

PSICÓLOGO CLÍNICO Y/O PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO

José Antonio Carrobes
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

La reciente aprobación de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) con la creación de la nueva figura del psicólogo general sanitario ha producido la particular situación de la existencia de dos figuras de psicólogos profesionales con competencias en el ámbito sanitario: el psicólogo especialista en psicología clínica, formado a través del sistema de psicólogo interno residente (PIR), y la del psicólogo general sanitario, formado a través del máster oficial de Psicología General Sanitaria. Esta situación está suscitando muchas polémicas y controversias derivadas principalmente de las diferentes funciones profesionales atribuidas a los mismos y el ámbito laboral previsto donde podrán ejercer su actividad los futuros profesionales que así lo decidan. En este trabajo abordamos todas estas cuestiones y las diferentes controversias y conflictos suscitados, relacionados principalmente con las diferentes competencias legales atribuidas a ambos profesionales. En el artículo también se abordan y se discuten las posibles alternativas de solución para estos conflictos y se propone la que nosotros consideramos la mejor solución y que supone el reconocimiento legal de dos tipos diferentes de psicólogos profesionales, con similares competencias clínicas y sanitarias, pero con distinto formato e itinerario de formación: el modelo hospitalario residencial PIR en el caso del psicólogo clínico especialista y el de la formación a través del master oficial sanitario, impartido por la universidad, en el caso del psicólogo general sanitario. Finalmente se plantean a modo de *desiderátum* una serie de posibles alternativas de solución al conflicto que, en nuestra opinión, podrían ayudar a mejorar la imagen y la utilidad de la psicología clínica y de la salud que proponemos como solución integrada para superar estos problemas.

PALABRAS CLAVE: *psicólogo clínico, psicólogo interno residente (PIR), psicólogo general sanitario, máster oficial sanitario.*

Abstract

The recent adoption of the General Act on Public Health (Act 33/2011) with the creation of the new post of General Health Psychologist has produced the

particular situation of the existence of two figures of professional psychologists with competences in the field of health: Psychologist Specialist in Clinical Psychology, formed through the Hospital Residential Training Program (PIR) and a General Health Psychologist formed through the Master's Degree in General Health Psychology. This situation is causing much polemic and controversy arising mainly from the different professional functions attributed to them and the intended workplace where future professionals engaged in it may exercise their activity. In this paper we address all these issues and various disputes and conflicts arising, relating mainly to different legal competences conferred on both professionals. The article addresses and discusses possible alternatives of solution to these conflicts and argues for the best solution, including the legal recognition of two different types of professional psychologists, with similar clinical and health skills, but with different training and itinerary of formation: a) the Hospital Residential Training Program (PIR) for the Specialist Clinical Psychologist and b) training through the Public Health Official Master, taught by the University, in the General Health Psychologist. Finally a series of possible alternatives in this situation could help to improve the image and the usefulness of Clinical and Health Psychology that we propose as an integrated solution to overcome these problems.

KEY WORDS: *Clinical Psychologist, Resident Intern Psychologist (PIR), General Health Psychologist, Official Master of Public Health.*

La psicología clínica en España

En el pasado reciente de la Psicología Clínica en España (por así decir, puesto que en realidad todo nuestro pasado es bastante reciente) un hito que merece ser destacado de forma particular es la consecución, después de muchos esfuerzos y años de gestiones por parte del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) y de las propias Facultades de Psicología, de la figura del psicólogo clínico especialista y el correspondiente programa de formación especializada del mismo a través del formato de internado residente (PIR) de acuerdo con los programas de formación equivalentes de otras especialidades ya existentes, como los de médicos (MIR), farmacéuticos (FIR), biólogos (BIR) o químicos (QIR). Este hecho supuso, sin ninguna duda, un gran logro para la psicología en su esfuerzo por alcanzar el reconocimiento de su anhelado estatus profesional de especialista independiente en el ámbito de la psicología clínica, el principal campo aplicado de la misma. Mucho tiempo ha pasado desde entonces y los programas de formación PIR han seguido su lento pero seguro curso de evolución desde las primeras ofertas del mismo en forma de becas y contratos laborales para los psicólogos candidatos, ofertados fraccionadamente por diversas Comunidades Autónomas hasta la consecución de una convocatoria única a nivel estatal, aunque con muchas vicisitudes y dificultades encontradas en el camino, hasta constituir en la actualidad una figura consolidada en cuanto a su prestigio y la calidad de su formación profesional. Una excelente y exhaustiva descripción de todo este proceso histórico puede verse en el reciente trabajo de Olabarría y Anxo-García (2011).

Sin embargo, lo que en principio fue y ha sido, sin duda, un gran logro para la psicología española, corre el riesgo de convertirse, como así parece empezar a suceder en la actualidad, en una rémora para la misma, dificultando la consolidación de una psicología clínica moderna y en consonancia con los actuales estándares de la propia psicología clínica de nuestro entorno europeo en cuyo espacio educativo y profesional es imperioso que nos integremos como miembros de pleno derecho del mismo.

Incidentalmente, cabe mencionar que cuando por fin se vislumbró la inminente creación del título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica a través del sistema de formación PIR, y el COP se encargó de la elaboración del perfil profesional del mismo, incluyendo su definición, sus características y sus funciones, y en cuya Comisión Delegada por el COP y las universidades españolas con este propósito yo mismo tuve el privilegio de participar, ya se planteó dentro de la Comisión la posibilidad de proponer a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura responsables de su aprobación la creación de no un solo perfil de especialista sino de dos: uno, el de "psicólogo clínico", cuya posibilidad se nos ofrecía, y otro, el de "psicólogo de la salud", incluyéndose ambos en los programas de formación de especialistas vía PIR o internos residentes. Como es obvio, la propuesta no prosperó y la Comisión se dedicó a elaborar el correspondiente perfil del "psicólogo especialista en psicología clínica". Este inciso o comentario previo nos parece pertinente, como después comentaremos con más extensión, precisamente por el debate que aquí nos ocupa sobre la necesidad de, al menos, dos especialidades de la Psicología en el contexto sanitario: una centrada específicamente en la atención psicológica de los trastornos mentales conjuntamente con la psiquiatría (el psicólogo clínico) y otra dedicada más extensamente a la atención psicológica de los pacientes atendidos en el resto de los servicios o especialidades médicas incluidas en el Servicio Nacional de Salud (el psicólogo de la salud). Quizás sea pertinente comentar también que la exigencia de al menos dos especialidades psicológicas dentro del contexto clínico-sanitario no resulta para nada exagerada dada la probada relevancia y el potencial aplicado de la Psicología en el ámbito sanitario, en el que se cuentan más de veinte especialidades específicamente médicas.

Y de pronto sobreviene el terremoto de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Antes del reciente intento de regulación oficial de la profesión, los licenciados en Psicología podían ejercer como psicólogos en cualquier ámbito aplicado, clínico o no-clínico, sin otra limitación que la de disponer de la correspondiente licenciatura en Psicología que les capacitara para ello, de igual modo a como ocurre con las demás profesiones, incluida la propia Medicina, en las que el licenciado puede ejercer legalmente su profesión sin más limitaciones que las impuestas por la propia ética y la capacitación legal y profesional para ejercerla.

Pero de pronto sobrevino la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003) y la Psicología fue, sorprendentemente, excluida de las mismas y, desde entonces y por este simple hecho, el panorama de nuestra profesión cambió radicalmente y empezaron todos los problemas y las incertidumbres que actualmente nos aquejan. Una primera cuestión básica a plantear en relación con este hecho es el misterio del porqué o de las razones que llevaron a los políticos responsables de la citada LOPS del Ministerio de Sanidad y Consumo a excluir a la Psicología de las profesiones sanitarias cuando así es considerada y calificada en la práctica totalidad de los países occidentales de nuestro entorno. Las posibles respuestas a esta pregunta entrañan, cuando menos, ciertas dudas y perplejidades, extendiéndose las mismas desde la simple ignorancia o la falta de información sobre nuestra profesión, hasta las posibles decisiones políticas interesadas o influidas por determinados colectivos profesionales o grupos de presión interesados en el control de nuestra profesión y que tradicionalmente han venido rivalizando con la misma. Baste, como ejemplo, mencionar los múltiples recursos judiciales contencioso-administrativos, algunos elevados hasta el Tribunal Supremo, interpuestos por distintas asociaciones médicas como el "Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos", la "Sociedad de Psiquiatría Legal", la "Sociedad de Psiquiatría" y la "Sociedad Española de Psiquiatría Biológica", entre otras, contra el Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y se regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica a través del sistema de residencia (PIR) en centros sanitarios y unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad. Felizmente, todos los recursos interpuestos contra la creación de la especialidad de la Psicología Clínica (PIR) fueron rechazados por las últimas sentencias del Tribunal Supremo en el 2002, quedando por ello legalmente establecida la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la psicología.

Y con la LOPS (2003) vinieron los problemas para los psicólogos que ejercían hasta entonces su profesión en el ámbito clínico, público o privado, aparentemente con un buen nivel de competencia, si tomamos en consideración el prestigio social que los profesionales de la Psicología se habían ganado hasta ese momento. Y de nada sirvieron los innumerables recursos, protestas y hasta manifestaciones públicas ante el Ministerio de Sanidad y Consumo, auspiciadas por el COP y por las Facultades de Psicología de todo el estado, con la demanda unánime de que "la Psicología es y debe ser considerada una profesión sanitaria". Como medida paliativa ante el problema social creado por esta Ley, en el sentido de que si los innumerables psicólogos que venían ejerciendo su profesión como psicólogos clínicos sin el correspondiente título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica no eran profesionales sanitarios, tampoco podían considerarse sanitarios, consecuentemente, los centros o consultas de Psicología Clínica que ellos pudieran abrir o regentar, el propio Ministerio intentó una solución intermedia, permitiendo que los psicólogos pudieran abrir centros sanitarios aunque ellos no fueran sanitarios (Orden Ministerial, 2006). Pero este recurso legal del Ministerio para salir del paso no supuso, como cabía esperar, una solución para el problema planteado y fue judicialmente invalidado como consecuencia del Recurso planteado contra el mismo, una vez más, por el propio Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos del

estado. Como consecuencia de todo ello, la situación legal en que quedaron varios miles de psicólogos clínicos que venían trabajando como tales en sus propios centros privados desde hacía mucho tiempo fue y lo sigue siendo en la actualidad de irregularidad o ilegalidad, aunque de momento con una especie de licencia transitoria, y a la espera de alguna nueva propuesta ministerial que les permita poder legalizar definitivamente su situación y continuar ejerciendo su profesión con la dignidad y la eficacia con que presumiblemente venían haciéndolo.

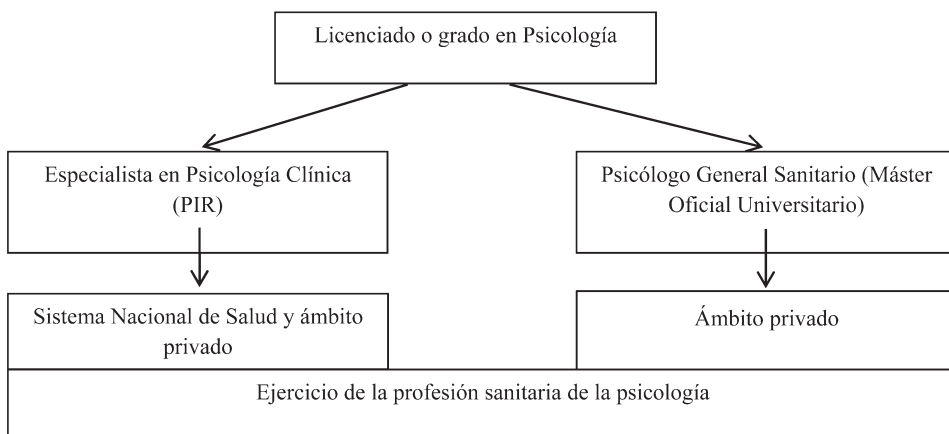
Aparece la figura del “psicólogo general sanitario”

Recientemente, y de forma un tanto sorpresiva, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha creado a través de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) la nueva figura del psicólogo general sanitario (PGS) a nivel de licenciado, de acuerdo con el artículo 2 de la LOPS, que habilitará o capacitará, cuando se desarrolle plenamente la citada ley, para el ejercicio profesional de la psicología fuera del Sistema Nacional de Salud. Este hecho ha producido la situación peculiar y un tanto paradójica de la existencia en nuestro país de dos figuras de psicólogos profesionales con competencias en el ámbito sanitario: la del especialista en psicología clínica (PIR) y la del psicólogo general sanitario (Máster en PGS), estableciéndose entre ellos la distinción especial, además de la vía particular de formación para alcanzarlo (sistema PIR o Máster PGS), la del ámbito en el que podrán ejercer su profesión: en el Sistema Nacional de Salud y centros concertados con este, en el caso del PIR; y en el ámbito sanitario en general, fuera del Sistema Nacional de Salud, en el caso de los psicólogos con la licenciatura o el grado en Psicología más el complemento formativo del máster oficial en Psicología General Sanitaria. En síntesis, la situación actual creada podemos representarla de forma gráfica en la figura 1.

Una pregunta que surge de inmediato al considerar esta situación es la del porqué de la creación de las dos figuras de especialistas con capacidad y competencias profesionales aparentemente muy similares, aunque limitando el ámbito aplicado de una de ellas, la del psicólogo general sanitario. Entre las posibles respuestas a esta pregunta, no es desdeñable considerar la del posible intento por parte del Ministerio de tratar de solucionar, aunque sea parcialmente, el problema legal y profesional creado por la LOPS que antes mencionamos, que aqueja a los miles de psicólogos clínicos privados que no podrán ejercer legalmente su profesión en el contexto legislativo actual, y que también continuará limitando a los futuros licenciados en Psicología para ejercer como asesores o terapeutas (sin importar que estos se llamen psicólogos clínicos o sanitarios) dada la escasa oferta de plazas de formación PIR convocadas a nivel estatal (solo 141 en 2012), en proporción al número de licenciados en Psicología existentes en la actualidad que desean ejercer como psicólogos clínicos o sanitarios y que suponen alrededor del 60-70% de la totalidad de los licenciados. Otra posible razón para esta propuesta ministerial puede que tenga que ver con la actual normativa integradora europea que regula los estándares de formación para las distintas profesiones y licenciaturas, entre ellas la Psicología, y dentro de esta especialmente la Psicología Clínica, y que después

Figura 1

Situación actual del proceso de formación especializada en psicología en España



comentaremos con una mayor extensión. En cualquier caso, sea una u otra la razón que haya podido guiar la propuesta del Ministerio, lo cierto es que la solución propuesta dista mucho, en mi opinión, de ofrecer una solución satisfactoria para los problemas planteados.

El marco europeo de integración y regulación de las profesiones

La formación de psicólogos especialistas en psicología clínica goza de una considerable tradición en Europa, existiendo programas estandarizados de formación profesional para los mismos en muchos de los países europeos y occidentales. Uno de estos formatos o protocolos de formación, tomado con frecuencia como referencia de los mismos, es el modelo adoptado en el Reino Unido desde hace ya muchos años y que parece haber servido de inspiración, en cierta medida, en el caso español por su aparente proximidad al programa de formación PIR actualmente vigente en nuestro país.

Como puede apreciarse en la tabla 1, elaborada por Berdullas Temes y Fernández Hermida (2006), bastantes países de nuestro entorno cuentan con programas máster de formación posteriores a la licenciatura o al grado en Psicología desde hace ya bastante tiempo y, por ello, sorprende que hasta hoy no hayamos dispuesto de una oportunidad semejante en nuestro país.

Cabe llamar la atención también sobre el hecho de que los programas de licenciatura o de grado (*Bachelor*, en inglés) en Psicología suelen tener una duración media de tres cursos o años en la mayoría de los casos y no de cinco cursos como era preceptivo hasta ahora en España. Este es el caso prototípico, por ejemplo, del Reino Unido, donde después de obtener el grado básico de *Bachelor* en Psicología, los alumnos pueden proseguir hacia su especialización profesional con la realización

Tabla 1

Programas de Especialidad y Máster de formación posteriores a la licenciatura o al grado en Psicología (tomado de Berdullas Temes y Fernández Hermida, 2006)

| Países | Especialidad en Psicología Clínica reconocido por ley | | Especialidad en Psicología Clínica sistema PIR o similar | | Másters posteriores a licenciatura en Psicología Clínica | |
|-------------|---|----|--|----|--|----|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Alemania | | x | | x | | x |
| Austria | x | | | x | x | |
| Bélgica | | x | | x | | x |
| Croacia | | x | | x | x | |
| Chequia | x | | | x | x | |
| Dinamarca | | x | | x | | x |
| Eslovaquia | x | | | x | | x |
| España | x | | x | | x | |
| Estonia | | x | | x | | x |
| Finlandia | | x | | x | | x |
| Francia | | x | | x | x | |
| Grecia | | x | | x | x | |
| Holanda | x | | x | | | x |
| Irlanda | | x | | x | x | |
| Italia | x | | x | | x | |
| Lituania | | x | | x | | x |
| Luxemburgo | | x | | x | | x |
| Malta | | x | | x | | x |
| Noruega | | x | | x | x | |
| Portugal | | x | | x | | x |
| Reino Unido | | x | x | | x | |
| Suecia | x | | x | | | x |
| Suiza | | x | | x | x | |
| Turquía | | x | | x | x | |

Nota: El hecho de que la Psicología Clínica tenga algún tipo de reconocimiento legal como tal no significa que con el título o licenciatura no se puedan desarrollar funciones en el área de salud.

de un máster de especialista (equivalente al psicólogo clínico) de una duración de dos o tres años, según el formato o el programa de formación que se siga: máster de posgrado universitario o programa de residencia (equivalente a nuestro PIR), respectivamente.

El panorama que se presenta en la tabla 1, referido al año 2006, ha cambiado ligeramente en la actualidad dado que la mayoría de los países europeos se han adaptado o están en proceso de adaptación a la normativa común del espacio europeo de educación superior desde hace algún tiempo, como es el caso de España. Esta normativa común supone, por lo que respecta a la formación o especialización en Psicología Clínica, la realización de los correspondientes estudios de Grado o *Bachelor* en Psicología (de una duración de tres cursos o años y no de cuatro como en el caso de España) y de una formación profesional especializada de máster o de postgrado de unos dos o tres años, en los que se incluye, al menos, un año completo de práctica clínica supervisada o tutorizada. Este formato se ajusta perfectamente bien, como puede observarse, al protocolo de formación actualmente propuesto por el Ministerio para la obtención del título de psicólogo general sanitario, como no podría ser de otro modo dado el modelo europeo que ha servido de inspiración al mismo, como antes mencionábamos.

Situación actual en España de la formación especializada en Psicología Clínica

Como ya comentamos anteriormente, como resultado de la breve historia que acabamos de describir, en España se da actualmente la curiosa o paradójica situación de la existencia de dos tipos diferentes de psicólogos legalmente capacitados para el desempeño de funciones en el ámbito sanitario: el psicólogo especialista en psicología clínica y el psicólogo general sanitario. Esta situación, como también señalábamos con anterioridad, no es homologable con ninguno de los modelos existentes en los diferentes países europeos, donde solo suele existir una figura o tipo de especialista en psicología clínica. Quizás sea un ejemplo más del tópico y manido dicho del "España es diferente".

Ante esta situación sobrevenida, aunque no sepamos o no entendamos bien las razones de todo ello, se impone la necesidad de tratar de arrojar alguna luz o de ordenar las características y los datos existentes sobre ambos tipos de especialistas sanitarios. Así, en primer lugar, encontramos la figura del psicólogo especialista en psicología clínica, la primera regulada por Ley en España, a la que en la actualidad se accede desde la licenciatura o el grado en Psicología, junto con la superación de la correspondiente prueba selectiva de acceso a la formación sanitaria especializada. Una vez obtenida una plaza en esta prueba selectiva, el candidato tiene que pasar un periodo obligatorio de cuatro años de formación a través del sistema de residencia (PIR) adscrito al centro sanitario y a la unidad docente que le haya correspondido a nivel estatal, obteniendo, al finalizar este periodo de formación de modo satisfactorio, el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica (abreviadamente, psicólogo clínico) mediante el Programa PIR.

En cuanto a las funciones o competencias profesionales a realizar por este psicólogo clínico especialista, cabe decir que, según se especifica en el Real Decreto 1277/2003 de Autorización de Apertura de Centros Sanitarios y por la Orden SCO/1741/2006, estas serían las máximas posibles previstas en el Real Decreto de creación y regulación de la especialidad de la Psicología Clínica (Ministerio de la Presidencia, 1998) entre las que se incluirían las de: *“la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento”*.

La otra figura de psicólogo sanitario es la establecida por la reciente Ley General de Salud Pública 33/2011 del psicólogo general sanitario cuyo título se alcanza tras la superación del grado/licenciatura en Psicología y la realización complementaria del máster oficial en Psicología General Sanitaria, ofrecidos y cursados ambos en las Facultades de Psicología, acreditadas oficialmente para ello, de las universidades españolas. En cuanto a las funciones profesionales a realizar por esta nueva figura del psicólogo general sanitario, la citada Ley establece o simplemente menciona, de modo bastante confuso, las 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 lo único que establece con alguna claridad, como si fuera, al parecer, su principal o su única preocupación, es la posible delimitación o salvaguarda del estatus previamente establecido del psicólogo clínico, al señalar que las funciones del psicólogo general sanitario no deben interferir o suplantar las funciones para las que se requiera una atención especializada propia de otros profesionales sanitarios, entre las que cabe incluir, aunque expresamente no se mencionan, las del psicólogo clínico. Y la única cosa que la mencionada Ley especifica claramente es la del diferente contexto en el que ambos profesionales, el psicólogo clínico y el psicólogo general sanitario, deberán ejercer sus funciones: el ámbito público propio del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el caso del psicólogo clínico y el del ámbito privado en el del psicólogo general sanitario.

Como mencionábamos al principio de este apartado, esta situación de la existencia de dos especialistas de la misma profesión, en este caso la de psicólogos sanitarios, para la realización de unas funciones aparentemente similares, no existe en ningún otro ámbito profesional ni es homologable a nivel internacional, donde existe una única especialidad en este ámbito y que suele denominarse genéricamente psicólogo clínico o máster especialista, aunque pueden existir distintos formatos o vías de formación para alcanzarla. Esta realidad es particularmente evidente en el ámbito europeo, que es nuestro principal marco de referencia, como puede verse en la tabla 2, elaborada por Berdullas Temes y Fernández-Hermida (2006), a partir del trabajo original de Tikkanen (2006), en la que se observa cómo al cursar los estudios de la Licenciatura en Psicología (que suelen incluir un grado y un posgrado) se accede al título de máster en Psicología o equivalente, que habilita o capacita para el ejercicio de la profesión de psicólogo en todas las áreas, en la mayoría de los países europeos. A este respecto, puede resultar especialmente ilustrativo el caso del Reino Unido, tomado con frecuencia como referencia en nuestro país, en el que, como se observa en la tabla 2, se accede al título de máster

Tabla 2
Programas de formación en psicología en Europa (tomado de Berdullas Temes y Fernández Hermida, 2006)

| Países | Años/créditos/licenciatura | Etiqueta/nombre | Habilita ejercicio en todas las áreas | | Excepciones |
|-------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|----|---|
| | | | Sí | No | |
| Alemania | 5 | Psicólogo Diplomado | x | | Psicoterapia (especialidad profesional compartida)* |
| Austria | 5 | Máster en Psicología | | x | Clinica/Salud |
| Bélgica | 5 | Licenciado en Psicología | x | | |
| Chequia | 5 | Diploma en Psicología | | x | |
| Dinamarca | 5 | Cand. Psicología | x | | |
| Eslovaquia | 5 | Máster en Psicología | x | | |
| Eslovenia | (4 + 2) | Diploma en Psicología | x | | |
| España | 5 | Licenciado en Psicología | x | | Clinica |
| Estonia | 6 (4 + 2) | Máster en Psicología | x | | Clinica |
| Finlandia | 5 / 6 (180 créditos) | Máster en Psicología | x | | Psicoterapia |
| Francia | 5 | Diploma en Psicología | x | | |
| Grecia | 4 | Diplomado en Psicología | x | | |
| Holanda | (4) | Psicólogo | x | | |
| | (4 + 2) | Máster Especialista | x | | |
| Hungría | 5 | Máster en Psicología | x | | |
| Italia | 5 + (1 práctica + examen de Estado) | Doctor en Psicología | x | | Psicoterapia/Clinica (especialidades compartidas)** |
| Lituania | 4 + 2 | Máster en Psicología | x | | |
| Malta | 4 | Diplomado en Psicología | x | | |
| Noruega | 5 + 1 | Cand. Psicólogo | x | | |
| Polonia | 5 | Máster en Psicología | x | | |
| Portugal | 5 | Licenciado en Psicología | x | | |
| Reino Unido | 3 / 4 3 o 4 + 2 / o 2 + 3 (3 + 3) | Diplomado en Psicología Máster especialista | | x | Todas las áreas aplicadas |
| Suecia | 5 + 1 | Máster en Psicología | x | | Clinica y psicoterapia |
| Suiza | 4 / 8 | Licenciado en Psicología | | x | Psicoterapia (especialidad profesional compartida) |

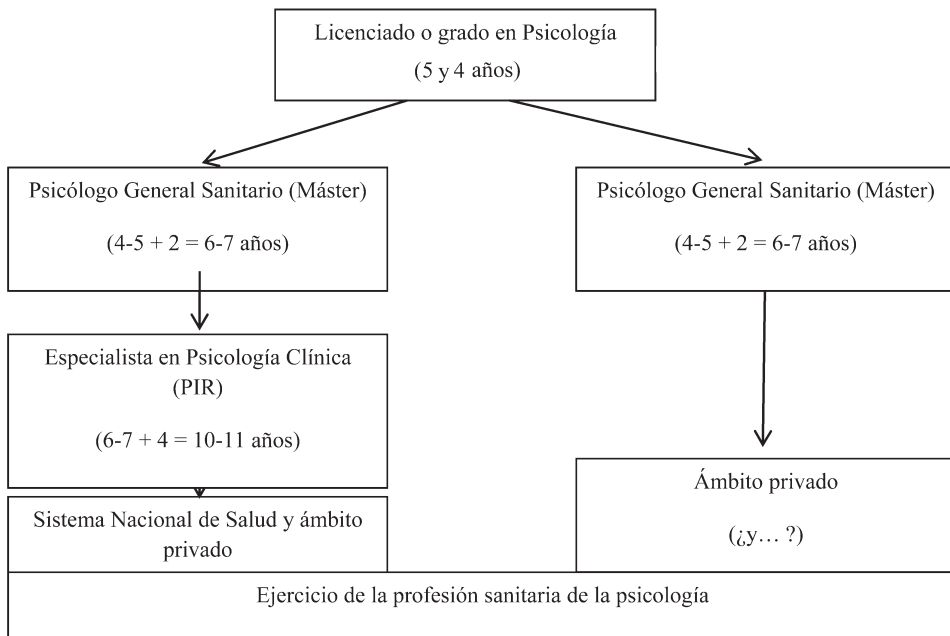
Notas: * Psicoterapia de adultos compartida con médicos y psiquiatras. Psicoterapia infantil compartida con médicos, psiquiatras y pedagogos; ** Psicoterapia y clínica compartida con médicos y psiquiatras.

especialista después de cursar los estudios de Grado (*Bachelor*) de 3 o 4 años de duración, más 2 o 3 años de estudios de máster o de postgrado de especialización, totalizando todo ello unos 5 o 6 años de estudios, para alcanzar la cualificación que permite el ejercicio pleno de la profesión de psicólogo clínico, aunque la denominación sea la de máster especialista. Estos datos nos suscitan de inmediato la reflexión del gran parecido que los mismos tienen con los actuales requisitos exigidos en los estudios para la obtención del título de psicólogo general sanitario en nuestro país, compuestos por los estudios de un grado o licenciatura en Psicología de, al menos, 4 años de duración o de 260 créditos europeos o ECTS, más los estudios del recientemente aprobado máster oficial en Psicología General Sanitaria, de 2 años de duración (o 90 créditos ECTS), totalizando todo ello 6 años de duración o 390 créditos ECTS, de los cuales al menos 180 de los mismos han de tener el carácter de sanitarios.

Esta situación aparentemente muy coherente y concordante con la actual y futura legislación y estatus del psicólogo clínico/sanitario europeo contrasta, sin embargo, con las exigencias y los requisitos que se pretenden imponer o establecer en nuestro país para acceder al título de psicólogo especialista en psicología clínica, que incluirían el título de grado o de licenciado en Psicología (4 o 5 años), el título de máster oficial en psicología sanitaria (2 años) y el título de especialista en psicología clínica vía PIR (4 años más), hasta sumar en conjunto un total de 10 u 11 años,

Figura 2

Situación prevista del proceso de formación especializada en psicología en España y su duración



en lugar de los requisitos actualmente establecidos de los 4 o 5 años correspondientes a los estudios de grado o licenciado en Psicología, mas otros 4 años de duración de los estudios específicos del PIR, totalizando, en la actualidad, 8 o 9 años de formación, un tiempo claramente excesivo, en mi opinión. La situación futura prevista en el caso de España, si prosperan las propuestas actualmente planteadas, puede verse representada de forma gráfica en la figura 2.

A la vista de estos datos cabe preguntarse el porqué del empeño de algunos colegas, profesionales de la psicología, y de algunos políticos y autoridades, entre los que se incluyen, lamentablemente, los propios representantes de nuestro COP, en complicar hasta tal extremo y poner tantas trabas para el ejercicio de la profesión de la Psicología Clínica en nuestro país, haciendo caso omiso de la realidad europea de nuestro entorno y pareciendo los proponentes de estas propuestas más nuestros enemigos que nuestros aliados. Baste para entender la lógica del argumento que planteamos los datos siguientes, referidos a la capacidad de formación de especialistas por parte de las universidades de nuestro país. La oferta de plazas PIR en el curso 2011-2012 para todo el estado español ha sido de 141 (en contraste con las de psiquiatría, que fue de 246 y de 6.707 para la totalidad de medicina). Estas plazas fueron cubiertas, en su totalidad, con un número equivalente de psicólogos seleccionados de entre los 3.693 candidatos presentados a la prueba de selección de las mismas, con la correspondiente frustración de los 3.552 psicólogos restantes que no tuvieron tal suerte, aunque el nivel de competencia de muchos de ellos pudiera ser, con una alta probabilidad, totalmente adecuado. Recuérdese también, a este respecto, que en la actualidad los candidatos a las plazas PIR acceden desde la licenciatura o el grado en Psicología, pero que, según la alternativa que se propone, en el futuro para acceder a estas plazas se requeriría la titulación previa de psicólogo general sanitario, obtenida después de haber cursado el correspondiente máster oficial universitario. Por su parte, en la actualidad, la oferta de plazas de máster oficial, en las pocas Facultades de Psicología en las que se ha implantado, es realmente muy limitada, de unos escasos cientos, y así cabe pensar que continuará ocurriendo en el futuro, dados los limitados recursos docentes, especialmente para la formación práctica especializada, de que disponen actualmente las universidades. El panorama que nos encontramos entonces es, en síntesis, el siguiente. Las Facultades de Psicología en España forman o producen un número considerable de licenciados (entre 5.000 y 6.000 psicólogos anualmente) que, aunque algunos opinan que puede ser excesivo, quizás no lo sea tanto si nos comparamos con los demás países de nuestro entorno. De estos licenciados, una mayoría de alrededor del 60-70% (unos 3.500) aspiran a dedicarse a la Psicología Clínica o de la Salud, pero no podrán hacerlo de ninguna forma dado el escaso número de plazas que se les ofrecen a nivel de posgrado, a través del máster oficial de psicólogo general sanitario, y menos aun en la convocatoria de plazas PIR para la obtención del título de psicólogo clínico especialista. Y todo ello nos lleva a la conclusión de que formamos un contingente importante de profesionales de la Psicología, posiblemente proporcionado a las necesidades de asistencia psicológica existentes en nuestro país, pero solo utilizamos una ínfima proporción

debido a las trabas y limitaciones legales establecidas en los niveles de especialización profesional de los mismos. Y una implicación especialmente negativa derivada de todo ello, en mi opinión, es que hasta los propios profesionales de la Psicología, y en particular sus propios representantes legales, como el COP, pueden estar contribuyendo a ello.

Para comprender mejor la alarmante situación a que puede verse abocada la Psicología si prosperan las propuestas actuales de formación a nivel de posgrado podemos tomar, a modo de ilustración, el caso de mi propia Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, donde finalizan sus estudios cada año alrededor de unos 300 licenciados, 365 exactamente el curso pasado (2010-2011). De estos licenciados, entre 200 y 250 desearían especializarse en Psicología Clínica y de la Salud, pero las dos únicas alternativas oficiales o públicas que se les ofrecieron para poder formarse o especializarse a nivel de posgrado el curso pasado fueron las de obtener una de las plazas PIR de las 141 que se ofrecieron en la correspondiente convocatoria, compitiendo con los 3.693 candidatos, o la de obtener una de las escasas 40 plazas ofertadas en nuestro propio máster oficial en Psicología de la Salud (equivalente al de psicólogo general sanitario), compitiendo igualmente con una cantidad importante de psicólogos procedentes de las distintas facultades de Psicología de nuestro país. Como se puede ver, las posibilidades de que uno de nuestros licenciados en Psicología pueda continuar su razonable aspiración de especializarse como psicólogo general sanitario son realmente escasas, estando abocados a una inexorable frustración personal, al tiempo que el propio estado español que ha invertido los correspondientes recursos económicos para su formación, renuncia a la posibilidad de recuperarlos o rentabilizarlos al no facilitar la correspondiente especialización y la futura práctica profesional de los mismos, lo que posibilitaría la devolución social, por parte de esos psicólogos, de los recursos invertidos por el Estado en su formación.

Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario

La otra gran cuestión planteada en torno a este tema es la de la posible delimitación de las características y funciones que corresponderían o que podrían ser consideradas específicas del psicólogo clínico especialista y del psicólogo general sanitario. A este respecto, una primera aproximación al tema es la de considerar globalmente que el psicólogo clínico especialista debería ejercer sus funciones en relación con los denominados trastornos mentales, como los incluidos en los sistemas diagnósticos actuales, DSM-IV-TR y CIE-10, que son atendidos normalmente en los servicios de psiquiatría o de salud mental de los centros de salud. Por su parte, el psicólogo general sanitario se ocuparía de otros tipos de problemas de comportamiento, no conceptualizados o diagnosticados como tales trastornos mentales, aunque no se llega a especificar de qué naturaleza serían esos problemas, olvidando que la auténtica naturaleza de lo mental no es otra que la del mero comportamiento, cayendo con ello en el error lógico inferencial denominado ontologización o reificación. Este error consis-

tente en atribuir una auténtica existencia real, y no meramente inferencial, a los denominados trastornos mentales, cuando los datos empíricos existentes avalan el hecho de que esos supuestos trastornos mentales no son, en su mayoría, otra cosa que meros constructos teóricos inferidos a partir de los únicos datos de experiencia real existentes, en forma de signos y síntomas, o lo que es lo mismo, meras características orgánicas o formas particulares de comportamiento del sujeto concurrentes o relacionadas entre sí, a cuyo conjunto le atribuimos un nombre arbitrario a través del proceso que denominamos clasificación o diagnóstico y que finalmente es lo que constituye la auténtica realidad inferencial de los que denominamos trastornos mentales.

En relación con el tema de las posibles funciones a desempeñar por parte de ambos tipos de especialistas, algunos autores llegan incluso a plantear la extrema, y a todas luces injustificada, idea de que el psicólogo general sanitario no estaría capacitado para realizar el tratamiento de los trastornos mentales y que, por ello, de sus posibles funciones debería estar excluida la de la terapia de estos trastornos, sugiriendo, en consecuencia, que cuando un psicólogo general sanitario detecte o diagnostique un trastorno mental en uno de sus pacientes, aunque sea en su consultorio privado, lo que debería hacer es remitirlo a un psicólogo clínico especialista (PIR) para que este lleve a cabo el tratamiento del mismo. No hace falta mucha imaginación para responder a estos peculiares argumentos ni para inferir el grado de confusión y los múltiples problemas de todo tipo a que podrían dar lugar en caso de llevarse a cabo sus propuestas. Por ello, solo me voy a limitar a comentar que los mismos me recuerdan, por su casi completa coincidencia, a los argumentos esgrimidos en los recursos presentados contra el Real Decreto 2490/1998 de creación del título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica por el "Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos", la "Sociedad de Psiquiatría Legal", la "Sociedad de Psiquiatría" y la "Sociedad Española de Psiquiatría Biológica" y que, como ya comentamos con anterioridad, fueron rechazados en su totalidad por el Tribunal Supremo en el año 2002. En esos mencionados procesos judiciales yo mismo participé, junto con otros colegas, como perito a propuesta del COP y de la Universidad, en calidad de Catedrático de Psicología Clínica y de la Salud, para responder a los argumentos planteados por estos colectivos. Lo curioso del caso, y que llama poderosamente la atención, es el hecho de que algunos psicólogos parecen haber adoptado actualmente el mismo papel desempeñado tradicionalmente por los psiquiatras en su relación con los psicólogos, a los que siempre trataron de relegar al rol de meros auxiliares o colaboradores. Si no reflexionamos y dialogamos desinteresadamente, corremos el riesgo de caer en esta misma guerra de rivalidades e intereses, pero esta vez en versión de psicólogos PIR contra psicólogos generales sanitarios. Desgraciadamente, la jerarquía y la pirámide continúan siendo símbolos eternos de la condición humana.

Otra de las grandes cuestiones planteadas con relación a las posibles diferencias existentes entre ambos profesionales de la Psicología es la del posible ámbito de trabajo en el que los mismos se ubicarían. A este respecto, los partidarios del establecimiento de los dos tipos diferentes de psicólogos señalan como ideal la ubicación del psicólogo clínico en los servicios de salud mental o de psiquiatría mientras que al

psicólogo general sanitario le relegan exclusivamente al ámbito del trabajo privado, excluyéndole por completo, no sólo del campo de la salud mental, sino hasta del ámbito más extenso de los diferentes servicios médicos existentes dentro del hospital general y del Sistema Nacional de Salud, distintos del servicio de salud mental.

Este planteamiento, bastante maximalista, contrasta con la realidad universal de la actualmente denominada Psicología de la Salud, coincidente, en gran medida, con la figura del psicólogo general sanitario que aquí estamos considerando, que ha extendido sus aplicaciones a la práctica totalidad de los distintos servicios médicos especializados dentro del hospital general, aportando en ellos la identificación, la evaluación y el tratamiento de los componentes psicológicos anómalos implicados o relacionados con los distintos trastornos o enfermedades médicas propias de estos servicios, trabajando integradamente en los equipos interdisciplinarios existentes en dichos servicios médicos, sobre la base, actualmente bien establecida, de que tanto en la génesis como en el tratamiento de la mayoría de los actuales problemas de salud existentes, las causas o los determinantes psicológicos o conductuales ocupan un lugar preponderante dentro de los actuales modelos biopsicosociales integradores, dominantes en el ámbito general sanitario, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una alternativa a la posición reduccionista del psicólogo general sanitario o de la Psicología de la Salud y de sus aplicaciones en el ámbito sanitario, que limita a los mismos a meros auxiliares de la medicina, la psiquiatría y hasta del psicólogo clínico-PIR, como ya sugeríamos al comienzo de este artículo, es, por el contrario, la de otorgar un papel especialmente relevante al psicólogo general sanitario o de la salud, tanto en el diagnóstico como en el análisis etiológico o causal y en el tratamiento de los distintos problemas de salud existentes, incluidos los trastornos relacionados con la salud mental, sobre la base bien establecida de que la principal causa de la mayoría de los trastornos o enfermedades que afectan actualmente a la humanidad, especialmente en el mundo occidental, es la propia conducta o el comportamiento humano, como muy bien viene reconociendo la propia OMS desde la trascendental reforma del sistema sanitario acaecida en los años 60-70. Como resumen de nuestra argumentación, incluimos a continuación la definición de Psicología de la Salud que nosotros propugnamos desde hace tiempo y que ilustra, por sí misma, la filosofía, las características y las potenciales aplicaciones de la misma en el ámbito de la sanidad y la salud.

“La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (Carrobbles, 1993).

Como síntesis de lo que venimos propugnando, en la tabla 3 mostramos lo que podríamos considerar un resumen de las características, las similitudes y las principales diferencias que podrían establecerse entre la Psicología Clínica y la Psicología

Tabla 3
Comparaciones entre la psicología clínica y la psicología de la salud

| | Modelo conceptual | Problemas tratados | Ámbito de aplicación | Funciones |
|--|---|---|--|---|
| Psicología Clínica | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo conductual • Otros modelos: humanistas, sistémicos, psicodinámicos, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicopatológicos o mentales • Terapia individual y menos de pareja y de grupo • Actividades de interconsulta | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Psiquiatría y de salud mental • Clínicas y hospitales mentales • Clínicas y consultorios privados | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación • Asesoría y consultoría • Investigación |
| Psicología de la Salud (Psicólogo General Sanitario) | <ul style="list-style-type: none"> • Integrador biopsicosocial • Cognitivo conductual • Social comunitario • Otros modelos afines | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y promoción de la salud • Trastornos médicos y de salud en general • Trastornos mentales o del comportamiento • Problemas sociales y comunitarios | <ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud: atención primaria • Servicios médicos del hospital general • Clínicas y consultorios privados • Instituciones, grupos y comunidades | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria y secundaria • Promoción y educación para la salud • Evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación • Asesoría y consultoría • Investigación |

de la Salud o Psicología General Sanitaria a la luz del actual estado de evidencias empíricas existentes a nivel universal y que, como se observará, contrasta con la reducida y estrecha visión mostrada en nuestro país por los proponentes, públicos y privados, de la actual reforma y definición de las figuras del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario.

Otros muchos autores e instituciones avalan esta posición mantenida por nosotros, en el sentido de oponerse a las restricciones que la Ley General de Salud Pública (LOPS) 33/2011 impone a las actividades y al ejercicio profesional del Psicólogo General Sanitario dentro del Sistema Nacional de Salud. Basta citar, a modo de ejemplo, alguno de los párrafos del reciente comunicado interno emitido por el Comité Ejecutivo de la *Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud– Siglo XXI* (SEPCyS, 2011):

*“...La **restricción de ejercer en el Sistema Nacional de Salud** que impone la Ley 33/2011 **al Psicólogo General Sanitario**, no es razonable ni sostenible. No tiene razón de ser una delimitación de competencias basada en el contexto en el que se ejercen, y más allá de esto, la restricción citada impide la inclusión de los Psicólogos en los Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Promover esta presencia constituye uno de los objetivos estratégicos que la Asamblea General de Socios de la SEPCyS instó a promover al Comité Ejecutivo, en el marco de la VIII Reunión Anual celebrada en mayo de 2011 en Madrid. Por razones sobradamente conocidas como la eficacia de los tratamientos psicológicos y la*

eficiencia de los mismos en relación a sus contrapartidas farmacológicas y la elevada presencia de trastornos psicológicos en Atención Primaria, **la presencia del Psicólogo General Sanitario resulta imprescindible para asegurar la sostenibilidad económica y profesional del Sistema Sanitario**, que asume un coste creciente por la medicalización y la cronificación de los trastornos psicológicos. Queda igualmente claro que el número de Especialistas es y será a todas luces insuficiente para cubrir esta demanda, estimada en unos 20.000 profesionales (véase el informe del Grupo del Col.legi Oficial de Psicòlegs de la Comunidad Valenciana, "Psicólogos por una Salud Mental Pública"). A resultas de esta grave carencia, las intervenciones psicológicas en Atención Primaria, y muchas veces también en Salud Mental, son desarrolladas de modo rutinario por otros profesionales menos capacitados. Considerar que en ausencia de un Psicólogo Especialista, el profesional adecuado para desarrollar una intervención es un no Psicólogo, en lugar de un Psicólogo Generalista –con el argumento de una "insuficiente cualificación"–, es una grave incoherencia con serias repercusiones para la profesión, para la calidad de la atención ofrecida a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y para la sostenibilidad económica de éste. Por estas razones, el Comité Ejecutivo de la SEPCyS considera necesario continuar trabajando para asegurar el reconocimiento de los profesionales en ejercicio como Psicólogos Generales Sanitarios, y reivindicando el papel del Psicólogo en los servicios de Atención Primaria.

La Psicología Clínica y de la Salud

Por último, cabe llamar también la atención sobre la posible utilidad y la creciente necesidad de integrar ambas disciplinas, la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, sobre la base de que en la práctica profesional aplicada de ambas disciplinas resulta casi imposible distinguirlas, dadas las cada vez más aparentes similitudes técnicas y conceptuales entre las mismas. Esta situación es la que está llevando a la Psicología, en la actualidad, a la propuesta del nuevo campo integrado de la Psicología Clínica y de la Salud como una posible y aparentemente buena solución al dilema y a los inconvenientes que suscita la existencia separada y no claramente justificada de dos disciplinas o especialidades que por sus características y su naturaleza deberían estar juntas.

En realidad, esta viene siendo, en la práctica, la situación de la mayoría de los programas actuales de formación de posgrado, tanto públicos como privados, donde se forma conjuntamente a los profesionales de la Psicología en ambos campos, el clínico y el de la salud, junto con el bagaje técnico de evaluación y de intervención o tratamiento propio de los mismos. Sin embargo, un problema sobrevenido y claramente específico de nuestro país, que está interfiriendo en la actualidad con este necesario proceso de integración de la Psicología, lo constituye el hecho de que, dada la existencia de las dos titulaciones oficiales actualmente existentes, la Psicología Clínica y la Psicología General Sanitaria, se está forzando u obligando desde los Ministerios de Sanidad y Educación a los propios masters oficiales

existentes, como es el caso, por ejemplo, del de mi propia Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, a modificar el nombre o el título del mismo que hasta ahora se denominaba "Máster Oficial de Psicología Clínica y de la Salud", a sustituirle por el de sólo "Psicología de la Salud", con el argumento de evitar que puedan llegar a confundirse o solaparse ambas titulaciones. Como vemos, la conclusión que podemos sacar de todo esto es la de que la realidad que estamos viviendo actualmente en España parece ir en sentido contrario a la observada en el resto de los países de nuestro entorno, ya que en lugar de avanzar en la integración de nuestra disciplina hacia la existencia de una auténtica especialidad integrada y un único perfil profesional, como está ocurriendo en los demás países, nos empeñamos en retroceder o en volver sobre nuestros pasos hacia realidades que considerábamos pretéritas y todo ello por la aparente y simple razón de haber conseguido el dulce o la golosina envenenada para nuestra profesión de la figura del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica que, como caballo de Troya, puede llegar a socavar el consenso y la integración que empezábamos a alcanzar en Psicología.

Conclusiones: hacia una propuesta integrada

De las distintas reflexiones expuestas hasta aquí cabe extraer algunas conclusiones que me gustaría compartir con todos vosotros con la finalidad de transmitir mi profundo deseo de alcanzar un consenso sobre las cuestiones o los temas realmente importantes para la necesaria integración y el progreso futuro de nuestra profesión.

1. El futuro de la Psicología Clínica en nuestro país ha de pasar necesariamente por la integración de la misma en el espacio europeo de educación superior y las directrices establecidas en el mismo coinciden con las aplicadas en los actuales masters oficiales de la Psicología General Sanitaria existentes en las facultades de Psicología y, por consiguiente, la especialización alcanzada por los psicólogos a través de esta formación debería de ser suficiente para el ejercicio pleno de la profesión en el ámbito clínico y de la salud, del mismo modo que lo es para los demás psicólogos especializados en el resto de los países europeos.

2. La particularidad de la existencia en nuestro país de la figura del psicólogo especialista en Psicología Clínica formado a través del Programa PIR no debería ser, bajo ningún concepto, un hándicap o una limitación para el desarrollo y el ejercicio profesional del Psicólogo General Sanitario, tanto en el ámbito público como en el privado, dado el nivel de formación equivalente en ambos programas, tanto por el contenido como por la calidad de los mismos, a pesar del diferente contexto en el que ambos se desarrollan o se llevan a cabo.

3. En la mayoría de los países europeos, la duración temporal de los programas de formación especializada en Psicología Clínica y en Psicología de la Salud es de 3-4 años de formación de Grado o de *Bachelor* en Psicología, más 2-3 años de formación especializada de posgrado y la misma parece ser suficiente y adecuada. Esta secuencia y duración temporal es similar a la seguida por el programa de formación

del futuro psicólogo general sanitario diseñado para nuestro país, cuya duración total es de 6 años, divididos en 4 años de Grado y 2 de Posgrado.

Por el contrario, la duración temporal del programa de formación PIR es aparentemente excesiva al ser comparado con los programas equivalentes existentes en los demás países europeos, dado que, a diferencia de los 5 o 6 años de duración de estos, el programa de formación PIR conlleva en la actualidad una duración total de 8 o 9 años (4 años de formación especializada, añadidos a los 4 o 5 años previos del grado/licenciatura) para poder obtener el título de Especialista en Psicología Clínica. Pero esta situación de desigualdad existente en la actualidad se acentuaría aun mucho más si progresa la actual propuesta, hecha por algunas instituciones, incluido, paradójicamente, el propio Colegio Oficial de Psicólogos, de la necesidad de haber realizado previamente el Máster Oficial de Psicología General Sanitaria para poder acceder a cursar el Programa PIR. Esto nos llevaría, como ya se ha comentado, a un total de 10-11 años de formación para alcanzar la plena titulación de un Especialista en Psicología Clínica (PIR): 4 años de Grado, más 2 años de posgrado o máster oficial y 4-5 años más de la duración del propio programa PIR. Esta situación es, a todas luces, desproporcionada, como se puede ver, y no homologable con ningún país europeo, pudiéndose llegar, en un futuro próximo, a la controvertida situación de que un Psicólogo Clínico europeo que decida ejercer y establecerse como profesional en nuestro país, como está previsto en el desarrollo de la futura legislación europea sobre la libre circulación de profesionales (complementaria a la del espacio común europeo de educación superior), no pudiera hacerlo porque su programa profesional de formación como psicólogo clínico sería insuficiente para España, aunque no lo fuera para ningún otro país europeo. Y así podríamos continuar inventariando las innumerables controversias e innecesarias paradojas que pueden derivarse de la peculiar situación en que nos hemos visto inmersos a partir del aparentemente positivo hecho de la conquista legal de la figura del psicólogo clínico especialista PIR y los rígidos requerimientos que la misma podría conllevar. Por todo ello, recomendamos encarecidamente a los actuales proponentes de esta alternativa y especialmente a los representantes de nuestro Colegio Oficial de Psicólogos, que desistan de esta reclamación y que en su lugar mantengan la demanda del requisito actualmente existente de haber cursado el grado o la licenciatura en Psicología para poder acceder al programa de formación PIR, lo que supondría, en cualquier caso, un tiempo total de formación de al menos 8-9 años, tiempo todavía algo mayor que la duración de los programas de formación equivalentes en cualquier país europeo.

Y forzando un poco más las posibles consecuencias de estas contradicciones, también cabría señalar que la pretendida y excesiva duración de los 10-11 años requeridos para alcanzar la formación plena de un psicólogo clínico PIR en España supera, incluso, el tiempo requerido para la formación de un psicólogo clínico en Estados Unidos (EE.UU), como puede verse en el trabajo que presentan en esta misma publicación los autores Hernández-Tejada y Acierno (2012), a pesar de que en EE.UU el propio programa de formación del psicólogo clínico incluye normalmente la realización de una tesis doctoral de investigación y la correspondiente obtención del título de Doctor en Psicología (Ph.D. o Psy.D.).

4. La implantación definitiva del psicólogo clínico especialista (PIR) no debería interferir ni suponer ninguna limitación para el desarrollo de los programas oficiales de formación del psicólogo general sanitario, tanto en su contenido como en la temporalidad de los mismos, siendo su único requisito el de ajustarse a las directrices de los programas europeos actualmente vigentes dentro del espacio común europeo de educación superior para la formación de psicólogos especialistas, como está siendo el caso de los actuales masters oficiales de Psicología de la Salud (equivalentes a los de Psicología General Sanitaria) ya implantados en varias Facultades de Psicología de nuestro país.

5. Opinamos que la duración total del periodo de formación para alcanzar la cualificación de Especialista en Psicología Clínica (PIR) debería mantenerse en los 8-9 años (4-5 de Grado/Lic., más 4 de PIR) como lo está en la actualidad, por considerarlo un periodo mas que suficiente para alcanzar un grado óptimo de formación en Psicología Clínica, tal como lo avalan los numerosos programas de formación bien validados existentes desde hace mucho tiempo en la mayoría de los países europeos de nuestro entorno. En este mismo sentido, reiteramos nuestra opinión de que alargar aun más el periodo de formación en nuestro país, hasta alcanzar los 10-11 años que se pretende, sería un grave error con consecuencias previsiblemente negativas para el desarrollo futuro de la Psicología, en general, y de la profesión del Psicólogo Clínico y del Psicólogo de la Salud, en particular.

6. La psicología no es exactamente equivalente a la medicina y pretenderlo, como parecen sugerir algunos de nuestros colegas, puede ser más un error que un claro acierto. Y por ello, el actual mimetismo y, en algunos casos, casi servilismo que algunos psicólogos parecen adoptar entre ambas disciplinas no se sustenta en la realidad ni en la evidencia empírica y profesional existente. Las características y los requisitos técnicos, temporales y profesionales de la formación de los psicólogos clínicos y sanitarios deberían decidirlos y establecerlos los propios representantes de la Psicología, como así ha sucedido y está sucediendo en la mayoría de los países occidentales de nuestro entorno, atendiendo a nuestras propias características, y no ser impuestos desde otras disciplinas con aparentes similitudes, como así ha sucedido, por otro lado, con otros programas de formación residenciales en nuestro propio país como los FIR, los BIR o los QIR.

7. La futura figura del psicólogo general sanitario promete ser una buena alternativa profesional complementaria a la ya existente del psicólogo clínico especialista (PIR), al ampliar el campo de las aplicaciones de la Psicología mas allá del estrecho marco aplicado que constituyen los trastornos mentales y los servicios de salud mental y de psiquiatría, donde normalmente se atiende a los mismos, y extender nuestras aplicaciones a los centros de salud y al resto de los servicios médicos especializados incluidos en el Sistema Nacional de Salud y a la propia comunidad o sociedad en general.

8. Como ya comentamos previamente, quizás sea una suerte sobrevenida para nuestra profesión la oportunidad que se nos brinda de poder contar con dos especialidades y dos tipos de profesionales para las áreas clínicas y de la salud en nuestro país, y lo que deberíamos hacer es congratularnos por el hecho y potenciar al máximo el desarrollo profesional y el potencial social aplicado de ambas, en lugar

de perdernos en disquisiciones interesadas, y casi gremiales, sobre las relaciones de estatus y de poder entre las mismas. En consecuencia, debemos asumir la existencia real y legal de dos especialidades independientes, la del psicólogo clínico PIR y la del psicólogo general sanitario, cada una con sus propias características y su propio desarrollo legal y estatutario, y trabajar unificadamente en pro del desarrollo pleno de las mismas, sin que ninguna pretenda subordinar o imponerse sobre la otra.

9. Complementariamente, deberíamos luchar de forma paralela por la consecución de un auténtico Servicio de Psicología Clínica (¿y de la Salud?) independiente, dentro de los Hospitales Generales y bajo los auspicios del Servicio Nacional de Salud, donde los psicólogos especializados puedan ejercer sus funciones y practicar una auténtica Psicología Hospitalaria y donde pudieran integrarse el psicólogo clínico especialista y el psicólogo general sanitario.

10. Los principales esfuerzos de los distintos colectivos e instituciones existentes en psicología (universidades, COP, asociaciones, etc.) deberían concentrarse en luchar conjuntamente para mejorar los recursos, las infraestructuras y la calidad científica y técnica de la formación de los profesionales de la Psicología, especialmente en lo que a la formación práctica se refiere, dotando a las Facultades y a los servicios de psicología no solo de los necesarios recursos personales y técnicos, sino también de la necesaria regulación legal que permita la vinculación obligatoria de los centros profesionales aplicados, principalmente clínicas y hospitales de la red pública, con los centros docentes universitarios, con el objetivo de garantizar una auténtica infraestructura clínica, adecuada y estable, donde nuestros alumnos puedan realizar unas prácticas tutorizadas auténticamente profesionales, que garanticen la calidad de su cualificación profesional.

11. En conclusión, abogamos y proponemos encarecidamente a los distintos profesionales, instituciones y colectivos existentes dentro de la psicología el establecimiento del compromiso de trabajar juntos en pro del desarrollo armónico de nuestra profesión, aprovechando la oportunidad que actualmente se nos brinda en nuestro país del desarrollo y la regulación legal definitiva de la misma en los campos aplicados clínico y sanitario, en lugar de perdernos en rivalidades infructuosas que lejos de ayudarnos pueden convertirse en una rémora para el desarrollo futuro de nuestra profesión.

Referencias

- Berdullas Temes, M. y Fernández Hermida, J. R. (2006). La Psicología Clínica en Europa. *Infocop Online*. Recuperado el 12 de enero de 2012, desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=892
- Carrolles, J. A. (1993). La Psicología de la Salud: estado actual y perspectivas. En X. Bornas, G. Buéla-Casal, V. Caballo, R. Moll, J. Pérez-Pareja, M. Servera, J. BC. Sierra y M. Tortella-Feliú: *Actualidad de la Psicología Conductual en España*. Resúmenes de los trabajos presentados al II Congreso Nacional de Psicología Conductual, Granada.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1990). Documento base acerca de la formación postgraduada en psicología clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 43-48.

- Colegio Oficial de Psicólogos (1990). Documento marco sobre la formación post-graduada en psicología clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 53-59.
- Hernández-Tejada, M. A. y Acierno, R. (2012). Hacerse psicólogo clínico en los Estados Unidos de América. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 435-445.
- Ministerio de la Presidencia (1998). *Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica*. BOE nº 288 de 2 de diciembre. Madrid: BOE.
- Olabarria, B. y Anxo-García, M. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 223-245.
- Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud- Siglo XXI (2011). *Comunicado sobre la aprobación del Título de Psicólogo General Sanitario*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, desde <http://www.sepcys.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=10&cntnt01origid=15&cntnt01returnid=64>
- Tikkanen, T. (2006). The present status and future prospects of the profession of psychologists in Europe. *European Psychologist*, 11, 2-5.
- Tribunal Supremo (2002). *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98*. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta (10 de octubre).

RECIBIDO: 15 de marzo de 2012

ACEPTADO: 20 de mayo de 2012