

LA PSICOLOGÍA SANITARIA: IDENTIDAD Y PROFESIÓN

José Antonio Carrobles
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

Volviendo a hacer uso de su derecho a réplica, los autores Prado Abril, Sánchez Reales y Aldaz Armendáriz (2014) critican mi anterior artículo Carrobles (2013) en el que yo trataba de acercar posturas entre las dos figuras actualmente existentes: la del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y la del Psicólogo General sanitario (PGS), tratando de integrarlas y justificando la necesidad de ambas dentro del actual sistema sanitario español. Pero estos psicólogos, en lugar de admitir mis razones y mis argumentos, han decidido adoptar una postura defensiva y beligerante contra la futura figura profesional del Psicólogo General Sanitario, atribuyéndole un sinfín de males imaginarios y absolutamente injustificados para el futuro de la profesión, principalmente para los PEPC que ellos representan. Por ello, en el presente artículo centro mi atención en tratar de desmontar su injustificada e irracional postura, más fruto de la inseguridad laboral y de los problemas de identidad profesional que ellos mismos parecen estar sufriendo, y que irracionalmente atribuyen a la amenaza futura que parecen percibir derivada de la consolidación de la figura del PGS para su propio estatus personal y corporativo. Insistiendo en mi postura clara y bien conocida sobre este tema, vuelvo a proporcionar nuevos argumentos y razones para convencer al colectivo de los psicólogos españoles en su totalidad, y no solo a los irreductibles PEPC, de la necesidad de luchar conjuntamente para el establecimiento definitivo de la Psicología Clínica y Sanitaria y de la mejora de su prestigio en España.

PALABRAS CLAVE: Psicólogo Clínico, Psicólogo General Sanitario, identidad profesional, futuro de la Psicología Sanitaria en España.

Abstract

Using the right of reply, authors Prado Abril, Sanchez Reales, and Aldaz Armendáriz (2014) criticize my previous article (Carrobles, 2013) in which I tried to bring together two existing figures: the Psychologist Specialist of Clinical Psychology (PSCP) and the Sanitary General Psychologist (SGP), attempting to integrate them and justifying the necessity of both within the current Spanish Health System. These authors reject my arguments, rather than refute them, and adopt a defensive and belligerent position against the future professional figure of the SGP. This new figure is attributed all kinds of problems and possible wrongdoings as regards the future of the profession, mainly of the PSCPs represented by the said authors. In the present article center my attention focuses

on the dismantling of this unjustified position, which seems to be largely a result of job insecurity and problems of professional identity that they may be suffering but which they mistakenly attribute to the threat that they seem to perceive derived from the consolidation of the figure of the GSP for their own personal and corporative status. This article insisting on my clear and well well-known position on this subject and adds new arguments and reasons to convince Spanish psychologists as a whole, not just PSCPs, of the necessity to fight jointly for the definitive establishment of Clinical and Sanitary Psychology and the raising of its profile in Spain.

KEY WORDS: *Clinical Psychologist, General Health Psychologist, professional identity, future of Sanitary Psychology in Spain.*

Introducción

Los autores de la réplica a mi primer artículo (Carrobles, 2012) sobre la polémica suscitada en torno a las dos figuras actualmente existentes de psicólogos con atribuciones o funciones sanitarias en nuestro país: la del *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica* (PEPC) y la del *Psicólogo General Sanitario* (PGS), vuelven a ejercer de nuevo su derecho a réplica sobre mi segundo artículo sobre el tema (Carrobles, 2013) en el que planteaba la utilidad social y la necesaria complementariedad entre ambas especialidades o profesiones, en lugar de la controversia, todos ellos publicados en la misma revista *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. En esta ocasión, sin embargo, el tono de su réplica es algo más ácido y extemporáneo con descalificaciones y expresiones de un tono a veces casi insultante respecto de nuestras críticas, que revelan una actitud muy defensiva y acrítica respecto, no sólo de mis argumentos, sino de los demás colegas (Echeburúa *et al.*, 2012; Fernández Hermida, 2012; Gallego, 2013) que también se han implicado en esta polémica, con la mejor y más constructiva de las intenciones.

En esta segunda réplica, sin embargo, los autores en lugar de contrargumentar sobre las razones y los datos empíricos sobre los que yo baso mis argumentos en pro de alcanzar el consenso y la integración entre las dos especialidades actualmente existentes en el ámbito de la Psicología Sanitaria (el PEPC y el PGS) aportando otros datos de similar validez en contra de los mismos, los tres Psicólogos Clínicos (formados a través del sistema de Psicólogo Interno Residente [PIR] y homologados) autores de la réplica recurren, en su lugar, a adoptar una postura victimista, aludiendo a la posible amenaza de la pérdida de la propia identidad profesional de los psicólogos clínicos especialistas y de su actual estatus social y profesional, aun precario, dentro del Sistema Nacional de Salud, señalando de modo un tanto irracional y tendencioso como una de las principales causas de sus problemas el futuro y definitivo establecimiento de la nueva figura del PGS, a pesar de que el ámbito profesional de los centros y servicios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en el que ellos desarrollan y seguirán desarrollando principalmente su actividad, continuará estando reservado legalmente para ellos en exclusividad.

Sobre esta nueva réplica, lo mejor que se puede decir es que no añade ningún argumento sólido sobre el tema que ayude a esclarecer la controversia planteada, recurriendo los autores a argumentos no nucleares, sino más bien periféricos, sobre el mismo, centrados en lo que para ellos son aspectos recurrentes relacionados con su aparente percepción irracional de amenaza hacia su propio estatus y su propia identidad profesional, que para ellos supone la instauración y el desarrollo de la nueva profesión del PGS y que parecen reflejar, más bien, la propia inseguridad, tan crónica como injustificada, que parece afectar al conjunto del colectivo de los PIR que estos autores representan y que ellos ven irracionalmente incrementada por la irrupción de la nueva figura del PGS.

Como justificación de mis argumentos, basta con echar una ojeada a la reciente encuesta o estudio realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) de Madrid (Duro, 2013) llevada a cabo sobre una muestra representativa de PEPC del total de los más de 290 profesionales de la Psicología Clínica que trabajan en los distintos dispositivos públicos y concertados del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. El estudio refleja claramente las múltiples fuentes de insatisfacción y de inseguridad que afectan a este colectivo, centradas principalmente en la precariedad y la inestabilidad laboral que el mismo está sufriendo y en la aparente indefinición de la identidad, del rol y de las funciones que los psicólogos clínicos parecen estar desempeñando en relación con el marco institucional de las unidades de Psiquiatría a las que están vinculados y en las que principalmente ejercen su actividad, subordinados a los modelos o paradigmas psiquiátricos dominantes en ese contexto y bajo el control y la subordinación de los profesionales psiquiatras que dirigen los mismos. Por muy comprensibles que nos puedan parecer las quejas y las múltiples fuentes de insatisfacción que afectan a este colectivo, hacia el que yo manifiesto mi más sincera solidaridad y apoyo, no resulta en ningún caso comprensible que el mismo focalice selectivamente su atención o atribuya injustificadamente a la futura profesión de los PGS o al resto de los profesionales de la Psicología Sanitaria, algún papel en esa aparente indefinición o crisis de identidad profesional que ellos creen padecer o verse amenazados de llegar a padecer en el futuro. Más valdría, en este sentido, localizar mucho más certeramente el enemigo o los enemigos potenciales y dirigir contra ellos conjuntamente nuestra lucha y nuestras fuerzas en vez de buscar enemigos imaginarios dentro del propio colectivo de los psicólogos que, como ellos mismos, buscan su propia identidad profesional y su legítimo afán de poder llegar a ejercer la profesión de la Psicología para la que se han preparado y por la que luchan y continuarán luchando.

El problema de la identidad profesional

En cuanto a los argumentos o problemas específicos planteados por los autores del nuevo artículo, el principal problema para ellos es el del peligro o amenaza que se cierne sobre la *identidad profesional* del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PIR u homologado), sobrevenido, según ellos, por la aparición de la nueva figura del Psicólogo General Sanitario (PGS). Y para justificar su razonamiento esgrimen, como suelen hacer frecuentemente, la según ellos

excelente formación profesional de los PIR y la insuficiente o nula formación especializada de los PGS, para ejercer competentemente como psicólogos clínicos o sanitarios.

En cuanto al primero de los argumentos utilizados, el de la *identidad profesional*, lo primero que llama la atención es su intento de casi restringir la misma a la actividad desempeñada por los PEPC, especialmente a los psicólogos de formación PIR, proponiendo a los mismos como el único e ideal modelo de profesional clínico o sanitario, tanto por su formación como por las actividades sanitarias que debería realizar en exclusividad. Y, por el contrario, relegar al Psicólogo General Sanitario a un mero auxiliar o aprendiz de Psicólogo, al que solo le serían encomendadas algunas funciones o servicios muy limitados dentro del ámbito sanitario, sin especificar cuáles serían las funciones, las competencias, los pacientes, los problemas o los servicios que les podrían ser encomendados. Ante este cúmulo de incertidumbres, me gustaría pedir a los autores de la réplica que se pongan en el lugar de los futuros PGS y que imaginen como será la propia identidad profesional de los mismos, según la versión paupérrima que ellos tienen del PGS y las desvalorizadas actividades y funciones que ellos les adscriben. Sin lugar a dudas, su identidad profesional estaría por los suelos, si es que tuvieran alguna, y, sin duda, mucho peor que la de los Psicólogos PIR que ellos defienden, que acapararían toda la identidad atribuida a la profesión en exclusividad, y que llegarían a desarrollar, si alguien no lo remedia, una gigantesca e hipertrofiada identidad o ego psicológico.

Aunque las descripciones y las características generales adscritas a la narrativa o a la identidad profesional de la psicología sanitaria utilizadas por los autores son acertadas y correctas: sentido de pertenencia a una profesión; conjunto de repertorios culturales interiorizados; los planes de estudio seguidos; el reconocimiento y el aprendizaje del *ethos profesional*: los valores, las normas y los patrones conductuales propios y diferenciales de la profesión, etc.; no se alcanza a ver por qué estas supuestas características definitorias de la identidad profesional sugeridas por ellos solo son adjudicadas por los autores de la réplica, al menos en la supuesta por los autores versión excelsa de la misma, a los Psicólogos Clínicos Especialistas PIR y no a los PGS o a los demás psicólogos que ejercen su profesión en los múltiples y variados campos profesionales aplicados de la Psicología no necesariamente sanitarios.

Sin obviar que la característica identitaria fundamental de los psicólogos es la de haber cursado la carrera (Grado o Licenciatura) de Psicología, que nos diferencia sustancialmente del resto de las profesiones tituladas, y que define a nuestra profesión como la ciencia que aplica los conocimientos y las técnicas desarrolladas por la Psicología a una gran variedad de campos o problemas humanos aplicados y en una amplia variedad de contextos, el apellido que la consiguiente formación complementaria de postgrado añade a la misma no cambia sustancialmente nuestra identidad profesional, sino que simplemente la complementa en el sentido del incremento del valor añadido aportado por la propia experiencia profesional especializada o específica en un contexto determinado.

A este respecto, por mucho que se empeñen en insistir los autores de la réplica, la formación especializada de post-grado de ambos profesionales sanitarios (los PEPC y los PGS) no son tan diferentes y aun lo serán mucho menos en el futuro, cuando se implanten definitivamente los nuevos planes de estudio oficialmente regulados del Máster en Psicología General Sanitaria, salvando las no tan sustanciales diferencias de la distinta duración temporal de uno y otro y de los parcialmente diferentes contextos clínicos o sanitarios (psiquiatría-salud mental versus gabinetes clínicos y centros de salud) en los que principalmente realizarán sus estancias de formación práctica y profesional los PIR y los PGS, respectivamente. Por mucho que algunos se empeñen en tratar de exagerar y de resaltar las posibles diferencias entre ambas especialidades sanitarias, repito, éstas no dejarán de ser poco más que una mera "*cuestión nominalista*" (entre términos como los de *especialista* versus *generalista*) sobre la que se ha pretendido montar todo un argumentario más o menos articulado al servicio de unos determinados intereses corporativistas, más o menos declarados, por parte de los colectivos que interesadamente defienden esas posturas (Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes [ANPIR]; Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN]; Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología [AEPCP] y la Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica, principalmente). Sin embargo, estamos absolutamente convencidos de que la formación profesional proporcionada, en nuestro caso, por el actual *Máster Oficial en Psicología (Clínica y) de la Salud* y la futura conversión legal y administrativa del mismo en el *Máster en Psicología General Sanitaria* (MPGS) continuará asegurando la buena formación profesional de psicólogos clínicos y de la salud en el futuro, de acuerdo con los estándares europeos de formación especializada en Psicología Clínica, establecidos por la EFPA y acreditados a través del Diploma o Certificado Europeo en Psicología Clínica y de la Salud (EuroPsy).

La cuestión diferencial de la formación PIR y PGS

En relación con este tema, lo primero que querría decir es, saliendo al paso de la falsa imputación vertida por los autores de la réplica sobre mi persona, en el sentido de afirmar que yo he vertido críticas "...*abiertamente difamatorias*" sobre la calidad de la formación PIR, aunque sin justificar ni mencionar expresamente la cita literal donde yo he incurrido en tal cosa, y que con independencia de que la formación proporcionada por el Programa PIR sea más o menos buena y, por supuesto, también mejorable, como lo admiten los mismos autores de la réplica, ello no justifica el que se infravalore o descalifique la formación proporcionada por el Programa del MPGS, en base a argumentos tan débiles y sesgados como el de la simple mayor duración temporal de uno y otro, sin atender a los contenidos docentes impartidos por ambos, a que el MPGS lo imparten las Facultades de Psicología o a que el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC o PIR) lo concede el Ministerio de Sanidad en vez del Ministerio de Educación que concede el del Psicólogo General Sanitario (PGS) y algunos otros argumentos de este tono, como puede observarse en el anterior artículo de los autores (Sánchez Reales *et al.*, 2013).

Respecto a los demás argumentos y datos proporcionados por los autores sobre el progreso y las mejoras que se han ido introduciendo en el Programa PIR a lo largo de los últimos años, tanto en su duración temporal como en las rotaciones, los itinerarios de formación seguidos y la calidad de los contenidos docentes impartidos, coincidimos con ellos en que constituyen, sin duda, un claro progreso del cual todos nos congratulamos, yo el primero, por haber contribuido personalmente a la instauración y a la consolidación del mismo Programa PIR de múltiples formas como ya expresé en mi anterior artículo (Carrobles, 2013). Pero, volviendo a reiterar mi argumento anterior, la aparente bondad del Programa PIR de formación no justifica el menosprecio de las posibles bondades del Programa de formación del Máster PGS y la utilidad del mismo en el desempeño futuro de la Psicología en el ámbito sanitario en España.

En igual sentido, también somos conscientes de los múltiples problemas y tensiones de muy variados tipos que el colectivo de los psicólogos PIR y PEPC que ejercen su actividad en el ámbito de la salud mental han venido sufriendo y aún lo continúan haciendo, como claramente lo refleja la encuesta o el informe elaborado por el COP-Madrid sobre el colectivo de los Psicólogos PEPC (PIR o no PIR) que ejercen en el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Estos problemas son de muchos tipos, como también señalan los propios autores de la réplica, algunos claramente derivados del propio Sistema Nacional de Salud, entre los que se encuentran su inserción mayoritaria o casi exclusiva en las estructuras de Salud Mental y las unidades y servicios de Psiquiatría hospitalaria, bajo la dirección de otros profesionales sanitarios, principalmente psiquiatras, y sujetos a modelos médicos o biologicistas no siempre bien validados, y que, en ocasiones, hasta pretenden emular a los propios psicólogos ejerciendo ellos mismos como psicoterapeutas. Y así hasta un extenso número de quejas bien justificadas por parte de los psicólogos PIR o PEPC, sobre las cuales nos solidarizamos con estos colectivos sin ninguna reserva y animamos al resto de los colegas psicólogos a hacerlo. A este respecto, sólo les hacemos una única recomendación al respecto: que hagan su propio examen de conciencia y reflexionen con objetividad para determinar el propio papel o la responsabilidad, por acción o por omisión, que ellos mismos pueden haber desempeñado en que las cosas hayan evolucionado de la forma en que lo han hecho y sobre lo que podrían haber hecho o pueden hacer para cambiarlas en el futuro, en lugar de responsabilizar a los demás sobre sus problemas y de esperar que esos otros se los resuelvan.

Incidentalmente, me gustaría comentar la sorpresa que me ha producido observar en el artículo de referencia la mención y el apoyo por parte de los autores del mismo a los trabajos y a la perspectiva mantenida por autoridades internacionalmente reconocidas en el ámbito de la Psicología Clínica como Barlow (2013). Y lo más sorprendente de esta mención es el hecho de que se utilice la misma para criticar nuestra posición y nuestro enfoque, cuando somos precisamente nosotros y la formación que impartimos en nuestro Máster, los que coincidimos plenamente con este modelo basado en el empleo exclusivo por parte de la Psicología Clínica de terapias empíricamente validadas, justo de lo que suelen aparentemente adolecer otros programas de formación clínica, entre los que

pueden encontrarse varios de los contenidos de los programas de formación PIR actualmente existentes.

En cualquier caso, cabe recordar a este respecto que lo realmente importante es que las terapias empíricamente validadas que deben caracterizar nuestro hacer profesional lleguen a las personas que sufren, a ese 35% de españoles que aparentemente sufrirán un problema susceptible de terapia psicológica a lo largo de su vida, siendo insostenible que el escaso número de PIRs actualmente existente tengan que soportar esta enorme presión asistencial y que puedan atender o llegar a paliar el malestar psicológico de los españoles. La atención psicológica especializada en el Sistema de Salud Mental está drásticamente limitada no sólo por los largos periodos temporales de espera hasta poder ser atendido, especialmente en los servicios de rehabilitación psicosocial, sino también por el escaso tiempo que se puede dedicar a cada paciente. La escasa atención en salud mental es una constante en las quejas elevadas al Defensor del Pueblo, resaltada en su informe anual, como consecuencia de una Reforma Psiquiátrica inacabada y escasamente dotada de recursos. Por ello, es ingenuo pensar que pueden tratarse, ni tan siquiera a unos niveles mínimos, los problemas psicológicos existentes, con el escaso número de especialistas PIR actualmente disponible. En definitiva, cabe recordar que lo único que puede garantizar la mejoría clínica de los usuarios o pacientes es el acceso real a las terapias empíricamente validadas, sin importar tanto el título administrativo del psicólogo que las realiza, sino la formación científica y profesional de quiénes las imparten.

Y en el mismo sentido se dirigen sus críticas sobre el uso de los criterios de diagnóstico psicopatológicos del tipo de los basados en el DSM y en la CIE, que nos atribuyen los autores, cuando lo que acontece es justo lo contrario, que son los psicólogos PIR los que emplean un extenso tiempo y energía como parte de su formación dedicados, conjuntamente con los estudiantes MIR de Psiquiatría, a estudiar y dominar los criterios y la propia actividad del diagnóstico psiquiátrico derivada de las mismas en menoscabo de la alternativa de la evaluación psicológica de los problemas clínicos basada en el análisis funcional y en la formulación clínica del caso para orientar la intervención terapéutica psicológica.

Pero lo que no consideramos de ninguna forma justificable a este respecto, son sus alusiones a que *"las amenazas a la consolidación profesional del PIR o del PEPC no proceden exclusivamente del Sistema Nacional de Salud (SNS)..."*. Repartiendo responsabilidades a diestro y siniestro fuera del mismo. Acusando, por ejemplo, al propio COP de no haber mostrado *"ningún interés sostenido en consolidar la Psicología Clínica en el SNS como disciplina independiente, ... ni con el modelo asistencial público, ... (acusándole de) haber centrado sus esfuerzos en la solución de problemas que afectaban exclusivamente al sector privado"*, cuando es bien sabido que el COP es uno de los principales defensores y valedores del colectivo de los PIR y PEPC y en ocasiones, en mi opinión, de forma algo parcial y muy injustificada respecto de los psicólogos que ejercen la profesión privadamente, que constituyen la inmensa mayoría de sus afiliados y que se encuentran en una situación muchísimo más desfavorecida y precaria que la de los PEPC (PIR o no PIR) .

Y para colmo, los autores de la réplica, vuelven a sacar a colación, también en este tema, sus particulares demonios: la figura del Psicólogo General Sanitario (PGS) y los profesionales que la defendemos como una de las principales vías futuras del desarrollo profesional de la Psicología Clínica (Sanitaria) y de la integración definitiva de la Psicología Clínica a nivel europeo, en concordancia con el desarrollo de nuestra profesión en Europa, tanto a nivel profesional, como social y metodológico, dejando atrás el lastre de enfoques y metodologías acientíficas que tanto daño han hecho al desarrollo de nuestra profesión y que algunos todavía se esfuerzan en continuar manteniendo.

A este respecto, como los mismos psicólogos PEPC y PIRes expresan en la encuesta realizada por el COP (Duro, 2013) el colectivo, en su conjunto, parece tener una considerable falta de información y una cierta confusión sobre lo que verdaderamente representa la nueva figura del Psicólogo General sanitario (PGS) y de ahí las suspicacias que esta figura parece despertar en ellos. No siendo conscientes de que constituye simplemente el reconocimiento de que una parte sustantiva del ejercicio profesional de la Psicología es sanitaria y de ahí el nombre de Psicología General Sanitaria utilizado para calificar la misma, a diferencia de la otra parte, la de los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) con un mayor nivel de especialización y formados en el ámbito PIR, con competencias y contextos de trabajo diferentes y legalmente regulados. En este sentido, puede verse como un hito histórico para el conjunto de la profesión de la Psicología, incluyendo los PIRes, el que la Psicología sea reconocida como profesión sanitaria desde que los psicólogos empiezan a formarse como estudiantes en el Grado o la Licenciatura con el reconocimiento de que al menos 90 créditos del contenido de los estudios cursados sean considerados sanitarios, sin que, como ocurría hasta ahora, solo tenían el carácter o eran reconocidos como sanitarios exclusivamente los estudios de postgrado realizados a través del Programa PIR.

Y por otro lado, también cabe señalar que dado que la formación de los estudiantes del MPGS incluye un mínimo de 30 créditos prácticos supervisados por un Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) o por un Psicólogo con el título de MPGS, y que la misma puede realizarse tanto en centros sanitarios públicos como privados que cumplan las condiciones del decreto que lo regula, las dudas y las preocupaciones mostradas por los PEPC respecto a la calidad de la formación de los estudiantes del MGPS podrían ser fácilmente solventadas si los mismos se implicaran de un modo más comprometido y entusiasta en el ejercicio del papel que legalmente les está reservado como tutores y supervisores de la formación de los mismos, del mismo modo que los médicos de unidades hospitalarias u otros dispositivos asistenciales reconocidos legalmente tutelan a los estudiantes de los últimos cursos de la carrera de Medicina en su formación práctica. La implicación del colectivo de los PEPC en esta actividad podría ser realmente importante al garantizar no solo la excelencia de la formación práctica impartida a los futuros PGS, sino que ayudaría a fomentar y a generalizar la necesaria cooperación entre la especialidad de la Psicología Clínica y las Facultades de Psicología, como sucede en el ámbito de la Medicina donde la correspondencia entre la estructura hospitalaria de formación de los residentes y los departamentos universitarios es muy estrecha. Todo ello redundaría en una mayor cooperación

recíproca que podría facilitar la consecución de acuerdos y el necesario intercambio de conocimientos y servicios.

Conclusiones y perspectivas futuras

Como síntesis de todo lo comentado hasta aquí e intentando conciliar posturas en pro de alcanzar el consenso o, al menos, el facilitar la colaboración entre las dos formas de ejercer la psicología en el ámbito sanitario y entre los psicólogos que al amparo de la actual y definitiva legislación van a ejercer con exclusividad la misma (los PEPC y los PGS), cabe extraer las siguientes conclusiones.

1. La situación actual y futura del ejercicio de la profesión titulada y legalmente regulada de la Psicología Sanitaria a través de la creación de la nueva figura del PGS (LGSP 33/2011) ha supuesto un logro indudable, principalmente por la clarificación y la coherencia que supone para la profesión y para los profesionales que hasta ahora han venido ejerciendo su actividad como psicólogos clínicos y sanitarios en virtud de los derechos adquiridos previamente por su condición de licenciados o graduados en Psicología, al unificar en una sola categoría o cualificación futura las anteriores titulaciones existentes. En este sentido, discrepamos de los autores de la réplica que, por el contrario, pintan un panorama bastante confuso, con el fácil recurso a los más de 40 años de la historia pasada de la Psicología, con sus múltiples obstáculos y sus variadas vicisitudes, en el proceso del establecimiento y consolidación definitiva de la misma en nuestro país.
2. Naturalmente, cabe esperar que la figura del futuro PGS ejercerá funciones clínicas o sanitarias (que en realidad son términos equivalentes) de modo paralelo o complementario a los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PIR u homologados) de igual modo a como ocurre en la unión europea y en el resto del mundo desarrollado. La cuestión de la diferente denominación terminológica actualmente existente acabará por diluirse por no estar realmente sustentada sobre unas bases empíricas que la apoyen, como tampoco lo están las supuestas funciones o competencias que vagamente y de modo confuso se adscriben en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003 y LGSP, 2011) a una y otra de estas diferentes titulaciones. En igual sentido, tampoco cabe esperar que sobreviva la distinción entre los campos o ámbitos aplicados, público versus privado, actualmente reservados para ambos profesionales, dada la inespecificidad y el solapamiento de los mismos y la confusión que les acompaña al confundirse o identificarse el término y el ámbito de lo "*público*" con el de "*estatal*", propio del Sistema Nacional de Salud, sin advertir que no son, ni mucho menos, la misma cosa.
3. Ni que decir tiene que no estamos negando, en absoluto, la distinción o el diferente estatus que ambas figuras o categorías de psicólogos sanitarios (PEPC y PGS) puedan o deban tener, en consonancia con el diferente nivel de cualificación profesional alcanzado a través de la más extensa formación de postgrado realizada por los Psicólogos Clínicos Especialistas (especialmente los de formación PIR) de lo que, obviamente, se derivará, como hasta ahora ha sucedido y se espera que continuará sucediendo en el futuro, que las plazas o

puestos de trabajo que necesariamente se deberán convocar en el futuro dentro del SNS sean adjudicadas con casi total seguridad a los PEPC, por el simple hecho, no sólo de sus mayores méritos curriculares, sino porque esas plazas serán igualmente reservadas para los profesionales que hayan alcanzado la mencionada titulación de PEPC.

4. La creación de la figura del PGS no ha sido, como afirman los autores de la réplica, "... una consecuencia directa de las complicaciones puntuales derivadas de la LOPS", sino el resultado de la constatación de que la regulación de la práctica de la Psicología Clínica (o sanitaria) en toda Europa lo demandaba, en consonancia, por un lado, con la integración de España en el marco unificado del Espacio Europeo de Educación Superior; y, por otro, con la aparente inviabilidad de utilizar el formato de formación PIR, por mucho que nos hubiera gustado que así fuera, para responder a esta demanda, dado el elevado coste económico de este sistema de formación, la infraestructura asistencial sanitaria requerida para hacerlo y el escaso número de plazas PIR convocadas anualmente para todo el estado, como las 130 plazas convocadas en el año 2013, cuando el número medio de psicólogos licenciados anualmente en España está en torno a los seis mil psicólogos.

Un argumento adicional y más contundente lo constituye, en este sentido, el hecho de que tanto la estructura como la duración de los nuevos planes de estudio de las demás facultades universitarias españolas que han regularizado su situación de acuerdo con la legislación europea y no solo en el caso de las disciplinas sanitarias, como, por ejemplo, las facultades de derecho, o las propias carreras técnicas e ingenierías, incluyen igualmente un Grado de una duración de 4 cursos (240 créditos ECTS) y un Máster de posgrado profesionalizante, de carácter eminentemente práctico, de 90 ECTS, de modo similar a lo que sucede en la carrera de Psicología con la instauración del Master MPGS que capacita para el ejercicio de la psicología como profesión sanitaria.

En cualquier caso, tampoco es cierto, como afirman injustificadamente los autores, que el contenido curricular de la formación del PGS haya sido una consecuencia directa de las presiones ejercidas por los grupos de presión o *lobbies* asociados a las Facultades de Psicología y al propio COP, "...ignorando los análisis y la propuesta realizada desde las asociaciones profesionales y científicas de la Psicología Clínica (AEN, AEPCP y la Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica)". Por el contrario, la situación parece haber sido justamente la opuesta, pues es bien conocido que algunas de las asociaciones mencionadas, junto con la ANPIR, no han cesado a lo largo de todo el proceso de gestación y de regulación legal del Master en Psicología General Sanitaria y de la figura del Psicólogo General Sanitario de oponerse y de intentar boicotear el desarrollo y el establecimiento de las mismas, aunque felizmente no hayan alcanzado al final su propósito.

5. Un aspecto de su escrito de réplica que me parece mucho más injustificado es la deducción que establecen, como resultado de su sesgada e interesada argumentación, de que "*los pacientes serán los máximos perjudicados*" por la instauración de la figura del Psicólogo General Sanitario y la especulación

apocalíptica, aún más atrevida, de que la misma creará "... una crisis de identidad profesional" que amenazará el desarrollo futuro de la profesión. Suponemos que se refieren a la propia crisis de identidad profesional que los Psicólogos Clínicos Especialistas (principalmente los PIR) dicen estar sufriendo (Duro, 2013) porque por lo que respecta a los PGS, lo que realmente esperamos que suceda es justamente lo contrario, dado que, por fin, encontrarán la auténtica identidad profesional que hasta ahora se les ha venido negando o escamoteando. Y, por supuesto, los principales beneficiarios serán los propios pacientes que podrán disponer del acceso mucho más amplio y de mayor calidad a una asistencia psicológica regulada y garantizada que hasta ahora les estaba vedada. Y la situación ideal, en este ejercicio fantástico de soñar despierto, será la de alcanzar el logro de que esta asistencia sea financiada con fondos públicos, como un servicio sanitario más incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, al menos a nivel del Sistema de Atención Primaria, en lugar de ser costeadado privadamente como lo está siendo en la actualidad.

A este respecto y reiterando la importancia de las terapias basadas en la evidencia que caracterizan a nuestra profesión, viene a colación mencionar los datos derivados de los programas de intervención psicológica aplicados en el Reino Unido, como el denominado "Mejorando el acceso a las terapias psicológicas" (*Improving Access to Psychological Therapies*) (Clark *et al.*, 2009; *National Health Service*, 2013; Richards y Borglin, 2011) coordinado por el Departamento de Sanidad, con una inversión de cientos de millones de euros, que está siendo un indiscutible éxito económico y social y que puede ser tomado como un referente de la psicología sanitaria profesional y de la extensión de las aplicaciones de las terapias cognitivo conductuales (TCC) inicialmente a los problemas de ansiedad y depresión, y en la actualidad extendido a otros ámbitos y problemas clínicos. Cabe preguntarse si sería viable la aplicación de un programa como este en nuestro país que facilitara el acceso a las terapias de probada eficacia de forma extensa a la población general si solo dispusiéramos de la figura del Psicólogo PIR o si se limitara drásticamente el número de profesionales que pueden acceder a una formación específica como terapeutas, sobre la base de discutir que es y que no es sanitario. Resumiendo, cabe señalar que no debemos perder la perspectiva ni confundir las auténticas prioridades, recordando que la verdadera disyuntiva ante la que se encuentra la Psicología es la de si lo verdaderamente relevante es "*escuchar al profesional o al paciente*".

6. De igual modo, cabe decirles, finalmente, a los autores de la réplica, que en cuanto a esa hipotética crisis de identidad profesional que los PEPC dicen estar sufriendo o que agoreramente temen llegar a sufrir en el futuro, que no busquen chivos expiatorios ni enemigos en los futuros PGS, porque no lo son en absoluto, por mucho que se empeñen en repetirse el mismo *mantra* hasta convencerse de ello, como lo han venido haciendo hasta ahora. Quizás sea ya el momento de ser realistas y de pensar constructivamente en la situación futura de la Psicología Sanitaria en España a la luz de la regulación legal actualmente existente y de luchar unificadamente por la confluencia, la

complementariedad y la integración de ambas figuras o especialidades, la del PEPC y la del PGS, para garantizar el futuro de nuestra profesión, a través de la imagen social que podemos proyectar sobre la misma, y, sobre todo, asegurando la posibilidad de una atención psicológica de calidad a la enorme cantidad de personas que están necesitando de nuestros servicios por verse afectados de la múltiple variedad de problemas y trastornos derivados de la época especialmente difícil que nos ha tocado vivir, cifrada en casi el 40% de la población, para cuya labor no solo somos todos necesarios, sino que conjuntamente debemos esforzarnos en garantizar la calidad de la formación y del ejercicio profesional de los Psicólogos Clínicos y Sanitarios españoles, tanto desde la formación clínica especializada PIR proporcionada a través del Sistema Nacional de Salud, como desde la formación del MPGS facilitada por las propias facultades de Psicología y la correspondiente consecución del título de Psicólogo General Sanitario.

Referencias

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2013). *Propuestas de la AEN sobre el prácticum del Máster en Psicología General Sanitaria y los servicios de salud mental*. Recuperado el 8 de octubre de 2013, desde: <http://www.aen.es>
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2011). Recuperado el 6 de octubre de 2013, desde: <http://www.aepp.net/arc/peticion%20PGS%20AEPCP-1.pdf>
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27.
- Carrobles, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Carrobles, J. A. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Clark, D. R., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920
- Duro, J. C. (2013). *Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid*. Recuperado el 15 de diciembre, de 2013, desde: <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/estudiosobrelapsicologiaclinicaenlasanidadpublicadelacomunidaddemadrid.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y 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, 423-435.
- Fernández Hermida, J. R. (2012). *Implantación del título de Psicólogo General Sanitario*. Sesión aplicada presentada en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.
- Gallego, C. (2013). *Inauguración de las IV Jornadas de Emociones y Bienestar*, Madrid, España.
- National Health Service (2013). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. Recuperado el 10 de octubre de 2013, desde <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>
- Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica (2011). *Declaración de la plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica*. Recuperado el 6 de octubre de 2013, desde: <http://www.aepp.net>

- Prado Abril, J., Sánchez Reales, S. y Aldaz Armendáriz (2014). Psicología Sanitaria: en busca de identidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 153-160.
- Richards, D. A. y Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 51-60.
- Sánchez Reales, S., Prado Abril, J. y Aldaz Armendáriz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 189-200.

RECIBIDO: 20 de febrero de 2014

ACEPTADO: 1 de marzo de 2014