario. Uno de sus argumentos, que por simple no merece un mayor comentario, es el de que la formación del PIR es necesariamente mejor porque es de una mayor duración temporal (indudablemente cierto), porque se lleva a cabo en el contexto del Sistema Nacional de Salud y porque el título lo otorga el

Ministerio de Sanidad, en comparación con el programa de formación del psicólogo general sanitario que es de una menor duración temporal y que el profesional es formado y especializado a través de las Facultades universitarias de Psicología. Ni que decir tiene que estos argumentos carecen en gran medida de justificación, puesto que el disponer, como se esgrime en el artículo, de una mejor infraestructura material para la realización de actividades prácticas, como la proporcionada por el entorno hospitalario, no garantiza necesariamente la buena formación profesional, para cuyo logro son también necesarios otros medios y otras condiciones, como los recursos humanos, las técnicas y los instrumentos de evaluación y tratamiento disponibles y utilizados, los modelos conceptuales que sirven de soporte para orientar esa formación práctica junto a la propia cualificación profesional y el nivel de conocimientos científico-técnicos actualizados exigibles a los tutores que han de supervisar la adecuada formación práctica de los alumnos, entre muchas otras.

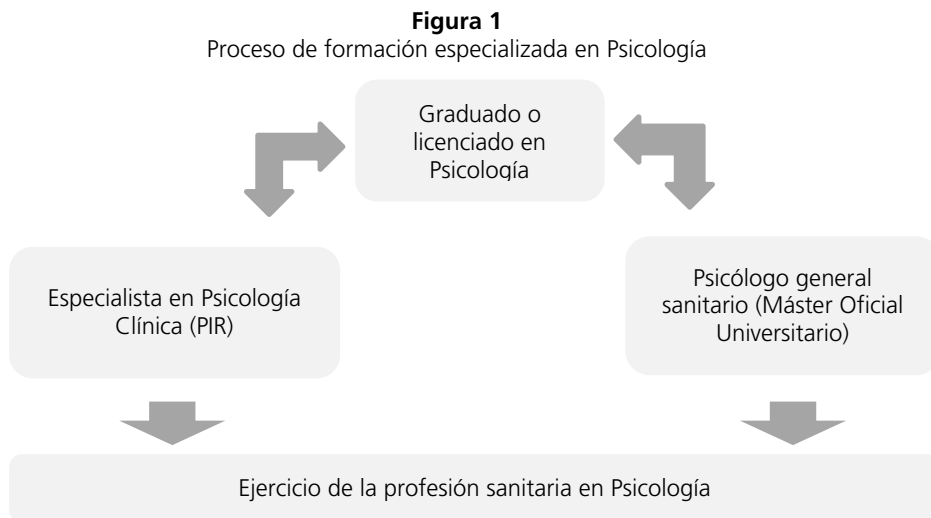
Aunque no pretendo en modo alguno afirmar que la formación de postgrado que pueden obtener los alumnos del Máster Oficial de Psicología de la Salud seguido en la universidad (la Universidad Autónoma de Madrid, por ejemplo) sea mejor que la obtenida por los psicólogos que siguen el programa PIR, tampoco considero justo ni ajustado a la realidad afirmar, tan contundentemente como lo suelen hacer los psicólogos PIR, en general, y los firmantes del artículo de referencia en particular, que la formación obtenida por los *PIRes* sea necesariamente mejor que la otra, a pesar, como es bien sabido, de las muchas dificultades que encontramos desde la universidad para disponer de centros profesionales y de clínicas psicológicas especializadas, principalmente públicas, donde poder llevar a cabo la necesaria formación práctica de nuestros alumnos. Estas necesidades constituyen, precisamente, nuestro principal reto de cara al futuro y para cuyo logro no nos vendría nada mal poder contar con la ayuda que los propios psicólogos Clínicos PIR actualmente existentes en esos centros públicos nos pudieran proporcionar, tutorizando, por ejemplo, a los alumnos del Máster de Psicología General Sanitaria, en lugar de boicotear, como en algunos casos se ha podido observar, la mera disponibilidad de acceso a esos servicios por parte de los propios psicólogos Clínicos PIR existentes en los mismos.

Conclusiones

Como colofón de todo lo expuesto hasta aquí, cabe extraer algunas conclusiones y hacer algunas sugerencias y propuestas. La primera conclusión que en mi opinión cabe extraer es la de que estamos equivocados y puede ser, incluso, realmente peligroso para el progreso de la Psicología como profesión en nuestro país el abundar en estas disquisiciones y rivalidades más de estatus o de poder que profesionales, sobre quién es mejor o está más cualificado para ejercer que funciones o en qué contextos. A este respecto, me gustaría apostar por intentar convencer a los distintos profesionales psicólogos de que todos somos necesarios, tanto los actuales psicólogos clínicos especialistas PIR, como los futuros psicólogos generales sanitarios, y que todos podemos ocupar un lugar y realizar nuestras propias actividades y funciones dentro de las múltiples y variadas tareas y campos

de aplicación ofrecidos por la Psicología en el entorno sanitario. Lo que no tiene sentido, en cualquier caso, es el seguir manteniendo la postura de que una de las especialidades es de un estatus superior a la otra y que, como consecuencia, una debe estar supeditada a la otra. Como esperamos haber dejado suficientemente claro en nuestra exposición, las necesidades de atención y asistencia psicológica por parte de la población europea y española son muy extensas, pudiendo haber necesidades de trabajo para todos. Y lo que realmente deberíamos estar haciendo es luchar conjuntamente por mostrar y convencer a los ciudadanos y a nuestros dirigentes políticos de la utilidad sanitaria y social de nuestra profesión, la Psicología.

Por ello, reitero mi postura de que deben mantenerse las dos especialidades psicológicas actualmente existentes en el ámbito sanitario: el psicólogo especialista en psicología clínica (PIR) y el psicólogo general sanitario (Máster Oficial Universitario), como dos modalidades de especialización independientes y sin que una tenga que ser supeditada a la otra. Volviendo, por tanto, a defender y a reiterar los mismos requisitos y el mismo esquema de formación que planteábamos en nuestro anterior artículo (Carrobles, 2012) y que volvemos a presentar en la figura 1.



El esquema de formación que proponemos es similar y por tanto homologable con el estándar europeo de formación superior y de especialización en Psicología, tanto por los contenidos curriculares que incluye, como por el tiempo de duración o el número de créditos del mismo y que en nuestro país están establecidos por ley. Las características del programa de formación que proponemos son, asimismo, bastante similares al seguido en otros países europeos, como el Reino Unido (Inglaterra), por ejemplo, país que suele citarse con frecuencia como modelo de buena formación y de cualificación profesional en Psicología, como también lo hacen los autores del artículo de réplica que estamos

comentando. En Inglaterra, país que conozco algo mejor por haber tenido la suerte de trabajar allí como psicólogo clínico en un servicio de Psicología dentro de un hospital general, la formación de un psicólogo clínico tiene una duración media de unos seis años, en los que se incluyen unos estudios de grado (*bachelor*) en Psicología más unos estudios de postgrado o máster de especialización ofrecidos por la universidad entre los que se incluye un año de formación práctica supervisada o tutorizada (Broeck y Lietaer, 2008). Como puede observarse, estas características se aproximan bastante más a los requisitos de formación exigidos por nuestro psicólogo general sanitario que a los exigidos actualmente para la obtención del PIR, cuya duración total es de ocho años (incluyendo la formación del Grado más la del propio PIR). Y lo que realmente es a todas luces desproporcionado es la propuesta que se ofrece y se defiende desde la propia *Asociación Nacional PIR (ANPIR)* y alguna otra asociación científica o profesional española, incluido el propio Colegio Oficial de Psicólogos, de un programa de formación de unos diez años de duración que incluiría la formación de Grado en Psicología (4 años) más la realización obligatoria del Máster Oficial para la obtención del título de psicólogo general sanitario (otros 2 años) y, finalmente, la formación complementaria de los 4 años requeridos para la realización del periodo de formación PIR. En total, 10 años de formación para la consecución del título pleno de psicólogo especialista en Psicología Clínica. Como ya comentamos en nuestro artículo anterior (Carrobes, 2012), la propuesta nos parece realmente desproporcionada, alejada de los estándares y los requisitos de formación europeos, y lejos, sobre todo, de posibilitar la formación profesional de la gran cantidad real de psicólogos sanitarios que requiere nuestro país, como hemos justificado anteriormente, aunque para su desempeño profesional se vean forzados a ejercer su profesión en el ámbito privado por la ceguera de nuestros dirigentes políticos al no convocar plazas para psicólogos dentro del Sistema Nacional de Salud, especialmente en atención primaria, a pesar de los innumerables y contundentes datos científicos disponibles en la actualidad sobre la eficacia clínica y la eficiencia social y económica aportada por los psicólogos en los Sistemas Nacionales de Salud europeos en los que han sido incorporados, como lo puede ser el caso paradigmático de Inglaterra.

Referencias

- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- European Health Psychology Society (2012, agosto). 26th Conference of the European Health Psychology Society, celebrada en Praga, República Checa.
- Freixa Blanxart, M. (2005). El espacio europeo de Educación Superior en Psicología: Memoria de los inicios de un proceso. *Anuario de Psicología*, 36, 225-229.
- Infocop (2008). La salud mental está desatendida en España. *Infocoponline*. Recuperado el 25.09.2008, desde www.infocoponline.es
- Infocop (2011). Uno de cada tres europeos presenta un problema de salud mental. *Infocoponline*. Recuperado el 10 de octubre de 2011, desde www.infocoponline.es
- International Society of Behavioral Medicine (2012, septiembre). *12th International Congress of Behavioral Medicine*, celebrado en Budapest, Hungría.

- Sánchez Reales, S., Prado Abril, J. y Aldaz Armendáriz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, xx-xx.
- Van Broeck, N. y Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: a review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13, 53-63.
- Wittchen, H. -U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svenson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van Ost, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H. -C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

RECIBIDO: 20 de enero de 2013

ACEPTADO: 5 de febrero de 2013