



Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de

Psicólogos

España

Virués Ortega, Javier; Santolaya Ochando, Francisco; García Cueto, Eduardo; Buela Casal, Gualberto

Estado actual de la formación PIR: actividad clínica y docente de residentes y tutores

Papeles del Psicólogo, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 37-47

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808505>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ESTADO ACTUAL DE LA FORMACIÓN PIR: ACTIVIDAD CLÍNICA Y DOCENTE DE RESIDENTES Y TUTORES

Javier Virués Ortega*, Francisco Santolaya Ochando**,
Eduardo García Cueto*** y Gualberto Buela-Casal***

*Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud. **Centro de Salud Mental Malvarosa. Tutor PIR-Hospital Clínico Universitario de Valencia. ***Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. ****Universidad de Granada

Esta investigación proporciona nuevos datos sobre la actividad clínica y docente que desarrollan en el Sistema Público de Salud los Psicólogos Internos Residentes y los psicólogos clínicos con competencias docentes sobre el proceso de formación de especialistas PIR. Se construyó un cuestionario, el C-PIR, en el que se integraron variables asociadas a las siguientes áreas temáticas: 1) características del proceso de acceso a la formación especializada; 2) actividad clínica de los especialistas en formación; 3) recepción de docencia y actividad investigadora de los especialistas en formación; 4) actividad clínica de los supervisores de los especialistas en formación; 5) presencia relativa de modelos psicoterapéuticos y actividad clínica característica; y 6) dificultades percibidas asociadas al proceso de formación especializada. Se obtuvo colaboración del 20,19% de residentes (incorporados entre 1999-2001). Las áreas temáticas antedichas fueron evaluadas en 165 dispositivos de Salud Mental diferentes, lo cual corresponde al 61,76% de áreas docentes acreditadas. Se discuten los resultados en el contexto de los recientes avances de la Psicología Clínica en el ámbito sanitario.

Current situation of clinical psychology residence in spain: data for a comprehensive evaluation. this study pretends to offer new data on psychologist's clinical and teaching activity in the public health system. equal emphasis is paid to psychology residents as clinical psychology supervisors. the C-PIR questionnaire was developed to accomplish variables related with the following topics: 1) process of access to the specialized teaching period; 2) clinical activity carried out by clinical psychology residents; 3) training and research activities received by clinical psychology residents; 4) clinical activity showed by supervisors; 5) relative presence of psychotherapeutic models and kind of clinical activity associated; and 6) troubles perceived by the residents regarding the specialized teaching process. 20,19% of residents (incorporation: 1999-2001) participated. the mentioned topics were assessed in 165 different mental health units concerning 61,76% of teaching areas accredited. results are discussed in the context of recent clinical psychology advances in public health settings.

Este año se cumple una década desde que en 1993 se unificaran las convocatorias aisladas que algunas autonomías pioneras venían realizando para el acceso a la formación de Psicólogos Internos Residentes, PIR (Aparicio, 1990; López, 1990; Instituto Andaluz de Salud Mental, 1990). Desde aquel año, existe una convocatoria anual y de carácter nacional para el acceso a la formación posgrada en la Especialidad de Psicología Clínica. No obstante, desde el comienzo de la puesta en marcha de la llamada Reforma Psiquiátrica, los aires renovadores de sus impulsores, inspirados en un modelo *biopsicosocial*, vieron con buenos ojos la entrada dentro de la atención pública a la Salud Mental de una nueva licenciatura con aplicaciones clínicas: la Psicología (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). La Reforma supuso un franco incremento de la presencia de psicólogos en la asistencia pública. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, el número pasó de una presencia testimonial a principios de los ochenta, a 1039 psicólogos en 1994 y 2,7 psicólogos del Sistema Público de Salud por 100.000 habitantes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998a). Esta presencia no es homogénea entre comunidades autónomas, como tampoco ha sido

homogéneo el desarrollo del programa de reforma (Vázquez-Barquero y García, 1999).

Diversos hitos marcan una progresiva adquisición de competencias que han conducido al estado actual de implantación de la psicología en ámbitos sanitarios: Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985), la Ley General de Sanidad (LEY 14/1986), Documento Marco sobre el sistema de formación PIR elaborado por el COP (Olabarria, 1990), primera convocatoria nacional de plazas PIR (1993), Real Decreto para el establecimiento de la especialidad de Psicología Clínica (REAL DECRETO 2490/1998), Orden Presidencial para la regulación de las vías transitorias de acceso al Título de Especialista (1107/2002), Resoluciones del Tribunal Supremo favorables a la Especialidad de Psicología Clínica frente a los recursos presentados por asociaciones médicas (Sentencia del Tribunal Supremo de 1/10/2002), entre otros. Una semblanza de este proceso puede hallarse en Laviaña, 1998 y Olabarria, 1997.

Por lo que respecta al Programa de Formación especializada PIR, el interés que despierta entre los licenciados en psicología no ha decaído en los últimos años. Ello se aprecia en el número de psicólogos que deciden anualmente presentarse al examen (1378,4 solicitudes de media en las convocatorias 1996-2001, Centro de Documentación y Oposiciones, CEDE, 2002). Sin embargo, es probable

Correspondencia: Javier Virués Ortega. Hospital Universitario Neurotraumatológico, Comunidad Terapéutica. Ctra. de Madrid, s/n. 23009 Jaén. España. E-mail: virues@superable.es

que muchos nunca superen este examen a causa del reducido número de plazas ofertadas, la ratio entre debutantes y plazas ofertadas nunca ha sido inferior a 20 contra 1.

De entre los diversos sistemas de información que en la Red de Salud Mental existen (Bravo et al., 2000; Gil, 1999) ni la actividad del psicólogo, ni la actividad del residente han sido objeto de evaluación sistemática. Es por ello que, excepción hecha de ocasionales descripciones de carácter informal e individual (Ladrón et al., 1998; Mondragón, Carballo y Cobos, 2001), existe un enorme vacío en el conocimiento preciso de la labor asistencial que estos profesionales realizan. En otras investigaciones, donde se ha evaluado la actividad de la Psicología Clínica en nuestro país, su rol dentro de la Sanidad no ha sido considerado extensamente (Buela-Casal et al., 1993; Buela-Casal, Sierra y Carroblés, 1995; Santolaya et al., 2002). Este vacío es, en nuestra opinión, lastimoso, ya que, priva de una valiosa prueba sobre la que aupar la progresiva equiparación con otros facultativos que los psicólogos clínicos se esfuerzan por llevar a cabo. Por otra parte, impide que la labor de los psicólogos en un ámbito tan extraordinario (por sus características asistenciales y de funcionamiento), sea conocida comúnmente por otros psicólogos y especialmente por otros profesionales que pueden valerse del Psicólogo Clínico y no lo hacen porque sencillamente desconocen los pormenores de su labor profesional. Finalmente, esta ausencia de información es lesiva porque dificulta a aquéllos que desempeñan algún rol decisorio programar racionalmente las políticas que conduzcan a obtener progresivamente una situación más conveniente para profesionales y usuarios.

Por estas razones los autores llevaron a cabo una evaluación a escala nacional de un grupo de áreas temáticas que ofrecieran una visión mínima sobre qué es lo que realizan los residentes PIR en los hospitales y por extensión qué es lo que hacen los tutores y supervisores que detentan responsabilidad docente sobre ellos y hacen las veces de modelos de comportamiento clínico.

SISTEMA PIR Y RED DE SALUD MENTAL

En 1996 la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996) edita la Guía de Formación de Especialistas. En este documento se establecen los mínimos de la formación especializada en Psicología Clínica y se regulan los dispositivos por los que el residente debe realizar estancias o *rotaciones* y el tiempo de tales estancias. En estas rotaciones el residente tendrá asignado uno o varios supervisores de rotación encargados de su docencia, mientras que a lo largo de todo el periodo formativo existe la figura de *tutor de la residencia* con iguales funciones desde un punto de vista más amplio. En el Programa de Formación antes mencionado se hace referencia explícita

al circuito de formación que debe seguir el residente. Éste comprende rotaciones por *Centros de Salud Mental*, *Unidades de Salud Mental Infantil*, *Unidades de Psiquiatría* y *Unidades de Rehabilitación*. Muy sucintamente las prioridades asistenciales de estos dispositivos son psicopatología de adultos, psicopatología infantil, psicopatología aguda y rehabilitación y reinserción social respectivamente (una descripción puede hallarse en la literatura; Instituto Andaluz de Salud Mental, 1990; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS Y PROCESO DE ACCESO A LA MUESTRA

Se establecieron nueve áreas temáticas que serían objeto de evaluación en el presente trabajo: 1) características del proceso de acceso a la formación PIR; 2) actividad clínica de los especialistas en formación; 3) recepción de docencia teórica y actividad investigadora de los especialistas en formación; 4) características asistenciales de los dispositivos; 5) disponibilidad de recursos materiales; 6) actividad clínica de los psicólogos con actividad docente sobre los psicólogos residentes; 7) relaciones entre profesionales con responsabilidad clínica dentro de un mismo dispositivo; 8) presencia relativa de modelos psicoterapéuticos y actividad clínica característica; y 9) dificultades percibidas por los residentes en el desarrollo de la formación especializada. Estas áreas fueron desglosadas en un número de variables que a su vez fueron implementadas en un cuestionario C-PIR (Virués, 2003), que constituyó el instrumento de recogida de información. En la construcción del cuestionario primó, en la medida de lo posible, la adaptación a la diversidad de los dispositivos de Salud Mental de la red sanitaria española a objeto de que pudiera ser cumplimentado por residentes de diversas comunidades. Por motivos de espacio y de unidad temática no se tratarán en este informe los resultados referidos a las áreas evaluadas 4, 5 y 7. Un informe exhaustivo de todos los resultados está disponible en Virués (2003).

En la realización de la presente investigación la mayor dificultad consistió en el acceso a una muestra con unas garantías mínimas de representatividad a causa de la dispersión de las personas objeto de nuestro interés. Las plazas provistas anualmente han variado en los últimos tres años entre 67 y 70 (Centro de Documentación y Oposiciones, CEDE, 2002). Ello significa que en ocasiones sólo existen dos o tres residentes por provincia y éstos pueden estar dispersos por distintos dispositivos, ubicados a su vez en distintas localidades. A objeto de superar esta dificultad se establecieron tres vías de acceso a la muestra: 1) base de datos de los asociados a la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR); 2) lista de hospitales que ofertan plazas PIR publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2003b) que junto con el Catálogo



go Nacional de Hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003a) permiten tener contacto con los hospitales y dispositivos de interés; y 3) el contacto directo con los residentes asistentes a las *IV Jornadas Nacionales de la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes* (Madrid, Mayo de 2002). Como media se obtuvo un porcentaje de contestación del 54,18% una vez se realizaba el contacto personal. En el caso de que ésta se realizara por teléfono (las dos primeras vías de acceso) el número medio de llamadas realizadas por cada cuestionario devuelto y cumplimentado correctamente fue de 6,27. Una vez efectuado el contacto con el PIR se le presentaban un número de comentarios de cara a favorecer su motivación y su implicación en este proyecto. Una vez concluida esta exposición motivacional se recogían los datos personales para remitir el cuestionario por correo.

Muestra

Los criterios para poder cumplimentar el instrumento de recogida de datos fueron el haber iniciado el período de formación especializada PIR entre los años 1999 y 2001. El proceso de recogida de datos se realizó entre enero de 2002 y mayo de 2003. Se obtuvieron un total de 42 colaboraciones válidas. Los participantes tenían una edad media de 27,95 años ($d.t.=3,51$), el 71,4% fueron mujeres y el 26,2% restantes fueron hombres. Según los criterios de inclusión que apuntamos la población total de residentes correspondiente a esos años es de 208 personas. De acuerdo a las 69,33 plazas que como media se ofertaron esos años; esta muestra, pese a ser incidental, abarca el 20,19% de la población. No obstante, las conclusiones extraídas de los datos obtenidos deben considerarse a la luz de la representatividad relativa de la muestra obtenida.

Mediante la cumplimentación del C-PIR por los participantes se obtuvieron evaluaciones de 165 dispositivos diferentes de Salud Mental: el 29,7% de ellos fueron Centros de Salud Mental, el 15,2% fueron Unidades de Psiquiatría, el 14,5% Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, el 13,9% Unidades de Rehabilitación, el 6,7% Centros de Día, el 5,5%, Centros de Drogodependencias y el 14,5% restantes Otros Dispositivos. Como media cada residente aportó información sobre 3,93 dispositivos. En el presente estudio obtenemos información del 61,76% del total de 68 áreas docentes con formación PIR acreditadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003b). Estás áreas evaluadas corresponden a las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y Valencia.

DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS POR ÁREAS EVALUADAS

Dado el carácter descriptivo de este estudio los resultados han sido obtenidos en su práctica totalidad median-

te el cálculo de estadísticos de tendencia central y dispersión en función del nivel de medida de las variables. En ocasiones los resultados se agrupan en función del dispositivo. Se realizaron contrastes no paramétricos y procedimientos especiales de escalamiento sobre aspectos puntuales del estudio.

Características del proceso de acceso a la Formación especializada

Los resultados muestran que los residentes que accedieron a la plaza PIR invirtieron una media de 11,92 meses ($d.t.=6,84$) en la preparación del examen siendo necesarias una media de 1,73 presentaciones ($d.t.=0,81$) para obtener una plaza de formación. Esto constituye sin duda un coste elevado para la obtención de una relación contractual de tres años de duración, especialmente si consideramos que es probable que la mayoría de las personas que se prepara el examen no llegue a aprobarlo.

Sobre el proceso de preparación del examen el 57,1% de los residentes requirió de los servicios de una academia, de entre ellos el 57,7% lo hizo en modalidad presencial, el 11,5% en modalidad semipresencial y el 30,8% restante a distancia. Hasta un 52,5% de los residentes que finalmente consiguieron una plaza estudiaron entre 6 y 8 horas diarias.

Otra área sobre la que hemos inquirido a los participantes es el grado de utilidad percibida que dan a la enseñanza universitaria tanto de cara a la preparación del examen PIR, como a la posterior actividad clínica que desempeñan. En este sentido, un 35% de los participantes consideró que para la preparación del examen entre el 20 y el 40% de la materia no había sido vista previamente durante el ciclo universitario. Otro 52,5% consideró que esta materia era en todo caso inferior al 20%. En respuesta a qué proporción de los contenidos vistos a lo largo de la carrera consideran innecesarios para su actual actividad clínica un 19,5% consideró que esta proporción se encontraba entre el 60 y el 40% de toda la materia estudiada en la universidad, mientras que otro 34,1% consideró que esta cantidad de materia estaba entre el 40 y el 20%. Acerca de la calidad de la formación teórica recibida durante la carrera sólo un 41,4% de los residentes consideró que era de calidad buena u óptima. Por lo que respecta a la calidad de la formación práctica adquirida durante el ciclo universitario sólo un 4,9% consideró que era buena o muy buena mientras que el 65,8% consideró que era mala o muy mala.

Parece lícito inferir que una proporción significativa de los residentes evaluados, personas todas ellas que han concluido su ciclo universitario muy recientemente y que se enfrentan a diario con trabajo clínico, estiman de manera altamente frecuente que en los estudios universitarios hay una presencia insuficiente de docencia de asignaturas clínicas y de actividades prácticas. Esta queja se hace más significativa considerando que hasta un

68,36% de psicólogos profesionales se dedican exclusivamente a actividades clínicas (Santolaya et al., 2002).

Actividad clínica de los especialistas en formación

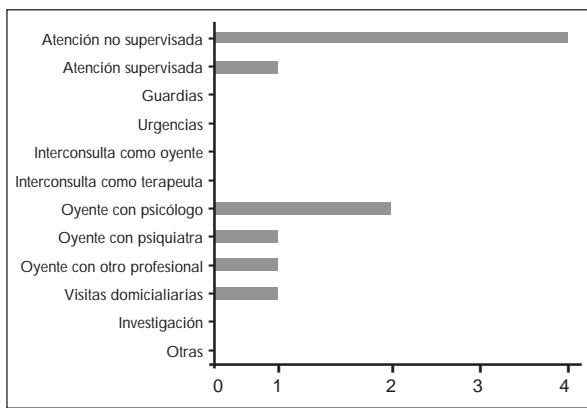
Presentamos estos datos de forma global, en función del tipo de dispositivo de Salud Mental (Figura 1) y en función del *grado de experiencia* del residente (Figura 2). Hemos operativizado el *grado de experiencia* según el número de rotaciones ya realizadas. En esta forma un grado de experiencia bajo se establece para la primera y segunda rotación; un grado de experiencia moderado se establece para la tercera y cuarta rotación y un grado de experiencia alto se considera para la rotación quinta y sucesivas. Presentamos los resultados como mediana de tiempo invertido por actividad.

En términos generales las actividades más representativas de la labor del residente son la atención clínica a pacientes no supervisada por ningún profesional con

una mediana general de 5 a 10 horas semanales invertidas en esta actividad y la asistencia a sesiones clínicas como oyente con un psicólogo con igual mediana. Otras tres actividades presentan una mediana de 1 (equivalente a cinco o menos horas semanales) que son la atención a pacientes supervisada por el supervisor de la rotación, la asistencia a sesiones clínicas con un psiquiatra y la asistencia a sesiones clínicas con otro profesional.

Si consideramos la mediana de la duración de estas mismas actividades, pero en función del *grado de experiencia* del residente, obtenemos un resultado considerablemente paradójico y es que la mediana de atención a pacientes no supervisada es mayor cuando los niveles de experiencia son menores. Concretamente una duración, según la mediana, de 10 a 15 horas semanales, la mayor dentro de todos los grados de experiencia posibles. Por el contrario, la atención supervisada presenta un valor superior cuando el grado de experiencia es superior

Figura 1a
Actividad desarrollada por los residentes en función del tipo de Unidad de Salud Mental



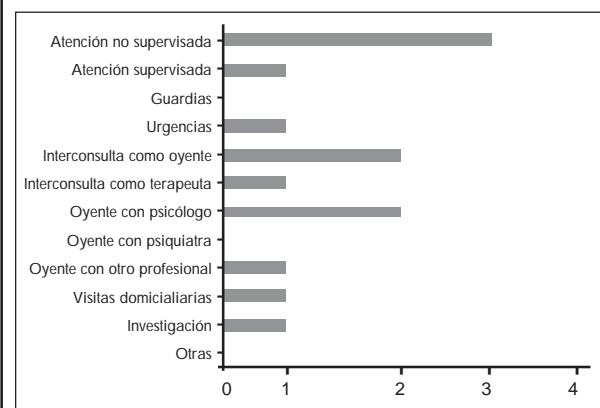
Centro de Salud Mental



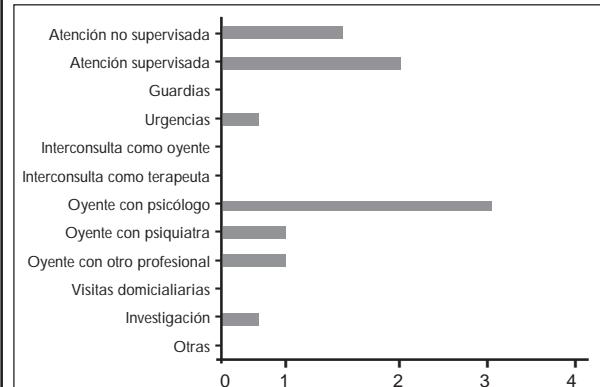
Unidad de Psiquiatría

Mediana de horas semanales. 0 = 5 horas ó menos; 1 = entre 5 y 10 horas;

Figura 1b
Actividad desarrollada por los residentes en función del tipo de unidad de Salud Mental



Centro de Salud Mental



Unidad de Psiquiatría

Mediana de horas semanales. 0 = 5 horas ó menos; 1 = entre 5 y 10 horas;



(Figura 2). Esto supone una contradicción pedagógica pues de ello parece concluirse que la tutoría del residente es mayor cuando tiene más experiencia y su atención a pacientes sin la supervisión de un profesional experto es máxima precisamente cuando su experiencia es menor. Ello probablemente pueda deberse a la mayor saturación asistencial de los Centros de Salud Mental que son los dispositivos por los que preferentemente se rota en primer lugar.

Consideramos ahora la actividad del PIR en función del tipo de dispositivo (Figura 1). Los Centros de Salud Mental, son el dispositivo estrella (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996), tanto por el tiempo en el que el residente permanece en ellos (más del 33% del período formativo), como por la cantidad de trabajo que en él desarrolla. En estas unidades la actividad que más realizan los residentes, con notable diferencia, es la atención a pacientes no supervisada (*Mediana* = 4; "15 a 20 horas semanales"). La segunda en importancia es la asistencia a sesiones clínicas con un psicólogo supervisor con una mediana correspondiente a "5 a 10 horas semanales". Destaca la práctica ausencia de actividades como la atención a urgencias, guardias, interconsultas y actividades de investigación. En las Unidades de Psiquiatría las tres actividades que presentan una mediana correspondiente a 2 (equivalente a 5 a 10 horas semanales) son la atención a pacientes no supervisada, la asistencia a actividades de interconsulta como oyente y la asistencia a sesiones clínicas con un psiquiatra. Hay que destacar que en la mayoría de los casos en estas unidades las labores de supervisión las ejerce un psiquiatra al no haber psicólogo en el personal de la unidad. Las Unidades de Rehabilitación reproducen un patrón de actividad parecido al de los Centros de Salud Mental (Figura 1). Por último, las Unidades de Salud Mental Infantil se invierte el patrón antedicho aumentando la tutoría (*Mediana* = 2; "5 a 10 horas semanales") y aumentando el número de horas semanales invertidas en la asistencia como oyente a sesiones clínicas con un psicólogo (*Mediana* = 3; "10 a 15 horas semanales"), estos dos aspectos parecen caracterizar significativamente estas unidades.

Estos resultados nos indican en primer lugar un nivel moderado-bajo de supervisión especializada de las actividades del residente y una prematura adquisición de responsabilidades. Por otra parte, parece que mientras el grado de actividad clínica supervisada se mantiene constante entre los diversos dispositivos, la actividad clínica no supervisada varía ostensiblemente según el tipo de unidad, en nuestra opinión la saturación asistencial de cada dispositivo puede estar modulando este último hecho.

Actividad investigadora y recepción de docencia teórica por parte de los especialistas en formación

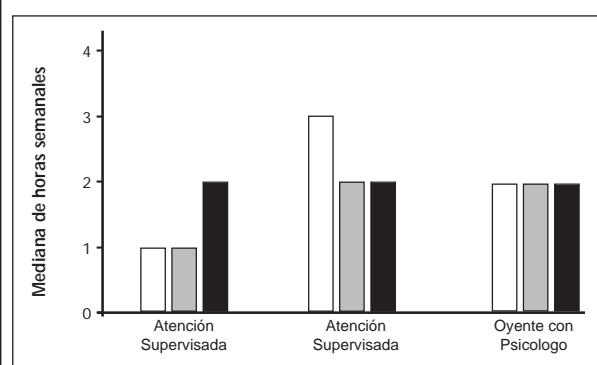
En este apartado presentamos una amplia evaluación de los supervisores de rotación, fundamentalmente psicoló-

gos clínicos, que tienen responsabilidad docente sobre la formación de los PIR en los diversos dispositivos en los que realizan rotaciones.

Según la valoración subjetiva realizada por los residentes participantes, la tutoría de casos clínicos concretos responsabilidad del residente es alta en un 27,3% de las ocasiones y baja en un 24,7%. Esta supervisión se considera moderada en un 36,4% de ocasiones. Proporciones equiparables se encuentran para los casos de aportación de información en caso de petición y para la supervisión general de todas las actividades. Por otra parte, según nuestros datos, el supervisor ofrece docencia teórica a los residentes a su cargo sólo en un 37,0% de las ocasiones. Las revisiones bibliográficas tienen presencia en el 22,9% de los casos.

Ya a nivel institucional la responsabilidad docente de los especialistas en formación depende de las llamadas *Comisiones de Docencia*. Uno de nuestros intereses era obtener alguna información sobre el estado de funcionamiento de estos dispositivos y si su actuación se adecua a los mínimos que establece la ley (ORDEN de 22 de junio de 1995). El funcionamiento general de estas comisiones fue evaluado casi en igual proporción como deficitario o adecuado (48,6% versus 45,7%), es decir, en aproximadamente la mitad de los casos objeto de nuestro trabajo el funcionamiento fue deficitario. De acuerdo al texto legal que las regula, los miembros de estas entidades (usualmente los tutores de las especialidades más prevalentes dentro de una residencia sanitaria) deben reunirse al menos en cuatro ocasiones anuales para resolver la multitud de dificultades que la actividad docente plantea (ORDEN de 22 de junio de 1995). Según nuestra muestra, la periodicidad de las reuniones de estas comisiones se ajustó a lo legalmente

Figura 2
Actividad desarrollada por los residentes en función del grado de experiencia



Blanco. Experiencia baja.

Gris. Experiencia moderada.

Negro. Experiencia alta.

Mediana de horas semanales. 0 = 5 horas ó menos; 1 = entre 5 y 10 horas; 2 = entre 10 y 15 horas; 3 = entre 15 y 20 horas; 4 = más de 20 horas.

establecido tan sólo en el 30,8% de los casos (cuatro o más reuniones anuales). Otra prescripción legal es la de la organización, por parte de la comisión, de actividades docentes formales dirigidas a los residentes; en este sentido el 52,8% de los residentes que participaron en este estudio estimaron que la frecuencia con que la comisión organizaba actividades docentes era escasa o nula. Y sobre la calidad de estas actividades los residentes consideraron en el 74,2% de las ocasiones que la calidad era moderada o baja y excelente tan sólo en el 22,6% de las ocasiones. Estos nuevos datos nos ofrecen conclusiones poco alentadoras sobre la calidad de la docencia especializada en Psicología Clínica por lo que a la diligencia de las Comisiones de Docencia se refiere. No obstante, nuevamente aquí hemos de recordar la representatividad relativa del trabajo presentado.

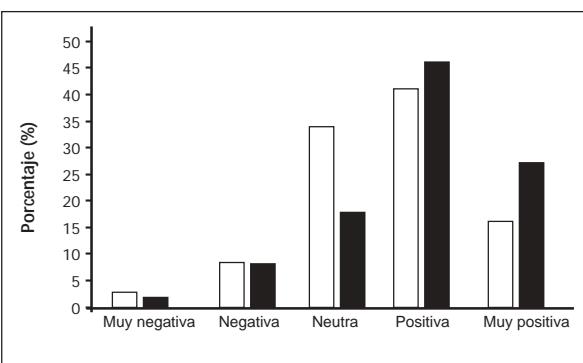
A continuación pasamos a considerar la evaluación que realizaron los residentes de los supervisores de las rotaciones sobre su capacidad docente, su valoración como terapeutas y su valoración general. En particular, la valoración de los supervisores como docentes fue positiva o muy positiva en el 57,8% de los casos, mientras que la valoración de los supervisores como terapeutas fue positiva o muy positiva en el 73,1% de los casos (Figura 3). Según nuestros datos, la valoración de los supervisores en calidad de terapeutas tiene mayor impacto en la valoración general que la valoración de los supervisores en calidad de docentes. Concretamente, realizando los contrastes pertinentes, observamos que la valoración general no es diferente de la valoración como terapeutas ($Z = -1,677$; $p = 0,93$), mientras que la diferencia entre la valoración docente y terapéutica de los supervisores resulta ostensible ($Z = -4,868$; $p < 0,001$). La tendencia general es dar evaluaciones más elevadas en la capacidad terapéutica que en la capacidad docente de los supervisores. Parece que los supervi-

sores son evaluados positivamente por los residentes y que en esta valoración general influye especialmente su actividad terapéutica.

Parece existir una relación entre la cantidad de trabajo docente que realizan los supervisores y su valoración como terapeutas. La cantidad de trabajo docente se calculó sumando en una nueva variable un punto por cada actividad docente realizada por el supervisor (seguimiento de casos clínicos, aporte de información, tutoría general, docencia teórica, investigación y revisiones bibliográficas). Observamos que, en el caso de las valoraciones positivas y muy positivas, hay una relación con la cantidad de trabajo docente que hace el supervisor. De hecho, los análisis estadísticos de la valoración terapéutica agrupados por la cantidad de trabajo en función de que fuera *Bajo*, *Medio* o *Alto* (*Bajo*=1 a 4 puntos; *Medio*=5 a 8 puntos; *Alto*=9 a 12 puntos) concluyeron que este efecto se daba tan sólo para las valoraciones "positivas" ($\chi^2 = 11,108$; $p < 0,05$) y "muy positivas" ($\chi^2 = 13,351$; $p = 0,001$).

Un último comentario que traemos a colación en este apartado son los resultados obtenidos sobre la presencia de actividades de investigación, que ya mencionábamos previamente. Las referencias legales que hacen mención al interés e incluso necesidad del desarrollo de actividades de investigación dentro del marco sanitario, en general, y dentro de los períodos de formación especializada, en particular es amplio (DECRETO 448/1988; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). Consideremos, en cambio, un dato obtenido; en el 78,4% de los dispositivos en los que realizan los residentes PIR sus estancias no se realiza ningún tipo de investigación. Ello implica la pérdida de una importante oportunidad formativa especialmente si consideramos la accesibilidad a muestras clínicas que existe en estos contextos.

Figura 3
Valoración de los supervisores de rotación realizada por los residentes



Blanco = Valoraciones del supervisor como docente.
Negro = Valoraciones del supervisor como terapeuta.

Actividad clínica de los tutores y supervisores con responsabilidad docente sobre los especialistas en formación

Uno de los intereses del presente trabajo fue caracterizar la actividad clínica, tanto a nivel de evaluación como de tratamiento de los supervisores de las rotaciones. Se contemplaron 14 actividades de evaluación y 12 de tratamiento (Figura 4) en sendas variables ordinales de cuatro niveles (0 = *no se aplica*; 1 = *aplicación rara*; 2 = *aplicación frecuente* y 3 = *aplicación sistemática*).

Los resultados generales muestran que la observación, la entrevista no estructurada y la entrevista semiestructurada son las únicas tres técnicas que alcanzan una "Aplicación frecuente". Presentan un uso escaso las restantes y no se aplican técnicas psicofisiológicas y subjetivas (Figura 4). Considerando los dispositivos de mayor importancia; los autorregistros están presentes de manera frecuente en Centros de Salud Mental y Unidades de



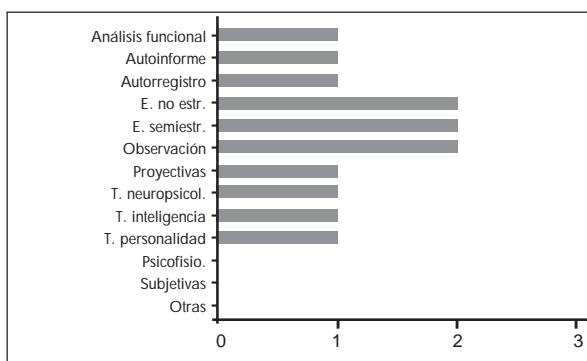
Rehabilitación. Es de destacar la ausencia del Análisis Funcional de la Conducta en todos los dispositivos importantes (Centros Salud Mental, Unidades de Psiquiatría y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil) a excepción de las Unidades de Rehabilitación donde presenta una "Aplicación rara". Las técnicas proyectivas están presentes en todos los dispositivos a excepción de las Unidades de Rehabilitación y las Unidades de Psiquiatría. Destaca su presencia en las Unidades de Salud Mental Infantil donde alcanzan una "Aplicación frecuente". Observamos una notable disparidad entre los dispositivos en la variedad y cantidad de técnicas de evaluación aplicadas aunque no se han realizado contrastes estadísticos a este respecto. Hay que resaltar que el uso de la entrevista coincide con los resultados de Peñate y González (1995) quienes pusieron de manifiesto que esta técnica es la más utilizada entre los psicólogos clínicos que trabajan en el Sistema Público de Salud y también entre los psicólogos que se dedican a la práctica clínica privada.

Con referencia a los procedimientos terapéuticos, a nivel global (Figura 5) observamos que el consejo psicológico, y la terapia de grupo, alcanzan una mediana correspondiente a "Aplicación frecuente", mientras que procedimientos conductuales, la terapia cognitiva de Beck y la terapia sistémica alcanzan una mediana correspondiente a una "Aplicación rara". Otras técnicas de intervención se mantienen a un nivel de "Aplicación nula" (*Mediana = 0*), entre ellas los tratamientos psicodinámicos, constructivistas y humanistas entre otros. Considerando estos datos en función del tipo de dispositivo; en las Unidades de Psiquiatría observamos una primacía del consejo psicológico (*Mediana = 1,5*) y técnicas conductuales que llegan al nivel de "Aplicación rara". Hay una práctica ausencia de otras aproximaciones (*Mediana = 0*). Con relación a los Centros de Salud Mental hay una presencia mayor de abordajes psicoterapéuticos y una mayor diversidad de

ellos. No obstante, análogamente al dispositivo anterior, el consejo psicológico es el abordaje de mayor presencia (*Mediana = 2*). Seguidamente, aproximaciones dinámicas y cognitivas del tipo de la terapia de Beck alcanzan una mediana igual a 1,5. Técnicas humanistas, conductuales, de grupo y otras cognitivas alcanzan el nivel de "Aplicación rara". Otras aproximaciones están ausentes por lo que respecta al valor de la mediana. En las Unidades de Rehabilitación los dos procedimientos de tratamiento más frecuentes son técnicas conductuales y terapias de grupo que alcanzan un nivel de "Aplicación sistemática". Técnicas cognitivas como la de Beck tienen también una "Aplicación frecuente". En las Unidades de Salud Mental Infantil el Consejo Psicológico es el único abordaje terapéutico que alcanza el nivel de "Aplicación frecuente". Tienen una presencia "rara" procedimientos sistémicos, dinámicos, de grupo y conductuales. Destacamos por tanto, una escasa variedad y frecuencia de aplicación de abordajes de tratamiento reglados en estos dispositivos.

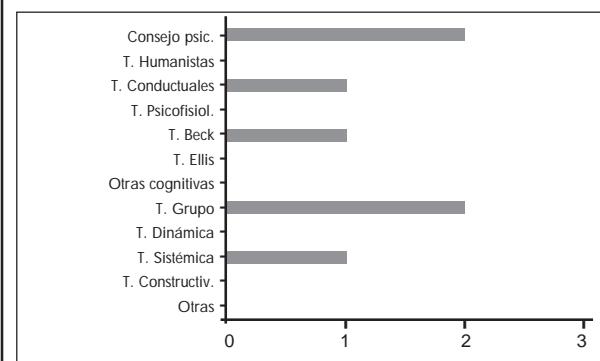
Estos resultados arrojan información preliminar sobre la labor que los psicólogos que realizan trabajo clínico en la Sanidad Pública y tienen competencia docente sobre el Sistema PIR. A primera vista, observamos gran diversidad de técnicas aplicadas lo que se asocia con la ausencia de medianas elevadas, no obstante se detectan procedimientos característicos de cada dispositivo. Ello puede interpretarse como una adaptación de la actividad terapéutica a las características asistenciales de los dispositivos. Por ejemplo, en el caso de las Unidades Infantiles el mayor contacto con la familia puede explicar la mayor adopción de procedimientos de Consejo Psicológico y de Terapia Sistémica. Por otra parte, las Unidades de Psiquiatría debido a ser dispositivos de estancia breve, las actividades terapéuticas consisten especialmente en la farmacología y el consejo psicológico, sin que exista oportunidad de realizar tratamientos más

Figura 4
Aplicación de procedimientos de evaluación psicológica por los supervisores de rotación



Mediana de grado de aplicación. 0 = No se usa; 1 = Aplicación rara; 2 = Aplicación frecuente; 3 = Aplicación sistemática.

Figura 5
Aplicación de procedimientos terapéuticos por los supervisores de rotación



Mediana de grado de aplicación. 0 = No se usa; 1 = Aplicación rara; 2 = Aplicación frecuente; 3 = Aplicación sistemática.

prolongados. En las Unidades de Rehabilitación el fomento de habilidades de autocuidado básico y el objetivo principal de reintegración social pueden estar a la base de la mayor presencia de aproximaciones conductuales y de terapia de grupo. Finalmente en los Centros de Salud Mental al repetirse el patrón de saturación asistencial y de escasez temporal que hemos mencionado para las Unidades de Psiquiatría encontramos, al igual que en aquellas, una mayor presencia del consejo psicológico como procedimientos de aplicación breve.

Orientaciones teóricas: presencia relativa de modelos psicoterapéuticos y actividad clínica y docente característica

Presentamos a continuación los porcentajes de supervisores de rotación que se adscriben a un determinado modelo o escuela psicológica. Realizaremos también algún comentario sobre la especificidad de estas adscripciones para pasar luego a comentar qué labor clínica, tanto a nivel evaluativo como terapéutico se corresponden preferentemente con cada modelo. El modelo más frecuente entre los psicólogos clínicos supervisores es el Cognitivo-Conductual que abarca un 37,55% de los casos, a continuación la presencia de supervisores de Orientación Dinámica alcanza en nuestros datos un 29,04%, en tercer lugar hay un 20,63% de Eclécticos y un 11,32% de supervisores de Orientación Sistémica (no se han considerado para estos cálculos el 10,8% de supervisores que son psiquiatras, ubicados fundamentalmente en Unidades de Psiquiatría). La orientación conductual en sentido estricto tiene una presencia testimonial del 0,67%. Comparando estos datos con los obtenidos para Psicólogos Clínicos en general (Santolaya et al., 2002) observamos que, pese a que el orden de frecuencia de las orientaciones es el mismo (Tabla 1), los Modelos Cognitivo-Conductuales tienen una menor presencia (62,29% frente a 37,55%) a favor de Modelos Psicodinámicos, Eclécticos y Sistémicos. Esta diferencia puede deberse a una mayor influencia en estos ámbitos de la psiquiatría en la que estos modelos tienen una ma-

yor implantación. Por otra parte la mayor presencia del eclecticismo puede interpretarse como el resultado de la necesidad de comunicación entre profesionales con diversos bagajes teóricos y académicos.

El C-PIR hace preguntas directas sobre la especificidad de los modelos teóricos de adscripción. Con ello nos referimos, por ejemplo, a si un supervisor de Orientación Sistémica practica el *enfoque estructural de Minuchin* y no el propio de la *Escuela de Milán* y así sucesivamente. En este sentido, cada cuestionario aporta una lista bastante amplia de modelos psicoterapéuticos para que los residentes puedan cumplimentar esta parte del cuestionario (Virués, 2003). Nuestros datos muestran una muy baja especificidad de los modelos de adscripción. Con ello queremos significar que los profesionales, pese a vincularse a un modelo teórico particular no se adscriben a "submodelos". De hecho, sólo en el 4,4% de los dispositivos evaluados se informó de que el supervisor practicara al menos un modelo específico dentro de una escuela determinada.

Estudiamos también la actividad clínica característica de cada orientación teórica a objeto de comprobar, por un lado, qué tipo de actividad clínica es característica de cada modelo y, en segundo lugar, observar qué correspondencia existe entre la adscripción y la labor clínica real. Comenzando por los procedimientos de evaluación; los profesionales de Orientación Cognitivo-Conductual realizan una "Aplicación sistemática" de entrevistas de tipo semiestructurado y una "Aplicación frecuente" de análisis funcional, autoinforme, autorregistros y observación. Los profesionales de Orientación Psicodinámica se caracterizan por una "Aplicación frecuente" de entrevistas no estructuradas y semiestructuradas. En este caso, resulta chocante el uso de entrevistas semiestructuradas, así como el hecho de que las técnicas proyectivas sólo alcancen el nivel de "Aplicación rara". Los profesionales de Orientación Sistémica se caracterizan por una "Aplicación sistemática" de entrevistas semiestructuradas y una "Aplicación frecuente" de entrevistas no estructuradas. Este caso, siendo más con-

Tabla 1
Distribución de orientaciones teóricas en Psicólogos Clínicos y
Psicólogos Clínicos del Sistema Público de Salud

Orientación teórica	Psicólogos Clínicos* (%)	Psicólogos Clínicos Sanitarios (%)
Modelos Cognitivo-Conductuales	62,29	37,55
Modelos Psicodinámicos	17,32	29,04
Eclécticos	9,69	20,63
Orientación Sistémica	5,34	11,32
Otros	5,36	1,46

* Según Santolaya, Berdullas y Fernández-Hermida (2002)



gruente que el anterior, vuelve a llamar la atención, pues los procedimientos de observación, que tienen alta relevancia teórica en este modelo, sólo llegan al nivel de "Aplicación rara". Con relación a las actividades terapéuticas características de los profesionales (psicólogos clínicos supervisores) en función de su modelo teórico; los profesionales cognitivo-conductuales realizan una "Aplicación frecuente" de procedimientos conductuales y cognitivos, especialmente la terapia de Beck, terapia de grupo y consejo psicológico. Llama la atención, sin embargo la ausencia, prácticamente total, según nuestros datos, de procedimientos psicofisiológicos. En el caso de los terapeutas de adscripción ecléctica solo el consejo psicológico alcanza una mediana correspondiente a una "Aplicación frecuente". Estos datos son, no obstante, difíciles de interpretar dado que la heterogeneidad de la labor de estos profesionales hace difícil encontrar medianas elevadas en ninguna de las actividades contempladas. Por su parte, los profesionales de adscripción psicodinámica aplican de manera frecuente el consejo psicológico y las terapias psicodinámicas. Llama la atención que para estos profesionales la aplicación de técnicas conductuales alcance el nivel de "Aplicación rara". La notable presencia de aproximaciones dinámicas en el Sistema Público de Salud parece no ser excluyente con el *status legal* establecido en el Real Decreto 63/1995 de prestaciones sanitarias que explícitamente excluye la aplicación del psicoanálisis de la cobertura pública, siempre que entendamos que la Ley se refiere a *psicoanálisis clásico*. Finalmente los profesionales de adscripción sistemática se caracterizan por procedimientos de intervención en grupo, terapias sistémicas y terapias de orientación dinámica. Estas tres aproximaciones alcanzan en estos profesionales un nivel de "Aplicación frecuente". Este es, tal vez, el caso más obvio de incongruencia entre la adscripción a un modelo determinado y su aplicación real, dado que en este caso la aplicación de un modelo distinto, como lo es el psicodinámico con relación al sistémico, presentan un valor de aplicación equiparable.

Finalmente, aportamos algunos datos sobre la posible relación existente entre la valoración que los residentes hacen de los supervisores en calidad de terapeutas y el hecho de que comparten o no el modelo teórico de adscripción. Encontramos que las valoraciones "muy positivas" son más frecuentes cuando el modelo entre el supervisor y el residente coinciden. Las valoraciones fueron agrupadas en función de la coincidencia o no de modelos y se realizó un test Chi-Cuadrado. Los resultados mostraron que la distribución de los casos no fue homogénea en el caso de las valoraciones "neutrales" donde hay una mayor tendencia a no compartir la orientación ($\chi^2 = 9,143$; $p < 0,05$) y estuvo cercana a la significación estadística en el caso de las valoraciones "muy positivas" ($\chi^2 = 7,118$; $p = 0,08$) en las que había una

tendencia a compartir el modelo. En este mismo sentido nos preguntamos si la orientación teórica de los residentes se ve afectada por la de sus tutores y supervisores. Para comprobar este extremo se calcularon Coeficientes de Contingencia entre las variables orientación teórica del residente y orientación teórica del tutor de la residencia. El coeficiente no resultó significativo ($C = 0,415$; $p = 0,808$). Análogamente se calcularon los Coeficientes de Contingencia entre la orientación del residente y la orientación del supervisor de la primera y segunda rotación, a objeto de determinar si pudiera existir alguna dependencia en este sentido. Nuevamente, los Coeficientes de Contingencia resultaron no significativos ($C_1 = 0,5$; $p = 0,420$; $C_2 = 0,620$; $p = 0,667$). Según nuestros datos, no se observa dependencia entre el modelo teórico de adscripción del residente y el modelo teórico de adscripción de sus tutores y primeros supervisores, contrariamente a lo que ocurre en el ámbito de la formación universitaria de pregrado, pues si analizamos los resultados de Buela-Casal, Álvarez-Castro y Sierra (1993) y Sanz (2002) se puede comprobar que existe una clara relación entre la orientación teórica de los profesores y de los estudiantes. No obstante, no puede afirmarse que los psicólogos lleguen al sistema PIR con el modelo teórico plenamente definido.

Dificultades percibidas

Para la comparación de las *dificultades percibidas* como más relevantes en el desarrollo de la formación PIR fue añadido al C-PIR un cuestionario construido mediante el método de las comparaciones binarias de Thurstone. Los aspectos fueron seleccionados previamente mediante entrevista informal con residentes de varias áreas. Mediante el método de las comparaciones binarias se consigue el escalamiento de los ítems estudiados en un continuo psicológico (García-Cueto, 1993). La escala resultante del escalamiento de estos aspectos, en este caso *dificultades percibidas*, tiene todas las propiedades de una escala de intervalos (Barbero, 1993) con lo que son perfectamente comparables entre sí las distancias encontradas entre todos y cada uno de los aspectos. Fueron seleccionados 11 ítems correspondientes a las *dificultades percibidas* como más significativas asociadas al proceso de formación especializada. En la Figura 6 se presenta una enumeración y descripción de estos ítems, así como su representación gráfica en función del valor escalar obtenido. Los resultados muestran que la *reducida probabilidad de permanencia* en el Sistema Público una vez concluido el período de formación especializada fue el ítem con mayor valor escalar y por tanto considerado el problema de mayor relevancia. A mucha distancia, se situaron, por el siguiente orden y a poca distancia entre ellos, *bajo sueldo, escasez de recursos materiales, escasez de docencia, cualificación inadecuada de los docentes, saturación asistencial, escasez de*

actividades docentes, pocas plazas PIR ofertadas, mal clima laboral, asunción de responsabilidades clínicas de manera prematura y en último lugar examen de acceso insatisfactorio. Resulta destacable que los tres factores establecidos como de mayor trascendencia se asocie a la posición laboral del psicólogo residente, mientras que en las dificultades asociadas a la docencia los residentes parecen estar razonablemente satisfechos.

CONSIDERACIONES FINALES

Con el presente trabajo hemos querido realizar una pequeña contribución a la difusión y conocimiento de la actividad de los psicólogos clínicos dentro del marco sanitario. Pese a que los objetivos han sido razonablemente satisfechos a la luz de los resultados presentados, esta investigación no deja de estar muy ligada a la representatividad de la muestra obtenida, a la evolución histórica y al momento particular en que se ha realizado. De hecho, próximas modificaciones en la estructura del programa PIR pueden alterar ostensiblemente este panorama. Por ello, este tipo de trabajos deberían realizarse de ma-

nera diacrónica a objeto de obtener valiosos datos sobre la evolución del papel del psicólogo clínico en la Sanidad Pública y de la adecuación del proceso de formación especializada. Sobre este punto, hemos pretendido con la construcción del C-PIR, aportar una alternativa a esquemas establecidos de sistemas de información en Salud Mental (Bravo et al., 2000; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998b) en los que se hace un menor énfasis en aspectos específicos de la Psicología Clínica.

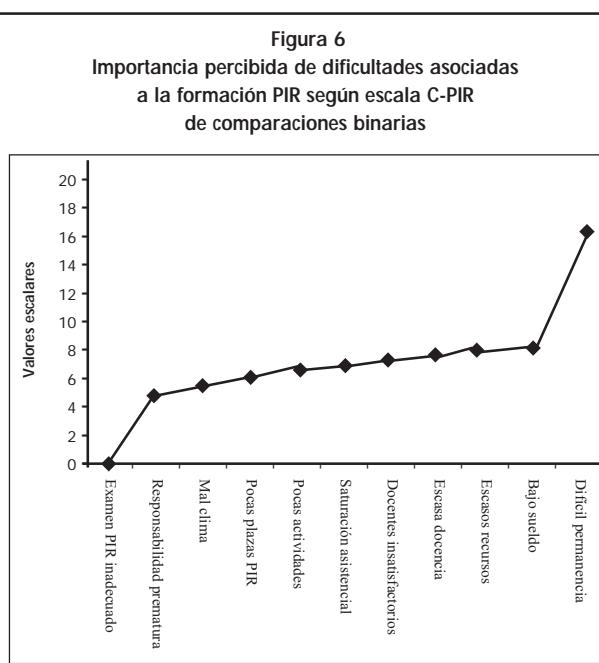
Tal como se ha puesto de manifiesto en la revisión de resultados, no siempre es posible obtener conclusiones optimistas en la valoración de los datos obtenidos. Los resultados de la evaluación de la calidad de la docencia son tal vez el punto más comprometido. Los datos que aportamos podrían ayudar a ulteriores ajustes. Por poner un ejemplo, el hecho, puesto de manifiesto en este informe, de que la cantidad de atención no supervisada a pacientes es mayor precisamente en los primeros momentos del período formativo y menor al final, mientras que la atención supervisada experimenta el patrón opuesto, es un dato que contradice todas las consideraciones pedagógicas que al caso pudieran hacerse. No obstante, el residente no valora esta situación negativamente, toda vez que en la estimación de los problemas asociados al PIR muestran satisfacción en la evaluación de la adquisición prematura de responsabilidades. Pese a ello, un mayor cuidado de la figura del tutor y del supervisor en términos de reconocimientos profesionales, económicos, alivio de tiempo asistencial o facilitación de su formación, así como la implantación de un programa teórico a seguir a escala nacional podrían contribuir a incrementar la calidad de la docencia en un sistema tan valioso como es el PIR.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen enormemente la ayuda prestada por los residentes que han hecho posible este trabajo. Los autores agradecen especialmente la ayuda del Prof. Tomás Jesús Carrasco Giménez (Universidad de Granada) por sus impresiones y adiciones al C-PIR y a Alejandro González de Cárdenas (Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes) por su ayuda en el proceso de acceso a la muestra. Esta investigación ha sido financiada parcialmente por el Complejo Hospitalario de Jaén (Servicio Andaluz de Salud).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aparicio, V. (1990). PIR: La experiencia de Asturias (1983-1989). *Papeles del Psicólogo*, 43, 48-49.
- Barbero, I. (1993). *Métodos de elaboración de escalas*. Madrid: UNED.
- Bravo, M. F., Aparicio, D., Cuevas, C., Díaz, B., Eguígaray, M., de la Fuente, J., Mateos, A., Moré, M. A., Ozamiz, A., Pérez, F. y Sánchez, A. E. (2000). Hacia



Difícil permanencia = dificultad para acceder a un puesto de trabajo en el Sistema Público con posterioridad a la formación PIR; *Bajo Sueldo* = retribución insuficiente; *Escasos recursos* = limitaciones en material, espacio y actividades formativas; *Escasa docencia* = docencia insuficiente o inadecuada recibida por tutores y supervisores; *Docentes insatisfactorios* = escasa competencia percibida en tutores y supervisores; *Saturación asistencial* = actividad asistencial muy demandante; *Pocas actividades* = poca variedad de actividades realizadas por el residente; *Pocas plazas PIR* = escasez de plazas ofertadas anualmente; *Mal clima* = dificultades asociadas a las relaciones interpersonales entre los profesionales; *Responsabilidad prematura* = enfrentamiento del residente a situaciones clínicas sin la adecuada preparación produciéndose un excesivo "ensayo-error"; *Examen PIR insatisfactorio* = características inadecuadas del examen de acceso.



- una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. *Cuadernos Técnicos de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría*, 4, 1-118.
- Buela-Casal, G., Álvarez-Castro, S., y Sierra, J. C. (1992). Perfil de los psicólogos de la última promoción de las universidades españolas. *Psicología Conductual*, 1, 181-206.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Bornas, X., Tortilla, M., y Severa, M. (1993). Pasado y presente de la psicología clínica conductual en España. *Psicología Conductual*, 1, 7-34.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Carrobles, J. A. (1995). Psicología Clínica de la Salud en España: Su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 25-40.
- Centro de Estudios y Oposiciones, CEDE (2002). *Psicólogos Internos Residentes*. Documento disponible en Internet en: <http://www.cede.es/pir.php#pir>
- DECRETO 338/1988 de 20 de diciembre de ordenación de servicios de atención de Salud Mental. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 2, 43-45.
- García-Cueto, E. (1993). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Siglo XXI.
- Gil, E. (1999). Sistemas de información en Salud Mental. *Psiquiatría Pública*, 10, 301-306.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1990). *La reforma psiquiátrica en Andalucía (1984-1990)*. Sevilla: Consejería de Salud y Asuntos Sociales.
- Ladrón, A., Larraz, G., Beloso, J. J., Fernández, N., y Sanpedro, L. (1998). El sistema de formación vía PIR: Visto desde dentro. *Papeles del Psicólogo*, 69, 55-58.
- Laviana, M. (1998). Los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público. *Papeles del Psicólogo*, 69, 48-51.
- LEY 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102. Documento disponible en Internet en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/14-1986.html
- López, M. (1990). El programa de formación postgrada para la atención a la Salud Mental en Andalucía. *Papeles del Psicólogo*, 43, 43-47.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Servicio de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Guía de formación de formación de especialistas*, tercera edición, pp. 539-545. Madrid: Servicio de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1998a). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1998b). *Informe sobre la salud de los españoles*. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003a). *Catálogo Nacional de Hospitales*. Documento disponible en Internet en: <http://www.msc.es/centros/catalogo/hotecatalogo.asp>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003b). *Disponibilidad de plazas de Psicología Clínica de la convocatoria anterior*. Documento disponible en Internet en: <http://siescri.msc.es/fse/AdjudicacionPlaza>
- Mondragón, M. R., Fernández, D. J., y Serra, R. (2001). ¿Qué hacemos los PIR? *Actas de las VIII Jornadas de Equipos de Salud Mental en Andalucía*, pp. 213-230. Sevilla: Imprenta Blanca.
- Olabarria, B. (1990). Entrevista. *Papeles de Psicólogo*, 43, 24-28.
- Olabarria, B. (1997). La Psicología Clínica en los ámbitos académicos. En La Psicología Clínica en los servicios públicos. *Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2, 17, 24.
- ORDEN de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 155, 19793-19799.
- ORDEN PRESIDENCIAL 1107/2002 de 10 de mayo de 2002 por el que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 119, 17897-17902.
- Peñate, W. Y González, P. (1995). Estudio sobre los procedimientos diagnósticos de la práctica psicológica y psicopedagógica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 327-353.
- REAL DECRETO 2490/1998 de 20 de noviembre de 1998 por el que se crea y regula el título oficial de Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 288, 39538-39542.
- REAL DECRETO 63/1995 de 20 de enero de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 35, 4538-4544.
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández-Hermida, J. R. (2002). La década 1989-1998 en la Psicología Española: Análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- Sanz, J. (2002). La década de 1989-1998 en la Psicología española: Análisis de la investigación en Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico (Psicología Clínica y de la Salud). *Papeles del Psicólogo*, 81, 54-88.
- Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 2002. Recurso contencioso-administrativo 48/1999. Sección Cuarta, Sala Tercera.
- Vázquez-Barquero, J. L. y García, J. (1999). Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 249, 128-135.
- Virués, J. (2003). Estado actual de la residencia de Psicología Clínica en España: Datos para una evaluación general. Trabajo de Investigación Original no publicado. Granada: Universidad de Granada.