

CAMBIAR PARA AVANZAR. UN ANÁLISIS DEL DEBATE SOBRE EL ITINERARIO FORMATIVO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

Fernández Hermida, José Ramón

CAMBIAR PARA AVANZAR. UN ANÁLISIS DEL DEBATE SOBRE EL ITINERARIO FORMATIVO DE LA
PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

Papeles del Psicólogo, vol. 38, núm. 2, 2017

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77851775001>

CAMBIAR PARA AVANZAR. UN ANÁLISIS DEL DEBATE SOBRE EL ITINERARIO FORMATIVO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo, España
jrhermid@uniovi.es

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77851775001>

RESUMEN:

El itinerario de formación en Psicología Clínica está siendo objeto de un gran debate en el mundo académico y profesional de la Psicología española. En este artículo se analizan críticamente los argumentos expuestos tanto por los partidarios como los detractores de que el Máster de Psicología General Sanitaria sea una condición necesaria para el acceso a la formación especializada. Se defiende claramente una secuenciación de la formación en Psicología Clínica, Grado – Máster – Especialidad, por razones lógicas, legales, profesionales, de convergencia con el modelo Europsy, y de oportunidad para establecer fuertes vínculos universidad – profesión. Se concluye que la adopción del itinerario fortalecerá no sólo a la especialidad y a la Psicología General Sanitaria, sino que puede ser una de las bases sobre las que se apoye el desarrollo científico y profesional de la Psicología Clínica en España.

PALABRAS CLAVE: Psicólogo general sanitario, Psicología clínica, Itinerario formativo, Regulaciones Legal.

ABSTRACT:

The training route in clinical psychology is the subject of much debate in the academic and professional world of Spanish psychology. This article critically analyzes the arguments of both the supporters and the opponents of the Master's in General Health Psychology as a necessary condition for access to specialized training. A bachelor's degree - master's - specialty route for training in clinical psychology is clearly defended, for logical, legal, and professional reasons, and for convergence with the Europsy model, and the opportunity to establish strong ties between the universities and the profession. It is concluded that the adoption of the route will not only strengthen the specialty and general health psychology, but it may also be one of the foundations on which the scientific and professional development of clinical psychology in Spain rests.

KEYWORDS: Healthcare psychologist, Clinical psychology, Training route, Legal regulations.

Desde la creación de la profesión de Psicólogo General Sanitario (PGS) en 2011 ha existido un animado debate sobre el itinerario formativo dentro del campo de la Psicología Clínica, avivado por académicos, profesionales y alumnos, pero encendido primariamente por una deficiente y caótica regulación. El punto central de la discusión es si el nuevo Máster de Psicología General Sanitaria (MPGS) es una condición imprescindible para el acceso a la formación de Psicólogo Interno Residente (PIR), y por ende al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) o si se mantiene la situación actual, en la que dicho acceso se hace desde el Grado de Psicología. Se trata por tanto de una discusión sobre si merece la pena cambiar o debemos quedarnos como estamos.

Conviene dejar sentado, desde estas primeras líneas, que entiendo que lo que está discutiendo es la formación en Psicología Clínica, un ámbito de conocimiento y profesional que no es propiedad exclusiva, ni puede reducirse a ninguna titulación. Las dos titulaciones (MPGS y PEPC) se refieren a una misma disciplina y ámbito profesional: la Psicología Clínica, que no excluye a la Psicología de la Salud. También se aceptará, para facilitar la exposición, que el acceso a la formación de especialista se hace desde el Grado de Psicología, y no, como es más cierto, desde un Grado en el “ámbito de la Psicología”, algo que debería cambiar tan pronto

NOTAS DE AUTOR

jrhermid@uniovi.es

como la Administración decide cumplir la Ley General de Salud Pública, y regule el Grado de Psicología para dar acceso al MPGS. Cabe pensar que, en ese caso, aunque no se acabara implantando el itinerario Grado – MPGS – PIR, también cambiaría la norma de acceso a la especialidad, porque sería incomprensible que el acceso al MPGS fuera más restrictivo que al título de PEPC.

Recientemente, la Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas (CDPUE) parece haber tomado la decisión de pronunciarse sobre si está a favor del itinerario Grado – Máster – PIR o si por el contrario se decanta por refrendar la situación actual. Quizás la regulación del Grado, que se siente cercana, avive el debate, ya que, como he dicho previamente, sería el momento para cambiar las condiciones de acceso a la especialidad. Son estas condiciones y la trascendencia que tienen opiniones colegiadas como las de la CDPUE, las que me han impulsado a dar mi punto de vista particular sobre las razones que apoyan la secuencia Grado – MPGS – PIR y los graves inconvenientes que tiene mantenerse en la situación actual.

LA POLÉMICA DEL ITINERARIO. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS RAZONES EN CONTRA Y A FAVOR

En los distintos artículos en los que se ha tratado la conveniencia o no del itinerario, se han utilizado diversos argumentos que pretendo sintetizar y analizar. Agruparé los argumentos que considero principales en subapartados que faciliten su discusión.

a) La distinción en PGS y PEPC tiene su correlato en la distinción entre Psicología de la Salud y Psicología Clínica, dado que la normativa que crea el PGS se dice que sus competencias tienen que ver con la promoción y mejora del estado de salud (Cortes Generales, 2011), y en la del PEPC se indica que estos titulados realizan diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico (Ministerio de la Presidencia, 1998)

Este argumento se ha venido empleando tanto en contra (Carrobles, 2012; López-Méndez & Costa-Cabanillas, 2013) como a favor (Echeburúa, Salaberría, De Corral, & Cruz-Sáez, 2012) del itinerario. Los primeros parecen señalar que estamos ante dos profesionales con formación diferente, de forma que el PGS como “especialista en Psicología de la Salud” tendría una existencia diferenciada plenamente justificada, y los segundos subrayan que el PGS tiene una especial relación con el concepto general de salud, de acuerdo con lo que dice la normativa de creación de la profesión, por lo que no debería tener competencias sobre los “trastornos mentales”, que serían un campo propio, o exclusivo, del especialista. Sin embargo ambas argumentaciones son extremadamente débiles, ya que ignoran cuál ha sido el fundamento de la creación de la profesión de PGS, siendo además que los que defienden una u otra postura se contraargumentan a sí mismos. Así los que indican las dos vías separadas pero están en contra del itinerario, también defienden que ambos pueden y deben trabajar sobre los mismos problemas o que tienen idéntica formación (Carrobles, 2012, 2013, 2015), mientras que los segundos, a favor del itinerario, insisten en la idea de que estamos ante un psicólogo generalista, que por definición, no puede tener “especialidad”.

No me cabe duda de que ambas profesiones, con un nivel de cualificación diferente, tienen competencias en el campo de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud. Las dudas sobre las competencias del PGS parecen ignorar las razones para su creación. La nueva profesión es una respuesta a la crisis que se produjo como consecuencia de la expulsión de los licenciados en Psicología no especialistas del sistema sanitario por la LOPS (Generales, 2003). Esos titulados dejaron, en ese momento, de ser considerados profesión sanitaria pasando a estar amenazada su continuidad profesional, tanto para los que ya estaban ejerciendo como para los que vendrían después. Las fuertes protestas profesionales que desencadenó la LOPS impulsaron una solución, que vino en gran medida condicionada por la misma realidad profesional y asistencial en Salud Mental. Esa realidad está representada por miles de psicólogos, que ejercían y ejercen la Psicología Clínica en el sector privado, con algunas decenas en el público, que no pudieron obtener la especialidad, encontrándose de repente inhabilitados legalmente de forma injusta. Gran parte de la asistencia en Salud Mental de nuestro país la cubrían y la cubren esos profesionales, algo que no ha cambiado ni parece tener visos de cambiar

en el futuro, a tenor de la escasa inversión en políticas públicas de Salud Mental (Knapp et al., 2007) que no ha variado al alza en estos últimos años, y la pobre dotación de plazas de especialistas (OMS, 2014). A esta repercusión profesional de la LOPS se sumó la coetánea desaparición del título de licenciado. El PGS ha sido la respuesta de la Administración para devolver al psicólogo no especialista, el antiguo licenciado, la posibilidad de ejercer su profesión y no crear un caos administrativo, legal y sanitario en el ámbito de la salud mental privada y pública. Una solución que debe entenderse dentro del nuevo marco de las titulaciones universitarias, en las que el título de Licenciado ha dejado paso al de Grado más Máster (Ministerio de Educación, 2015), y que repone la situación previa a la LOPS. Si esto es así, ¿qué lógica podría tener la creación de una nueva profesión para resolver el problema legal de los psicólogos no especialistas y luego decir que no capacita para cubrir esa necesidad?

Las amplias y generales competencias del título de MPGSS permiten afirmar que la profesión de PGS tiene los conocimientos y las habilidades necesarias para el ejercicio de la profesión de psicólogo dentro del ámbito de la Psicología Clínica. Por su lado, el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica puede y está ejerciendo su profesión también en el campo de la Psicología de la Salud. Ninguno de los dos profesionales tiene competencias exclusivas en ninguno de ambos campos, tal y como señala en sus considerandos una reciente sentencia cuando dice textualmente que “La diferencia entre ambas profesiones no afecta ni a la adquisición de conocimientos ni a su formación sino al lugar donde unos y otros van a poder desarrollar sus competencias y conocimientos adquiridos. Únicamente hay diferencias en los ámbitos de actuación profesional” (el subrayado es mío).

Se ha abogado por una potenciación de una perspectiva de salud frente a una visión “clínica” (López-Méndez & Costa-Cabanillas, 2013). Se ve a la primera más cercana a los presupuestos epistemológicos y metodológicos de la Psicología, mientras que la segunda estaría más vinculada como un modelo de “enfermedad” de procedencia más “naturalista” o “anatomoclínico”. Este es un debate de plena vigencia como demuestra un reciente simposio celebrado en la Universidad Autónoma de Madrid, organizado por la Academia Española de Psicología, y que se centró en la creciente crisis del diagnóstico psicopatológico y en las aportaciones de la Psicología tanto en la formulación de los problemas como en la búsqueda de las soluciones (Fernández Ballesteros, 2017). Pero este debate, es transversal a los dos campos, el de la Psicología Clínica y el de la Psicología de la Salud, y a las dos profesiones, el PEPC y el PGS. No se alcanza a entender cómo la adopción de una posición u otra puede ser relevante para determinar los vínculos entre ambas profesiones.

Una derivada de esta discusión viene dada por la idea de que el PGS, dado que es un profesional con una formación supuestamente más centrada en la Psicología de la Salud, sería más adecuado para cubrir la demanda de psicólogos en Atención Primaria, cuando ésta sea una realidad, frente a los PEPC (Echeburua et al., 2012). Esta suposición se basa en pretendidas diferencias reales en los currículos formativos y en un completo desdén por la regulación legal actual o por la preferencia del sistema público de salud de formar a sus propios profesionales.

Sobre las diferencias formativas obtenidas mediante el análisis de los contenidos de los respectivos programas hablaré más adelante, pero puedo adelantar que tal diferencia no justifica que estemos ante dos profesionales con especialidades diferentes. Por otra parte, la idea de que el sistema sanitario va a contratar a profesionales formados fuera del sistema teniendo, como tiene en este caso, al PEPC, es poco realista. Pero es que además de poco realista, supondría una total y completa ilegalidad, a tenor de la legislación vigente. La Ley General de Salud Pública (Cortes Generales, 2011) veta la presencia de los PGS dentro del sistema sanitario financiado con dinero público para atender las demandas que se deriven de la cartera de servicios comunes. Y no hay duda de que un psicólogo que trabaje en el Atención Primaria tiene que atender casi exclusivamente demandas de ese tipo (Duro Martínez, 2017).

Sin embargo, creo necesario añadir, en este punto, que el hecho de que la Ley condicione actualmente de forma tan restrictiva la contratación de PGS para el sistema público de salud, en la propia norma que los crea, me parece completamente desafortunado. En primer lugar porque el ejercicio de la profesión no

puede ligarse a la financiación del servicio sino a que se tengan o no ciertos conocimientos, competencias o habilidades. En segundo lugar porque el PGS podría ser la opción más lógica allí donde sólo fueran necesarias sus competencias y habilidades, y no hubiera un especialista que pudiera cubrir ese puesto. Y, en tercer lugar, porque esa limitación puede suponer un freno a la propia diversificación de la asistencia psicológica dentro del sistema. No es raro que las especialidades se hayan creado a partir de las necesidades surgidas en un campo determinado a partir del trabajo de generalistas. Al menos así nació la nuestra.

Entiendo el miedo de los que dicen que sin esa limitación legal, la Administración podría optar por cubrir las plazas asistenciales con profesionales menos costosos, dado que la retribución está ligada con el nivel formativo, o bien que aprovechándose de esa menor cualificación otras profesiones puedan pretender que el papel de psicólogo se reduzca al de un mero auxiliar. Estas ideas sin embargo dejan de lado que es la propia Administración la que se autolimita y que si se ha puesto ese límite es que está en sintonía con él, ya que es coincidente con la política global de contratación del sistema sanitario público, del que somos un ínfima parte. Si en algún momento la Administración considerase lo contrario nada podría impedir que se modificaran las normas. Pero este miedo no puede ser la razón para que una titulación como la de PGS haya salido con una limitación adicional a la propia de su cualificación de generalista, una limitación de la que, por otra parte, no existe precedente en ninguna otra titulación sanitaria.

En la situación actual, el PGS no tiene una preparación diferente a la del PEPC que le capacite mejor para prestar sus servicios en Atención Primaria, dado que los contenidos de sus currículos formativos son bastante similares, lo que nos obice para que se abriera un debate serio sobre la necesidad de potenciar la formación de los psicólogos, sean PGS o especialistas, hacia perspectivas más cercanas a los presupuestos de la Salud Pública y la promoción de la salud. Un debate de este calado, exige otro clima intraprofesional alejado del enfrentamiento corporativo y con la vista puesta en el bien de la profesión y de la asistencia psicológica de la población. Pero es que, además, esa propuesta de incorporación de los PGS, en la actualidad, tampoco tiene posibilidades reales. Pretender lo contrario es un mero embeleco. Muchas cosas tendrían que cambiar. En orden de mayor a menor dificultad de cambio, primero, hay que conseguir que se preste tratamiento psicológico profesional en ese ámbito, en segundo lugar, no es previsible que se pueda romper la preferencia del sistema por contratar a los profesionales formados dentro del mismo, y en tercer lugar hay una Ley que lo impide. Dadas las dificultades para cambiar el modelo de atención en salud mental dentro de Atención Primaria, creo que abrir este debate corporativo es más que inútil, contraproducente.

b) El PGS y el PEPC son dos especialistas en base a que los contenidos de su programa formativo es similar, sin supeditación de una profesión a la otra

Este es un argumento expuesto contra el itinerario, y debe tratarse de acuerdo con, al menos, dos perspectivas, una legal y la otra de análisis del contenido de sus programas formativos. La perspectiva legal no deja lugar a dudas. En España la titulación de especialista en el ámbito sanitario no es una expresión genérica que alude simplemente a la persona que cultiva o practica una rama determinada de un arte o una ciencia, como dice el diccionario de la Real Academia Española, sino que es un título oficial. El párrafo 1 del Artículo 15 de la LOPS dice claramente que la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial, mientras que en su artículo 16 indica que corresponde al Gobierno (a propuesta de los Ministerios de Educación y Sanidad, y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las organizaciones colegiales que correspondan) su creación o supresión. Así que cuando se afirma que el PGS es una titulación de especialista, en función de las razones que sean, no se está diciendo nada que tenga algún sentido jurídico o con efectos en la regulación legal de la profesión.

En lo que se refiere a la perspectiva del análisis de los contenidos del programa de formación, se ha llegado a decir que los que distinguen entre especialista y generalista pecan de nominalismo (Carrobles, 2015), es decir, pecan de reificación de las etiquetas, ya que no tienen en cuenta las similitudes que existen entre ambos itinerarios formativos. Resulta curioso que este argumento funcione sólo en un sentido. Si los

programas de formación son iguales, entonces ambos son especialistas, pero nunca se concluye lo contrario, que ambos pueden ser generalistas. Aunque también ha habido quien ha percibido, desde mi punto de vista acertadamente, la formación de especialista como muy generalista (López-Méndez & Costa-Cabanillas, 2013).

Desde el análisis de los contenidos las similitudes son evidentes (Carroblés, 2015; González-Blanch, 2015) y eso parece reconocerse desde ambas perspectivas, en contra y a favor del itinerario. Parece lógico que ambos programas de formación incidan sobre la misma esfera de contenidos, ya que ambas profesiones pretenden abarcar el conjunto de campos de la Psicología Clínica, por lo que la confluencia es lógica. Pero la formación tiene duraciones distintas, la del PEPC cuatro años, frente a uno y medio del PGS. Es verdad que esas formaciones tienen otras diferencias, por ejemplo se dan en contextos diferentes, aunque está por ver que esos diferentes contextos produzcan, per se, resultados competenciales diferentes (p.ej.: ¿están los PEPC mejor formados en el uso de las terapias con base empírica para el abordaje de los fenómenos depresivos?). La discusión de este tipo de cuestiones se encuentra trufada de veladas insinuaciones - la formación PIR está pobemente controlada (Carroblés, 2013) o la universitaria adolece de mucha teoría poco relacionada con la práctica (Sánchez-Reales, Prado-Abril, & Aldaz-Armendariz, 2013) - o de afirmaciones sesgadas que son ciegas a una parte de la realidad - por ejemplo cuando se pone como ejemplo de formación profesional al PIR frente al MPG, olvidando que el MPG dispone de 30 créditos ECTS de práctica clínica desarrollada en centros asistenciales tanto públicos como privados (Sánchez-Reales et al., 2013). La discusión así formulada no tiene fácil salida porque no se explicitan argumentos contrastables mediante pruebas empíricas. Se debe aceptar que, hasta cierto punto, a más tiempo empleado en un período de formación que se desarrolla en un contexto de más exigencia profesional, tanto por las obligaciones contractuales como por la necesaria inserción dentro de un complejo ámbito multiprofesional, debería corresponderse una mayor capacidad y competencia profesional. A este respecto, hay que señalar que las competencias profesionales se adquieren fundamentalmente en la práctica clínica (Roe, 2002). De todas formas, es conocido que puede haber muchos factores que interfieran en esa correspondencia. Si se conocen deben abordarse y buscarse la mejor solución. Sin embargo, desde la perspectiva de la política profesional, considero especialmente dañino para la Psicología dar por bueno, sin prueba alguna, el hecho de que un mayor tiempo de formación resulta irrelevante para mejorar las competencias profesionales necesarias. Máxime cuando en el plano científico no se puede establecer el tiempo mínimo para una formación suficiente, aunque dicha formación sin embargo parece necesaria para dominar las habilidades terapéuticas (Wampold & Imel, 2015, pag. 38).

Volviendo a la idea anterior de que más que dos especialidades, estamos ante dos profesiones generalistas cuando se analizan desde el plano de los contenidos formativos, resulta evidente que hay una tendencia clara de la Comisión Nacional de la Especialidad, en dotar a los especialistas de competencias en todas las áreas imaginables de la acción psicológica en el ámbito sanitario, bien proponiendo ACEs (áreas de capacitación específica) o subespecializaciones (González-Blanch, 2015), bien incrementando los contenidos o diversificando cada vez más los planes de rotación de los residentes. Puede haber varias razones. Es posible que el propósito sea diversificar la actuación del psicólogo clínico dentro del sistema con el fin de crear la base para nuevas especialidades, y también puede que este movimiento esté incentivado por la tendencia "expansionista" de otras especialidades externas a la Psicología. Pero intentar abarcarlo todo, per se, hace a la formación del especialista "más generalista", y así cobra cierta razón quien señala que la especialidad debe "especializarse". En el momento en el que se constituyeran otras especialidades de la Psicología, la relación PGS - especialistas estaría menos sujeta a la crítica que surge del escrutinio de los programas, y el itinerario sería visto con más claridad.

c) El itinerario es contrario a la norma europea relativa a la formación de psicólogos que trabajen en el ámbito sanitario. Aquí se discuten tres tópicos: la situación española es única dado que no hay más que un tipo de psicólogo en Europa que esté habilitado como profesional clínico o asistencial, en Europa no existen psicólogos generalistas, o la duración que se propone del itinerario es excesiva para los estándares europeos

Tal y como puede verse en el siguiente cuadro (Tabla 1), no hay un estándar europeo. La información se obtiene de un informe de la Comisión Europea (Comisión Europea, 2016), realizado en base a los datos suministrados por los Estados miembros. Puede verse que no son ciertas las afirmaciones de que en Europa existe un solo tipo de psicólogo que trabaje en el campo de la salud y no exista la denominación de Psicólogo sanitario. Tampoco es rara o extraña la duración que se propone en el itinerario para la formación de un especialista (9 años y medio).

Debe tenerse muy en cuenta, que los últimos cuatro años de formación en España son de formación remunerada, lo que supone una indudable ventaja desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades o la no discriminación de acceso al título por razones económicas. Resulta difícil de entender que se obvie este importante dato cuando se argumenta contra la “excesiva” duración del itinerario.

A este respecto conviene resaltar que la posición de la Organización colegial no ha variado desde que se creó la especialidad (COP, 1990). Entonces se apoyó que la formación que condujera al título de especialista debería durar entre 8 o 9 años. Ahora se sigue diciendo lo mismo. Excepto que se añade medio año más, que se corresponde con los 30 créditos de práctica clínica supervisada que nos acerca a viejas reivindicaciones de la profesión y al EuroPsy.

En este sentido, cabe afirmar que lo que sí existe con rango europeo es la posición común de la EFPA en base al EuroPsy. La EFPA (<http://www.efpa.eu/>) es una federación europea de asociaciones nacionales de psicólogos que agrupa a 36 países. De acuerdo con el documento que puede consultarse fácilmente en Internet (<http://www.europsy.cop.es/>), los miembros de la EFPA han acordado los estándares que debe reunir la formación de psicólogo con carácter generalista para poder desarrollar la profesión de manera autónoma y no supervisada. Este documento establece que el requisito de formación mínimo es de cinco años de formación universitaria más uno de práctica supervisada. Esa es la formación generalista que en España se adquiere mediante la combinación de Grado + Máster, tal y como sucede en el caso del Máster de Psicología General Sanitaria, que cumpliría los requisitos EuroPsy.

Es conveniente resaltar que EuroPsy no es una directiva de la Unión Europea de obligado cumplimiento, ni tiene relación con la formación postgraduada o especializada en Psicología Clínica. Es simplemente una posición común de la mayoría de las asociaciones de psicólogos europeos reunidas en la EFPA, a la que se han adherido organizaciones españolas como el Consejo General de la Psicología y que ha inspirado la redacción del Libro Blanco del Grado confeccionado por la CDPUE (ANECA, 2005).

d) El itinerario es improcedente porque no hay otro especialista en Ciencias de la Salud en la que sea necesario el nivel de máster para acceder a la especialidad

Esta afirmación era cierta, hasta que se ha concedido al nivel de máster a los 6 años que dura la formación básica en Medicina. De todas formas, independientemente de lo que sucede en Medicina y en otras carreras que acceden a las especialidades en Ciencias de la Salud, la coherencia del acceso desde el Máster a la formación PIR debe analizarse también desde las necesidades propias de la Psicología. Parece lógico y razonable que el acceso a la formación especializada se haga desde el título generalista, que es el Máster, como lo era la Licenciatura, antes de la reforma de los estudios superiores. Equiparar Grado y Licenciatura es erróneo. De hecho, recientemente se ha concedido a la Licenciatura de Psicología el nivel 3 MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior), que es el nivel de Máster (Ministerio de Educación, 2015).

Este argumento incluye además una equivalencia que no me parece del todo correcta. La Psicología Clínica no es equivalente al FIR, BIR o QIR más que en el nombre, especialistas en Ciencias de la Salud. Tanto el BIR, FIR como QIR tienen como destino usualmente servicios multidisciplinares de extrema importancia en una medicina tan tecnificada como la actual, pero no incluyen entre sus competencias el diagnóstico, evaluación y tratamiento de los pacientes. Son profesionales que integran servicios técnicos altamente especializados pero que no son “clínicos”. Esta diferencia justificaría, per se, que el acceso a la plaza de especialista tuviera garantizado los conocimientos suficientes para la práctica clínica básica, y esos conocimientos y competencias se adquieren en el Máster de Psicología General Sanitaria.

e) El itinerario dificulta la formación a los psicólogos, disminuyendo considerablemente la oferta de titulados frente a la gran demanda social de la Psicología

La idea que se deduce de esta afirmación es que es necesario un sistema rápido de formación de psicólogos para cubrir una pretendida amplia demanda social. La alta tasa de paro entre los profesionales de la Psicología, con un 26,6% en paro o inactivo según la última encuesta de inserción laboral del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2016), invalida la principal razón de este argumento.

Aunque parece claro que el número de profesionales de la Psicología en el ámbito sanitario aún no alcanzan la media europea de ocupación en el sector público (OMS, 2014), no es menos cierto que las administraciones sanitarias se enfrentan a fuertes restricciones presupuestarias que hacen difícil que se alcancen las cifras medias europeas a medio plazo. No hay ningún indicio de que se vaya a abrir en un plazo conocido una oferta de plazas de psicólogo clínico que no pueda ser cubierta con los profesionales titulados y los procedimientos de formación actuales.

Por otra parte, la duración de la formación no debe relacionarse con la supuesta necesidad de producir profesionales más rápido, sino con el tiempo necesario para adquirir las competencias requeridas. Nadie ha detectado una demanda de profesionales que no pueda ser satisfecha. Si el tiempo necesario para formar un especialista en Psicología Clínica son 9 años y medio, ese es el tiempo que hay que dedicar a su formación.

f) La existencia de dos titulaciones PGS y PEPC exige una estricta delimitación de funciones y de los ámbitos de ejercicio

Parece razonable que la creación de una nueva profesión sanitaria debe venir aparejada con un marco legal que describa claramente qué hace esa profesión, y cuáles son sus respectivas regulaciones de formación y ejercicio (Sánchez-Reales et al., 2013). Pero debe recordarse que esos requisitos legales están contenidos en las disposiciones que crean y desarrollan tanto el PGS como el PEPC. Salvo la injustificada restricción del PGS al sistema de salud público, esa regulación no es diferente a la que existe en otras profesiones sanitarias.

No existe una delimitación estricta de funciones en la otra profesión que cuenta con una titulación generalista y otras especializadas dentro del campo sanitario, la medicina. Por lo tanto no se entiende por qué razón la existencia del PGS y PEPC exige una estricta delimitación de funciones que vaya más allá de lo ya regulado, si hasta ahora la medicina con la misma situación ha podido desarrollarse sin mayor tropiezo. Tampoco se alcanza a ver cómo podría llevarse a cabo esta tarea y quién saldría beneficiado en el caso de que se llevase a cabo. La LOPS se posiciona en contra, como recuerda el Tribunal Supremo en sentencia del 25 de octubre de 2011, cuando establece en el artículo 9 que “La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos, y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados y especialistas”. Esa es la opinión que siempre ha mantenido la Organización colegial, y la razón principal que la impulsó personarse contra el recurso de ANPIR contra el decreto/orden que crea el título de Máster en PGS, algo que inexplicablemente parece olvidarse en algún caso (Carroblés, 2015).

Parece posición común entre los que abogan por la idea de la delimitación de funciones, que el PGS no podría tratar los trastornos mentales, que en algún caso se han venido a denominar genéricamente “alteraciones graves de la salud mental”. Ese sería el punto divisorio esencial. La razón sería la mayor formación de los especialistas en ese tipo de problemas, o bien en la necesaria especialización del PGS en el campo de la salud. Podría concederse que los especialistas tienen mayores competencias para tratar lo que se consideran alteraciones graves, dado su mayor tiempo de formación en ámbitos de salud mental donde son más frecuentes y la competencia se adquiere fundamentalmente en la práctica (Roe, 2002), pero también resulta claro que no son competencias exclusivas. Sobre la supuesta baja formación de los PGS en los llamados Trastornos mentales basta con mirar sus programas de estudio para ver que tal idea es equivocada.

Pero es más, relacionar trastorno con “alteración grave” es claramente un simplismo. En un documento remitido por la CDPUE y el Consejo General de la Psicología al Ministerio de Sanidad, en respuesta a un escrito conocido de la Sudbdirección General de Ordenación Académica, en el que establecía una analogía

entre “alteración grave” y tener la etiqueta de “trastorno mental”, y de ahí se concluía que los PGS no podían abordar dichos problemas, se dice lo siguiente:

“Una primera interpretación podría entender que en el escrito se está afirmando que todos los Trastornos son alteraciones graves de la salud mental, y que, por lo tanto, las personas que los presenten deben ser atendidos necesariamente por el Psiquiatra o el Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Esta interpretación no es aceptable por dos razones. La primera es que la gravedad debe predicarse del episodio más que del trastorno, que puede tener un curso muy variable en lo que se refiere a la “gravedad” de la sintomatología. La división, utilizada en ocasiones, entre Trastornos comunes y graves no debe hacernos perder de vista el carácter dinámico y evolutivo de la idea de Trastorno. En esa perspectiva, el curso de la mayoría de los trastornos permite determinar episodios de sintomatología, impacto y pronóstico variable, lo que hace completamente inadecuado ligar un concepto único de severidad a la constelación de manifestaciones de un Trastorno. En segundo lugar, de esta interpretación parece deducirse que los especialistas antes mencionados tienen atribuidas de manera exclusiva estas competencias profesionales, que, en consecuencia, no pueden ser ejercidas por el Psicólogo General Sanitario. Sin embargo, esta interpretación no se ajusta a la legislación existente, pues como hemos descrito anteriormente y señala el mismo Abogado del Estado, en representación del Gobierno, en la normativa vigente no existe tal atribución exclusiva de competencias, y el Psicólogo General Sanitario sí puede atender a personas que presenten Trastornos.

Una segunda interpretación sería que las alteraciones graves de la salud mental, que no alcancen a ser catalogadas como Trastornos, según las clasificaciones internacionales existentes, como por ejemplo un síndrome confusional o un cuadro psicótico severo que no alcance el umbral temporal establecido en su curso, sí podrían ser tratadas por el Psicólogo General Sanitario. Esta interpretación tampoco parece ser de buen criterio, pues puede ocurrir que esa alteración grave exceda de las competencias del Psicólogo General Sanitario y no sea capaz de afrontarla eficazmente, por lo que sí sería conveniente que lo derivara a otro profesional.

Una tercera interpretación podría dar a entender que los Trastornos que presenten alteraciones graves de conducta son los que deben atender el Psiquiatra y el Psicólogo especialista en Psicología Clínica, mientras que los Trastornos que impliquen alteraciones leves o moderadas sí pueden ser atendidos por el Psicólogo General Sanitario. Dejando a un lado la difícil estimación del concepto de gravedad en la que entran múltiples componentes, esta interpretación tiene un importante problema, y es la unión de la valoración de gravedad con la idea de Trastorno. ¿Quién puede atender las alteraciones leves y moderadas de Trastornos que pueden producir alteraciones graves? Como ya se ha dicho previamente, el carácter grave, moderado o leve debe predicarse más del episodio que del trastorno, por lo que puede haber episodios graves en Trastornos comunes, como episodios leves y moderados en los considerados Trastornos más graves” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos & Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas, 2015).

Suscribo plenamente el contenido de ese escrito. Pero es que además, no deja de ser irónico que sea en la Psicología, uno de los críticos más agudos de la entidad del concepto de trastorno, donde se proponga que ése sea el criterio divisorio para la delimitación de competencias profesionales. ¿Cómo es posible que siendo una de las disciplinas que más ha abogado por una visión dimensional y transaccional de los problemas psicológicos, estemos enfangados en una discusión sobre si esas entidades pueden ser vistas sólo por unos u otros profesionales?

TABLA 1 DURACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE PSICÓLOGO QUE TRABAJAN EN EL CONTEXTO SANITARIO EUROPEO						
País	Psicólogo sanitario (Healthcare Psychologist)	Duración de la formación	Psicólogo clínico (Clinical Psychologist)	Duración de la formación	Psicoterapeuta (Psychotherapist)	Duración de la formación
Alemania					SI	5 años [multiprofesional] + 3 años de prácticas o tiempo completo
Austria	SI	5 años + 1.940 horas de prácticas	SI	5 años + 2.500 horas de prácticas	SI	4 años (multiprofesional) + 1.900 horas de prácticas
Chipre			SI	6 años – 1.000 horas prácticas		
Eslovaquia	SI	5 años y 1/2	SI	7 años		
Eslovenia	SI	4/5 años	SI	8-9 años		
España	SI	5 años y 1/2	SI	8 años		
Finlandia					SI	3/4 años (multiprofesional) + 1 año de prácticas
Francia					SI	5 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 400 horas prácticas
Holanda	SI	7 años	SI	11 años		
Hungría			SI	8-12 años	SI	5 años + 3 ó 4 años de especialización
Irlanda	SI	6 años + un período adicional de prácticas	SI	7 años		
Islandia			SI	7 años + 3 de prácticas		
Italia					SI	5 ó 6 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 4 años de especialización
Lituania	SI	6 años				
Malta	SI	5 años + 2 años de prácticas	SI	5 años + 2 de prácticas		
Rep. Checa	SI	5 años + 100 horas de prácticas	SI	10 años – 400 horas prácticas		
Suecia					SI	5 años (multiprofesional) + 3 de especialización
Suiza					SI	5 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 2 años de especialización
U.K.	SI	6 años	SI	6 años		

DURACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE PSICÓLOGO QUE TRABAJAN EN EL CONTEXTO SANITARIO EUROPEO

BALANCE DE DICHA REGULACIÓN. ¿ES ÉSTA LA REGULACIÓN QUE LE VIENE BIEN A LA PSICOLOGÍA?

Como ya se ha dicho, la regulación de la Psicología está poco planificada y carece de la necesaria coherencia. Es una regulación que se ha hecho en sentido inverso a cómo debe hacerse. Primero se reguló la especialidad, en un marco donde el título de licenciado de Psicología estaba regulado, es decir, formaba parte del catálogo de titulaciones y la profesión tenía cierto grado de regulación, la denominación estaba protegida, y la adscripción al colegio profesional era obligatoria para el ejercicio de la profesión. Desde la creación del único título de especialista no se ha creado ninguna otra especialidad, un grave inconveniente para una disciplina como la Psicología con múltiples campos de intervención. Después se reguló la formación generalista, a través del Máster de Psicología General Sanitaria. Esta regulación coincidió en el tiempo con la desregulación del título, desapareciendo la Licenciatura y el catálogo de títulos. Por esa razón, la propia norma que creó el Máster hizo previsión de la regulación del Grado. La falta de regulación del Grado, aún en estos momentos, es lo que ha dado pie a la Administración a indicar que el acceso a la especialidad se hace desde un Grado en el “ámbito de la Psicología” o a que no se cumpla la previsión de que estén definidos los contenidos que dan acceso al Máster. A este respecto, resulta verdaderamente absurdo que desde la Administración se insista en utilizar esa expresión “del ámbito de la Psicología” en función de la inexistencia de regulación del Grado, cuando es más que evidente que la existencia de un Grado de Psicología, denominación que figura en las enseñanzas que imparten las Universidades y en los títulos que da el propio Estado, aporta más certeza jurídica

que la fantasmagórica referencia a un Grado del “ámbito de la Psicología”, una entelequia que nadie conoce, ni sabe su significado.

Tanto el acceso al PIR como el máster se hacen desde el Grado, sin que exista ninguna conexión entre ambas vías de formación. Eso está favoreciendo un modelo dual, de competencia intraprofesional por los espacios de actuación, tal y como se está viendo. Hasta ahora esa fuente de conflictividad se ha intentado atajar a través de la normativa legal que impide al PGS acceder al sistema público. Pero esa es una forma de control con una justificación endeble, como se ha dicho. Otra fuente de conflicto es el creciente cuestionamiento de la especialidad mediante el argumento de que todos son especialistas (PGS y PEPC). Este escenario de creciente hostilidad ha sido visto en ocasiones como bueno para la sociedad, ya que potencia la competencia entre profesionales. No puedo estar más en desacuerdo. Estas peleas corporativas no inciden en la calidad de los servicios sino que son conflictos de poder profesional que detraen recursos del sitio donde hay que situarlos, el desarrollo y mejora de la profesión y la ciencia de la Psicología. La mano invisible del mercado a la que parece aludirse por los que quieren fomentar la competencia intraprofesional, no es un buen recurso cuando está de por medio la seguridad o la salud de las personas. La causa de este conflicto se encuentra, en nuestro caso, en la rigidez normativa de la Administración que no es sensible a las necesidades de nuestra profesión y que la regula al socaire del momento, con poca o nula visión de conjunto. En este sentido, la creciente desconexión entre ambas titulaciones, PGS y PEPC, solo puede resolverse mediante la secuenciación lógica de la formación, de forma que el Máster tenga el acceso exclusivo a la formación especializada, y una mayor diversificación de la especialización. De esa forma, cabría pensar que, cada una en su nivel, ambas titulaciones se verán dentro de un solo ámbito profesional y no como entes ajenos que combaten por el mismo espacio.

Uno de los efectos que tiene esta formación dual es la diferente implicación de la Universidad en la formación de los profesionales. En el MPGS la formación es universitaria desde el principio al fin, tal y como lo era con la Licenciatura, pero con la diferencia de la presencia de prácticas clínicas regladas que facilitan que los alumnos empiecen a mantener contacto con el mundo profesional, tanto público como privado. En el caso del PIR, la formación se lleva a cabo en las unidades asistenciales con acreditación docente, y son completamente externas a la Universidad, dado que prácticamente no hay plazas vinculadas en el ámbito de la Psicología.

Creo firmemente que una buena formación en el ámbito de la Psicología Clínica debe adecuarse al modelo Boulder, adoptado por la Asociación Americana de Psicología desde 1949, y cuyo principal fundamento es que los psicólogos clínicos tienen que adquirir no sólo las habilidades profesionales necesarias para evaluar y tratar de acuerdo con los más altos estándares profesionales de calidad, sino también competencias científicas que les permitan no sólo ser críticos con las prácticas psicológicas sino también desarrollar investigación basada en la práctica clínica. Este objetivo no resulta fácil de conseguir por parte de psicólogos que se encuentran situados dentro de equipos multiprofesionales, casi siempre en solitario, presionados por una aplastante demanda asistencial, y cuya carrera profesional no depende de su capacidad para investigar e innovar. Todo ello enmarcado dentro de un contexto donde la investigación no es un objetivo prioritario, pero la psicológica aún menos, dado la predominancia de un modelo biológico-centrista, prioritariamente financiado por dinero tanto privado como público. En una situación parecida a la que aquí se describe que tenía lugar en el Reino Unido, se propuso que una estrategia para superar estas dificultades es a través de la colaboración entre los servicios de psicología del NHS (National Health Service) y los psicólogos clínicos académicos que trabajan en la Universidad (Shapiro, 2002). Las formas de colaboración pueden variar, pero considero que en nuestro país el mejor método es la vinculación de las plazas docentes en Psicología Clínica con plazas asistenciales. Esa es la forma en la que se pueden establecer lazos estables y duraderos que favorezcan el desarrollo de la Psicología Clínica en nuestro país, mediante el fomento de la investigación, el desarrollo de nuevas formas de organización y trabajo de la Psicología Clínica en nuestro sistema asistencial, la potenciación de las actividades de prevención y promoción de la salud en los centros clínicos, la promoción y mejora de las intervenciones en niños y jóvenes, la búsqueda de nuevas formas de intervención que reduzcan

el estigma y mejoren el empoderamiento de los familiares y cuidadores, y en otros muchos campos en los que actualmente aprecio preocupantes carencias. Muchos de estos objetivos son también las metas a las que debe dirigirse la investigación europea en Salud Mental de forma prioritaria (Wykes et al., 2015). Tengo la impresión, a falta de estudios empíricos que puedan tener más validez y fiabilidad, que la investigación procede fundamentalmente de las Facultades, mientras que apenas hay, con notables excepciones, actividad investigadora desde el ámbito profesional. La organización científico profesional que tiene la Psicología Clínica española, segmentada en diversas y fragmentarias sociedades profesionales y científicas, adolece de una incapacidad crónica para desarrollar iniciativas que estén al nivel del número y calidad de los profesionales que ejercen la profesión. Creo que para revertir este estado de cosas la Universidad española no puede ver como algo ajeno la especialidad de Psicología Clínica, y los especialistas dentro del sistema público tienen que ver a la psicología clínica académica como a una parte de su propia profesión, sin la que pierden una parte importante de su identidad como profesionales. Los especialistas en la etapa del máster podrían adquirir destrezas investigadoras, al amparo de los grupos de investigación universitaria, que podrían luego fructificar de forma importante en el momento en el que llegaran a los dispositivos asistenciales.

Por último, esta dualidad además de favorecer la conflictividad intraprofesional de forma no beneficiosa para nadie, reduce las posibilidades de mejora de ambas titulaciones de forma notable. Por un lado, como se ha repetido en diversas ocasiones, la posición de los psicólogos clínicos en el sistema público depende de un plan de formación de especialistas que no puede ignorar lo que sucede en otras profesiones con las que colabora de forma competitiva. Puede sonar rara la asociación entre las ideas de colaborar y competir, pero es eso lo que sucede en el sistema sanitario actual donde el psicólogo forma parte de equipos que tienen como objetivo la asistencia y colaboran con ese propósito, pero en el que se dirimen competitivamente también otros asuntos importantes como el control de los recursos asistenciales, el acceso a los puestos de decisión clínica y de gestión, la capacidad para liderar proyectos de innovación o dirigir la docencia, etc. En esas condiciones conviene fortalecer su posición actual, y no debilitarla. Conectar el MPGS con el acceso al PIR supone mejorar la cualificación de los que acceden a la especialidad. Esa conexión mantendría la duración de la formación de especialista dentro del rango que siempre se consideró aceptable por parte de los propios psicólogos, y además la situaría en condiciones de igualdad con otras especialidades con las que colabora y compite. Además, y dado que el PGS dispone de condiciones diferentes a las del Grado, podría plantearse un mecanismo de selección para el PIR que mejore las condiciones actuales, que son manifestamente mejorables, y que tuviera en cuenta fundamentalmente sus competencias y habilidades para desarrollar la profesión de Psicólogo Clínico.

Para el MPGS, el acceso exclusivo a la formación de especialista sería una ventaja indudable. Se podría optar a ser especialistas con ratios de demanda y oferta de plazas PIR más ajustados que los actuales y los PGS no se encontrarían en la situación de los Graduados de Psicología de aprobar la oposición al PIR o quedarse sin nada. Además, una integración profesional podría suponer una oportunidad para reducir la hostilidad intraprofesional y llegar a acuerdos mutuamente beneficiosos, entre los que podría estar una posición común sobre el papel del PGS en el sistema público. A modo de ejemplo, hay áreas de la Salud Pública en la que los psicólogos pueden tener un papel importante y que podrían ser cubiertas por profesionales como los PGS.

De todo lo dicho hasta aquí puede afirmarse, de forma muy resumida, que el momento actual de la regulación de la Psicología Clínica presenta claroscuros, que una simple reforma del acceso a la especialidad podría mejorar. Las ventajas exceden con mucho a cualquier inconveniente, y la reforma legal para cambiar la situación es abordable de forma simple y rápida.

Una propuesta: el itinerario. Lo que resuelve y lo que no resuelve

La adopción del itinerario presenta ventajas indudables frente a mantener las cosas como están. Algunas de las ventajas de establecer la secuencia Grado-Máster-PIR serían las siguientes:

1) Se mantiene la unidad de la Psicología Clínica, estableciendo una carrera profesional en la que el progreso va acompañado de una acumulación secuenciada de conocimientos y habilidades. Esta unidad puede

facilitar la superación de la fragmentación actual y ayudará a reducir las divisiones actuales que dificultan el desarrollo de una ciencia y profesión fuertes. La energía que ahora se gasta en la lucha interna podría canalizarse hacia la constitución de una sociedad científico-profesional fuerte que garantice un continuado y exigente desarrollo de la Psicología Clínica.

2) Reduce la conflictividad intraprofesional dado que todos los psicólogos que trabajan en Psicología Clínica compartirán un proyecto común. Es posible que reduciendo el tiempo y el esfuerzo en las peleas internas, los PEPC y los PGS puedan centrarse en desarrollar propuestas encaminadas a dotar de más y mejores servicios psicológicos a nuestro sistema sanitario, sea público o privado.

3) El itinerario dará a la realización del MPGS un valor añadido, dado que sólo los poseedores de ese título podrán presentarse a los exámenes que den acceso al PIR, pero también reducirá la ratio de aspirantes por plaza de formación especializada, y racionalizará las decisiones de los graduados en Psicología. Por cada plaza de formación especializada se presentan hoy 30 aspirantes, lo que supone que 29 no obtendrán lo que buscan después de haber estado 2 o 3 años formándose en academias privadas para conseguirlo. Esos 29 no podrán ejercer en el sistema sanitario, ya que no tendrán una titulación que se lo permita. Eso es tiempo y dinero gastado inútilmente en un período crítico para la empleabilidad del graduado. Ese desperdicio de recursos no tiene sentido. Lo lógico es que si no se ha podido acceder a ninguna de las 2200 plazas que se ofertaron de máster en el año 2016, el graduado opte por otras áreas profesionales de la Psicología, y no que siga gastando recursos en una opción con una probabilidad en contra de 30 a 1. Sólo aquéllos que mantengan las mismas distorsiones de pensamiento características de los jugadores patológicos pueden mantener lo contrario.

4) Reforzará al Psicólogo Clínico dentro del sistema sanitario, con un programa formativo homologable al de los otros profesionales de salud mental con los que colabora y compite

5) El hecho de que el MPGS sea la puerta de entrada a la formación PIR supondrá una mayor conexión entre los psicólogos clínicos que trabajan dentro del sistema público y los departamentos universitarios de Psicología. Esto se conseguirá de diversas formas. En primer lugar, involucrando de forma más intensa a los psicólogos clínicos especialistas que trabajan dentro de los dispositivos asistenciales públicos en la docencia del máster. No cabe duda de que si ven el máster como algo propio estarán más motivados para participar y mejorar su docencia. En segundo lugar, esta mayor involucración de los clínicos puede suponer mayores incentivos y posibilidades de realización de investigación conjunta, bien a través de los trabajos fin de máster, bien mediante el impulso de proyectos de investigación más amplios y tesis doctorales. Por último, cabría pensar que esta dinámica de interrelación debería desembocar en una creciente tendencia a poner en marcha plazas vinculadas, de forma que la participación de los psicólogos clínicos fuera cada vez más estable, sino también hubiera presencia de catedráticos y titulares de las materias de psicología clínica en centros asistenciales. Las fórmulas pueden ser muy variadas y ajustadas a las necesidades propias de la psicología académica y profesional.

6) Sólo desde una profesión cohesionada pueden abordarse grandes retos. Sin prisas pero con determinación debe eliminarse la limitación legal del PGS al sistema sanitario público. Esta tarea debe hacerse sin menoscabo de los derechos de los especialistas y del público para recibir la mejor asistencia con el nivel de competencia más elevado. Pero también con la idea de que un especialista por propia definición no es experto en todo, y que hay ámbitos de la asistencia pública que, a falta de especialista, podrían ser cubiertos por generalistas hasta que se desarrollaran y constituyeran sus propias especialidades. Otros retos como la introducción de la Psicología Clínica en la Atención Primaria o la creación de Servicios de Psicología en los Hospitales que dieran coherencia a los servicios psicológicos hoy desperdigados en diversos departamentos hospitalarios también pueden ser objetivos importantes que sólo se alcanzarán si nuestra energía se proyecta hacia fuera y no hacia dentro de la profesión.

Resulta evidente que hay otros asuntos importantes para la Psicología Clínica española que no se resuelven con el itinerario, pero tampoco negándose al mismo. De forma reiterada se menciona en diversos trabajos la falta de concordancia entre la oferta de graduados que quieren formarse en Clínica o la de psicólogos

ya acreditados para ejercer en el ámbito sanitario que buscan empleo, y las plazas respectivas de formación y trabajo. Esa desproporción no tiene más solución que una disminución muy importante del número de titulados y un incremento también muy importante de oportunidades de formación o trabajo. Sin embargo, no voy a entrar en el análisis de los factores que entran en juego. Sólo desearía apuntar que el itinerario es neutral en este asunto, ya que la desproporción se establece entre el rendimiento que se obtiene de los recursos dedicados a formación y los que se dedican a la asistencia sanitaria en salud mental. En nuestro caso, es bien conocido que la carrera de Psicología es vista por las Universidades como una carrera rentable, dado que hay una alta demanda de matrícula a buen precio, junto con una inversión muy baja de implantación, en comparación con otros títulos en Ciencias de la Salud. Eso supone que ahora haya en la universidad española entre 50 y 60 mil estudiantes de Psicología. Mientras la inversión en salud mental, y dentro de salud mental, en servicios psicológicos es extremadamente reducida, y no parece estar creciendo. Es más, estamos muy por debajo de la media europea (OMS, 2014). Pero aunque se igualara, resulta imposible equilibrar la entrada y salida, sin una reducción drástica de la primera. En este asunto no veo cómo el itinerario pueda influir.

Tampoco el itinerario, per se, puede ser un antídoto contra la fragmentación asociativa de la Psicología Clínica, la baja implantación en los servicios públicos asistenciales, la escasez de financiación en investigación en salud mental, la crisis de los sistemas diagnósticos y la consiguiente deriva a un modelo de mayor integración en las neurociencias (Tortella-Feliu et al., 2016) y otros muchos problemas, algunos ya mencionados y otros no.

Pero sin lugar a dudas, una Psicología Clínica más cohesionada, sin guerras intestinas que no tienen ningún beneficiario, y con toda la energía dirigida a hacer más y mejor ciencia y profesión puede ser una herramienta de cambio con influencia científica, profesional y social. Los resultados serán mejores para los psicólogos, pero también para los destinatarios de nuestro trabajo y la propia sociedad, en su conjunto.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- ANECA. (2005). *Libro Blanco. Título de Grado de Psicología ANECA* (Ed.) Recuperado desde http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf
- Carrobles, J. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 449-470.
- Carrobles, J. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 201-214.
- Carrobles, J. (2015). Presente y futuro de la Psicología Clínica y Sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 19-32.
- Comisión Europea. (2016). Mutual evaluation of regulated professions - Overview of the regulatory framework in the health services sector - psychologists and related professions. Recuperado desde <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/16683?locale=es>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, & Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas. (2015). *Nota sobre las competencias de los Psicólogos Sanitarios*.
- COP. (1990). La formación como especialista en Psicología Clínica y el sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43(Febrero). Recuperado desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=442>
- Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública, 33/2011. Boletín Oficial del Estado nº 240, pag. 104593

- Duro Martínez, J. C. (2017). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo? *Infocop Online*. Recuperado desde Infocop Online website: <http://www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.
- Fernández Ballesteros, R. (2017). La Academia de Psicología debate sobre Progresos y Crisis en Psicología Clínica. *Infocop Online*. Recuperado desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6571&cat=9
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, 44/2003. Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Última modificación del 28/03/2014.
- González-Blanch, C. (2015). La Psicología Clínica después de la Psicología General Sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 9-18.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios. Recuperado el 31/01/2017, desde Instituto Nacional de Estadística http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176991&mnu=resultados&idp=1254735976597
- Knapp, M., McDaid, D., Medeiros, H., Becker, T., Johnson, S., Kilian, R., . . . Tatar, M. (2007). Economics, mental health and policy: An overview. London: Personal Social Services Research Unit on behalf on the MHEEN network.
- López-Méndez, E., & Costa-Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la Psicología Clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 169-181.
- Ministerio de Educación, C. y. D. (2015). Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Licenciado en Psicología. 236. Recuperado desde <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/02/pdfs/BOE-A-2015-10576.pdf>
- REAL DECRETO 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, 2490/1998 C.F.R. (1998).
- OMS. (2014). Mental Health Atlas. Country Profiles. Recuperado el 31/01/2017 desde http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/
- Roe, R.A. (2002) What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7, 192-202.
- Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Aldaz-Armendariz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: Una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 189-200.
- Shapiro, D. (2002). Renewing the scientist-practitioner model. *The Psychologist*, 15(5), 232-234.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., . . . Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clinica y Salud*, 27(1), 37-43.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarrago, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., . . . consortium, R. (2015). Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1036-1042. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00332-6