



**Colegio Oficial  
de Psicólogos  
de Madrid**

**ESTUDIO SOBRE LA  
PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA  
SANIDAD PÚBLICA DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID  
LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES**

30 Agosto 2013

**AUTOR**

**Juan Carlos Duro Martínez**  
Psicólogo Clínico. Colegiado M-01598

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	5
METODOLOGÍA .....	6
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	6
DISEÑO DE LAS TÉCNICAS .....	7
TRABAJO DE CAMPO .....	15
LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	16
ANÁLISIS .....	18
DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA AL HORIZONTE DE LA PRIVATIZACIÓN .....	19
Crecimiento lento, desigual y más bien vegetativo .....	19
Heterogeneidad en la Red .....	24
El Mínimo Común Denominador .....	31
Lo comunitario versus lo hospitalario .....	32
La primacía de la gestión hospitalaria .....	35
Oteando el horizonte de la privatización .....	38
Los pacientes como mercancía .....	41
LA DEMANDA EN SALUD MENTAL .....	43
Los médicos de Atención Primaria detectan y derivan .....	44
El Call Center distribuye la demanda .....	50
LA PRIMERA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA .....	54
Primeras evaluaciones y derivaciones internas: trabajo en negro .....	54
Los tests, las pruebas neuropsicológicas y los informes .....	60
La historia clínica electrónica .....	62
Profesiones y patologías .....	62
LA PSICOTERAPIA .....	67
La joya de la corona, compartida .....	68
Psiquiatras y, encima, psicoterapeutas: dos por el precio de uno .....	71
Mejor que el psiquiatra no sea psicoterapeuta .....	74
Y nosotros, ¿qué hacemos? .....	79
La formación y las habilidades, sí importan .....	81
LA REHABILITACIÓN .....	82
Los psiquiatras 'tratan/curan', los psicólogos 'rehabilitan/educan' .....	82
Un campo específico para los psicólogos, a bajo coste .....	84
LAS COORDINACIONES .....	86
En manos del voluntarismo de los profesionales .....	86
Imprescindibles con la población infantil .....	88
EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL .....	90
La Psicología clínica como parte de la Salud Mental .....	92
La Psicología 'de la salud' como diferente de la Psicología clínica .....	94
Psicología clínica y de la salud .....	96
¿Trabajar con Psiquiatría o para Psiquiatría? .....	99
EL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	101
Tal como estamos. El Equipo de Salud Mental apoya a la Atención Primaria .....	102

<i>Un filtro útil: el Psicólogo Clínico entre Atención Primaria y Salud Mental</i> .....	104
<i>Un Psicólogo General Sanitario. ¿Amenaza u Oportunidad?</i> .....	105
LOS SERVICIOS INDEPENDIENTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	109
<i>Unidos para siempre</i> .....	113
<i>Independencia: we can</i> .....	115
<i>La Tercera Vía: compartir un poco más el poder</i> .....	121
LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	125
<i>Jóvenes, somos aún tan jóvenes</i> .....	126
<i>...Y ya en peligro de extinción</i> .....	128
<i>Somos facultativos, facultados para...¿Qué?</i> .....	131
<i>Los homologados y los vía PIR</i> .....	133
<i>Los no especialistas deterioran la imagen de la Especialidad</i> .....	136
<i>Los paradigmas, haberlos, háylos</i> .....	139
<i>¿Existe vida más allá de la Psicología clínica?</i> .....	140
<i>Autocrítica</i> .....	142
LA FORMACIÓN PIR.....	143
<i>Un logro de todos</i> .....	143
<i>Más luces que sombras</i> .....	145
<i>Juntos pero no revueltos</i> .....	149
EL PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO .....	151
<i>Un gol en propia puerta</i> .....	153
<i>Una salida 'paliativa' para la práctica privada</i> .....	155
<i>Másteres como 'especialidad'</i> .....	157
EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES CIENTÍFICO-PROFESIONALES .....	160
EL PAPEL DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS.....	165
<i>La especialidad, un hijo poco reconocido</i> .....	167
<i>No sabe, no contesta</i> .....	168
<i>Apoyo a la práctica privada, divorcio con la pública</i> .....	169
<i>En el conflicto sanitario, mutis por el foro</i> .....	172
<i>Connivencia con la Universidad</i> .....	173
<i>Ni está.... pero se le espera</i> .....	173
PROPUESTAS DE LOS PROFESIONALES.....	175
<i>Sobre la política general</i> .....	175
<i>Sobre la gestión de los Servicios</i> .....	176
<i>Sobre la Especialidad</i> .....	177
<i>Sobre los no especialistas en la Sanidad pública</i> .....	179
<i>Sobre la formación continuada</i> .....	180
<i>Sobre el Psicólogo General Sanitario y la Universidad</i> .....	180
<i>Sobre el Colegio de Psicólogos</i> .....	182
CONCLUSIONES E INTERPRETACIÓN.....	183
<i>Por Temáticas</i> .....	183
<i>Aspectos generales</i> .....	183
<i>Sobre la Especialidad de Psicología clínica</i> .....	185
<i>Sobre la Psicología clínica en la Red de Salud Mental</i> .....	186
<i>Sobre la Psicología en los hospitales</i> .....	202
<i>Sobre la Psicología en Atención Primaria</i> .....	203

<i>Sobre los Servicios de Psicología clínica</i> .....	204
<i>Sobre la formación PIR</i> .....	211
<i>Sobre el Psicólogo General Sanitario</i> .....	212
<i>Sobre el papel del COP y las Asociaciones Profesionales</i> .....	214
<i>Según profesionales</i> .....	216
<i>Aspectos comunes a todos los profesionales</i> .....	216
<i>Según los directivos/psiquiatras</i> .....	217
<i>Según los Psicólogos Clínicos de Salud Mental</i> .....	218
<i>Según los PIRes</i> .....	220
<i>Según los Psicólogos Clínicos y no especialistas no incluidos en Salud Mental</i> .....	220
<b>A MODO DE SÍNTESIS</b> .....	221
<b>ANEXOS</b> .....	225
<i>Anexo 1: Perfiles de entrevistas a directivos de centros</i> .....	225
<i>Anexo 2: Perfiles de entrevistas a psicólogos relevantes</i> .....	226
<i>Anexo 3: Perfiles de grupos de discusión</i> .....	227
<i>Anexo 4: Guión de entrevistas y grupos de discusión</i> .....	228
<i>Anexo 5: Protocolos de derivación desde Atención Primaria Especialistas del Centro de Salud Mental</i> .....	229

## **INTRODUCCIÓN**

Este estudio sobre *La Psicología clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid: la perspectiva de los profesionales*, ha sido encargado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM), para conocer las problemática de la Psicología clínica en la Sanidad pública de la Comunidad de Madrid desde la perspectiva de los profesionales directamente relacionados con la misma, principalmente los profesionales de la Psicología clínica.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general del estudio es conocer la problemática actual de la Psicología clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid para que el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid establezca líneas de actuación para la defensa y mejora de dicho colectivo.

Los objetivos específicos son:

Conocer las opiniones y valoraciones que los profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Sanidad Pública tienen sobre la Especialidad de Psicología clínica.

Conocer las opiniones y valoraciones que los profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Sanidad Pública tienen sobre su situación y actividad laboral.

Conocer las opiniones y valoraciones que los profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Sanidad Pública tienen sobre las Asociaciones

científico-profesionales relacionadas con la Psicología y la Salud Mental, y especialmente sobre el Colegio de Psicólogos.

Conocer las opiniones y valoraciones que sobre la Psicología clínica tienen los responsables de Servicios de Psiquiatría y Centros de Salud Mental.

## ***METODOLOGÍA***

Para la realización de esta investigación se ha utilizado una metodología cualitativa participativa, implicando a la población de estudio en la producción de la información y buscando su compromiso, no solo en la elaboración de los resultados, sino en el desarrollo futuro de las conclusiones que de él se extraigan.

## ***POBLACIÓN Y MUESTRA***

La población objeto principal de esta investigación son los profesionales de Psicología clínica que trabajan en los distintos dispositivos de la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid.

Sin embargo para comprender mejor su situación hemos considerado importante conocer la opinión de los Psiquiatras, responsables de los centros en los que trabajan la gran mayoría de los psicólogos clínicos, en tanto que la Psicología clínica ha nacido y se ha desarrollado 'de la mano' de la Psiquiatría y que ésta constituye el contexto en el que entender buena parte de la problemática de la Psicología clínica.

Además, hemos recogido la opinión de los Psicólogos Internos y Residentes que, actualmente realizan la Especialidad de Psicología clínica en la Comunidad de Madrid en la medida que constituyen el presente de la formación PIR y el futuro de la Especialidad.

Así la población de estudio se divide en tres clases o segmentos:

Profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid (en la Red de Salud Mental o en otros dispositivos no incluidos en la Red de Salud Mental)

Psicólogos Internos y Residentes que, actualmente realizan la Especialidad de Psicología clínica en la Comunidad de Madrid

Responsables de Centros o dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental, principalmente psiquiatras, pero también psicólogos clínicos

La muestra utilizada ha combinado su carácter intencional para las entrevistas individuales y el estructural para los grupos de discusión.

Intencional en tanto se ha buscado entrevistar a determinadas personas relevantes en relación con los objetivos del estudio.

Estructural en tanto que se ha perseguido que fueran personas con perfiles estructuralmente representativos de los segmentos o clases que conforman la población objeto de la investigación.

## ***DISEÑO DE LAS TÉCNICAS***

Las técnicas utilizadas han sido Entrevistas abiertas y Grupos de Discusión.

A) Entrevistas abiertas

A Directivos de Centros de la Red de Salud Mental.

A Profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Red de Salud Mental o en otros dispositivos sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.

**Entrevistas abiertas a Directivos de Centros de la Red de Salud Mental**

Para la elección de la muestra intencional de Responsables de Centros o dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Titulación: La mayoría de los entrevistados fueron profesionales de Psiquiatría ya que la práctica totalidad de los Responsables de Centros de la Red de Salud Mental son psiquiatras. Los dos únicos psicólogos clínicos que ocupan actualmente cargos directivos y otros dos que los ocuparon años atrás, fueron entrevistados.

Nivel de responsabilidad y poder. Se eligieron:

- 3 jefes de los Servicios de Psiquiatría de grandes hospitales con Unidades Docentes Multiprofesionales Acreditadas
- 1 responsable de un Hospital de día
- 5 directores de Centros de Salud Mental, uno grande, dos medianos y uno pequeño.
- 1 Jefe de Servicio de Psicología clínica de un gran hospital
- 2 ex-directivos de dispositivos de Psicología clínica y de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Experiencia en la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se les eligió con un alto grado de experiencia:

- Más de 30 años
- Entre 20-30 años
- Menos de 20 años



Liderazgo. A la práctica totalidad de los entrevistados se les eligió intencionalmente por haber tenido, o todavía tener, un considerable liderazgo en diferentes Asociaciones científico-profesionales, ya fuera participando en Juntas Directivas o en Secciones y grupos de trabajo. Las más relevantes de ellas son la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

Cualificación universitaria. La mitad de los entrevistados tienen también plaza de profesor en alguna Universidad madrileña.

Además se tuvo en cuenta las diferentes 'sensibilidades' de los psiquiatras entrevistados hacia los psicólogos clínicos y sus diferentes enfoques teóricos.

En total se realizaron 12 entrevistas a directivos (8 a psiquiatras y 4 a psicólogos clínicos (Anexo 1)

**Entrevistas abiertas a** Profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Red de Salud Mental o en otros dispositivos sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.

Para la selección de la muestra intencional de profesionales de especial relevancia se tuvieron en cuenta los siguientes a criterios:

Participación activa en Asociaciones:

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM),

Asociación Madrileña de Salud Mental-Asociación Española de Neuropsiquiatría (AMSM-AEN),

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)

## Otras Asociaciones científico-profesionales<sup>1</sup>

De todas las personas invitadas a participar en el estudio, solamente dos de ellas, una perteneciente a la Junta Directiva de la AMSM-AEN, y otra a la Junta Directiva de la AEPCP (además de pertenecer a la AMSM-AEN) rehusaron explícitamente ser entrevistadas.

Actitud en relación con el Colegio de Psicólogos. Para elegir a los psicólogos a entrevistar, el investigador tuvo en cuenta las diferentes 'actitudes' de los psicólogos entrevistados hacia el Colegio de Psicólogos (desde la más favorable hasta la más crítica) y los diferentes enfoques teóricos existentes en la profesión.

Una vez hecha la entrevista, el entrevistado, a requerimiento del investigador, sobre *cómo se definiría en cuanto a su orientación teórica*, se autoadscribió a una orientación teórica cuya formulación literal figura en la ficha de los perfiles.

Sólo dos de los profesionales entrevistados eran profesores asociados de la Universidad, aunque la mayoría participaban como docentes en algunos de los másteres relacionados con la Especialidad.

---

<sup>1</sup> De otras Asociaciones científico-profesionales relacionadas con la Psicología clínica como la Sociedad Española para el avance de la Psicología clínica y de la Salud (SEPCyS), la Asociación Española de Psicopatología y Psicología clínica (AEPPC) y la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) solo pudimos encontrar un profesional relevante que trabajara en lo público y que perteneciera a alguna de las tres Asociaciones científico-profesionales citadas, concretamente a la AEPPC, y rehusó a participar en el estudio. No hemos encontrado ni se han identificado como miembros de las mismas ninguno de los participantes en los grupos de discusión por lo que podemos afirmar que los psicólogos clínicos que trabajan en la Sanidad pública de la Comunidad de Madrid no están incluidos significativamente en dichas asociaciones que, por otro lado, se nutren casi exclusivamente de profesores universitarios y psicólogos con práctica privada.

Se han realizado 8 entrevistas individuales (Anexo 2)

## B) Grupos de Discusión

La selección de la muestra procuró garantizar la representación estructural del conjunto de los profesionales relacionados con la Psicología en la Sanidad pública de la Comunidad de Madrid de manera que su diseño saturase el conjunto del discurso y no se ignorase ningún segmento o clase del mismo.

Así para el diseño de los Grupos de Discusión se tomó como variable excluyente la especialidad y el lugar de trabajo:

- Profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Red de Salud Mental (6 grupos),
- Psicólogos Internos y Residentes de la Especialidad de Psicología clínica (2 grupos)
- Otros profesionales de otros dispositivos de la Sanidad pública no incluidos en la Red de Salud Mental (1 grupo).

En total participaron 54 profesionales en 9 grupos de discusión. (Anexo 3)

Para los grupos de discusión con profesionales de Psicología clínica que trabajan en la Red de Salud Mental se utilizó como criterio de heterogeneidad la vía de obtención del título de la Especialidad:

- Vía homologación. 3 grupos
- Vía PIR. 1 grupo
- 2 grupos mixtos.

Para los 2 grupos de Psicólogos Internos y Residentes de la Especialidad de Psicología clínica se utilizaron como criterios de heterogeneidad su pertenencia a las diferentes Unidades Docentes Multiprofesionales y el año de Residencia. (De R1 a R4)

Para el grupo de otros profesionales de otros dispositivos de la Sanidad pública no incluidos en la Red de Salud Mental se utilizaron como criterios de heterogeneidad su pertenencia a diferentes Servicios y ser Especialistas, o no, en Psicología clínica.

Otras variables para la elección de los perfiles de los integrantes fueron:

Años de experiencia. Se utilizó como criterio de homogeneidad los años de experiencia:

- Más de 20 años para psicólogos especialistas por la vía de la homologación
- Entre 10 y 20 años psicólogos especialistas por ambas vías
- Menos de 10 años para psicólogos especialistas por la vía PIR

Tipo de contrato. Se cubrió todo el espectro posible:

- Estatutario
- Estatutario interino
- Estatutario eventual
- Laboral fijo
- Laboral interino
- Funcionario

- Funcionario interino.

Centro de trabajo. También se cubrió todas las posibilidades de trabajo:

- Centros de Salud Mental grande, mediano y pequeño
- Hospital general grande, pequeño y pequeño nuevo
- Hospital monográfico
- Hospitales de día

Localización geográfica:

- Centros en Madrid capital (Urbana)
- Centros en ciudades de la Comunidad de Madrid (Metropolitana)
- Centros en pueblos de la Comunidad de Madrid (Rural)

Población de trabajo:

- Infanto-juvenil<sup>2</sup>
- Adolescentes<sup>3</sup>
- Adultos

Programas:

- Asistencia ambulatoria,
- Interconsulta hospitalaria desde los Servicios de Psiquiatría
- Hospital de día

---

<sup>2</sup>Población infanto-juvenil en atención ambulatoria sea desde los Centros de Salud Mental o desde Consultas externas hospitalarias.

<sup>3</sup>En Hospitales de día específicos para población adolescente.

- Rehabilitación en dispositivos dependientes de la Red Sanitaria
- Trastornos de conducta alimentaria en dispositivos específicos
- Otros Servicios y dispositivos no incluidos en la Red de Salud Mental y por lo tanto no dependientes de los Servicios de Psiquiatría correspondientes.

Además para elegir a los participantes en los grupos de discusión, el investigador tuvo en cuenta las diferentes 'actitudes' de los psicólogos entrevistados hacia el Colegio de Psicólogos (desde la más favorable hasta la más crítica) y los diferentes enfoques teóricos.

Días después de haberse realizado cada grupo el investigador envió por correo electrónico los datos: *respecto a tu orientación teórica ¿cómo te definirías?*, lo que hizo que cada psicólogo se autoadscribiera a una orientación teórica cuya formulación literal figura en la ficha de los perfiles.

En los participantes en los grupos de discusión varios de los participantes expresaron su pertenencia a la AMSM-AEN, ANPIR o su colaboración con el COPM.

Tanto para las entrevistas como para los grupos de discusión el investigador tenía un guión de los temas a tratar desglosados a partir de los objetivos del estudio (Anexo 4)

## TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2012 y abril de 2013.

Todas las entrevistas, salvo excepciones, y todos los grupos de discusión se realizaron en un local de profesionales de la investigación neutro respecto al demandante (COPM) y al objeto del estudio.

La captación de los investigados la hizo directamente el investigador en base a su red de contactos profesionales/personales y por el método de bola de nieve o red privada de pasos evitando canales jerarquizados (por ejemplo un jefe no era captador de un subordinado) y buscando canales lo más simétricos posibles (psicólogos clínicos por vía de homologación captan a psicólogos clínicos por vía PIR, psicólogos clínicos por vía PIR a un PIR, o un PIR capta a otro PIR).

En el caso de las entrevistas a psiquiatras directivos de Centro el tema para la captación y como consigna de arranque de la entrevista fue que se trataba de *Un estudio sobre la salud mental en la Comunidad de Madrid* sin señalar explícitamente que era por encargo del Colegio de Psicólogos. Elegimos así un tema de mayor potencia lógica (La salud mental engloba a la Psicología clínica) para posibilitar la emergencia de la Psicología clínica en su discurso espontáneo y lo menos dirigido posible por parte del investigador. Igualmente el hecho de no dar a conocer que era el COP el que encargaba el estudio evitaba que dieran respuestas en función de su posicionamiento respecto al COP (bien *políticamente correctas* o bien de crítica hacia él).

En el caso de los psicólogos en la captación y en el inicio de las entrevistas y los grupos el tema se planteaba de manera directa.

## ***LIMITACIONES DEL ESTUDIO***

La principal limitación del estudio, aunque a su vez, puede que su principal fortaleza, (al menos para poder haberse llevado a la práctica) ha sido la relación del investigador con la problemática a estudiar. No vamos a extendernos sobre la necesidad de tener en cuenta la reflexividad en toda investigación cualitativa, pero sí señalar, a la hora de entender este estudio, la gran implicación del investigador con el fenómeno a investigar. Valgan unas someras notas biográficas del mismo: psicólogo clínico por vía de homologación, activista pro Salud Mental Comunitaria/Reforma Psiquiátrica en los años 70/80 desde el Centro de Salud Mental de Getafe (Madrid) y en distintas Asociaciones profesionales (AEN, CIR) e iniciador, desde la Junta Directiva del Colegio de Psicólogos de Madrid, de las propuestas para el programa PIR en los años a comienzos de los años 80.

Otros podrán valorar mejor que el propio investigador los efectos de su subjetividad en la 'objetividad' de la investigación.

Respecto a la muestra estructural la redundancia de los discursos viene determinada por el número de grupos de discusión con segmentos similares de población, lo que se podría haber aumentado con un mayor número de grupos.

Respecto al universo total del discurso, aunque creemos que se ha saturado suficientemente, hubiera dado una panorámica más amplia incluir a otros profesionales de salud mental, además de a psiquiatras, lo que no pudo hacerse por presupuesto y tiempo.

La captación de los participantes y la realización de las entrevistas y grupos han realizada por el propio investigador, quien ocupa un lugar de cierto



'poder' institucional en la sanidad madrileña, lo que ha facilitado la aceptación a acudir a las entrevistas y a los grupos pero ha podido coartar algunas opiniones críticas de los participantes.

En este estudio no se ha dado la triangulación 'pura' de varios investigadores al haber sido asumido en su totalidad por un único investigador. Sin embargo el borrador del informe fue conocido y leído por la gran mayoría de los participantes que con sus sugerencias ayudaron al análisis final y un investigador experto, ajeno al campo de estudio, supervisó e hizo sugerencias al borrador de informe.

Por último señalar que esta investigación fue encargada en septiembre del 2012 momento en el que el investigador no tenía ninguna vinculación institucional con el Colegio de Psicólogos de Madrid. En abril del 2013, cuando el trabajo estaba en la fase de redacción del Informe, el investigador recibió la invitación para formar parte de la candidatura, que, presidida por el decano saliente, aspiraba a seguir gobernando el Colegio de Psicólogos de Madrid en los cuatro años siguientes. Dicha propuesta fue aceptada por el investigador en mayo del 2013 y el 17 de junio de 2013 esa candidatura tomó posesión como nueva Junta Rectora del Colegio de Psicólogos de Madrid.

Así pues, en la redacción del Informe final, el investigador ya sabía que formaría parte de la Junta que gestionaría los 'efectos' del estudio lo que, sin duda, pudo influir en algunos aspectos de su análisis e interpretación final.

## ANÁLISIS

Para el análisis de los discursos se utilizó el programa informático para datos cualitativos Atlas-ti 6.2.

A partir de la audición de las entrevistas y grupos grabados y de su transcripción literal (documentos primarios) se seleccionaron los párrafos más significativos, agrupándolos en códigos elaborados a partir del discurso producido y en función de los objetivos del estudio.

La agrupación de códigos, su análisis e interpretación por parte del investigador permite organizar los resultados en epígrafes con sentido incluyendo citas literales (*verbatim*) como apoyatura del propio análisis.

En cada epígrafe se incluye un título más o menos expresivo que anuncia o condensa el contenido desplegado en él, una descripción analítica de lo expresado por los entrevistados y una apoyatura de *verbatim* o citas literales significativas del discurso producido en las entrevistas o grupos que expresan partes consensuadas del discurso mayoritario o elementos minoritarios pero significativos a juicio del investigador.

Como ya hemos expuesto en la metodología estos resultados responden mayoritariamente a la opinión de los psicólogos clínicos incluidos en la Red de Salud Mental y a los PIR en proceso de formación, completada esta perspectiva con la visión que sobre la Salud Mental en general y sobre la Psicología clínica en particular tienen sus jefes, psiquiatras responsables de los centros.

Además hemos analizado los discursos de los psicólogos (especialistas y no especialistas) que trabajan en Servicios hospitalarios o dispositivos no integrados en la Red de Salud Mental.

El Informe, en fase de borrador, fue enviado a todos los participantes en el estudio para obtener un feed-back previo a la elaboración del Informe definitivo. Algo más de la mitad de los participantes (40 de 74) enviaron comentarios y opiniones al respecto que fueron incorporadas al actual Informe.

Los resultados podemos dividirlos en dos grandes apartados: un bloque que se refiere a la valoración de la situación actual de las prácticas de los profesionales en la sanidad pública (del 1 al 7) y el otro a la opinión sobre aspectos más globales o proyectos futuros en relación a la Psicología clínica (del 7 al 15)

## ***DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA AL HORIZONTE DE LA PRIVATIZACIÓN***

Para comenzar expondremos cómo ven los investigados la situación actual de la Psicología clínica en la sanidad pública, y especialmente en la Red de Salud Mental.

Las referencias expresadas van desde la Reforma Psiquiátrica iniciada en los años ochenta al presente/futuro enmarcado en el proceso de 'privatización' (externalización de la gestión pública) actualmente en marcha en la Comunidad de Madrid.

### ***Crecimiento lento, desigual y más bien vegetativo***

Los entrevistados buscan los antecedentes de la situación actual en el proceso de cambio en la atención psiquiátrica que tuvo lugar a partir de los años 80 cuyo momento más institucionalizado se dio en 1985 con el Documento Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

En conjunto los participantes en el estudio no hacen mucha referencia a la historia, siendo sobretodo los psiquiatras directivos, luego los psicólogos clínicos por vía de homologación, y, en menor medida, los primeros psicólogos vía PIR-Autonómico (los más veteranos, es decir los que vivieron esos años de reforma) los que más refieren aspectos parciales de la historia reciente especialmente referidos a los planteamientos de la salud mental comunitaria.

Para los psicólogos vía PIR, los PIREs y los psicólogos no incluidos en la Red de Salud Mental esta historia no aparece en su discurso.

En cualquier caso las referencias al pasado las hacen para compararlo con la situación actual.

En términos generales los entrevistados coinciden en que los inicios de la Reforma Psiquiátrica tuvo un alto componente de ilusión y compromiso por parte de los profesionales, propiciado por el empuje reformista de la Administración estatal, gobiernos de Felipe González, y autonómica, gobiernos del PSOE y del PP en la Comunidad de Madrid.

*en ese primer momento o en esos momentos, era un momento de crecimiento, de desarrollo, de descubrimiento de nuevas experiencias, era posible poner en marcha cosas, estaba todo muy poco reglado, pero era más participativo ¿no?, eso después se ha ido cerrando (EPSQ)*

*el Plan de Salud Mental 2003-2008 que permitió un crecimiento a profesionales, que además coincidió con un crecimiento grande de todo lo que era la red de servicios sociales, pues yo creo que ahí sí se cuajó esa red y teníamos una cierta autonomía a nivel organizativo (EPSQ)*

Como cierto contrapunto a la situación actual, echan de menos algunos planteamientos básicos de la salud mental comunitaria en cuanto al trabajo en equipo, la coordinación con otros dispositivos y el trabajo con 'la comunidad'.

*Luego también tenemos, yo recuerdo de otras épocas, poca interacción con la sociedad civil, vamos, con nuestros usuarios, o sea, poca interacción con las familias, poca interacción con los enfermos, poca interacción incluso con los equipos sociales del distrito o de los distritos (EPSQ)*

*Había gente que se tomó en serio lo de la Salud Mental y hacía acciones preventivas, había una conexión con las organizaciones sociales, con los ayuntamientos (EPSQ)*

*yo creo que se había hecho un camino en la Salud Mental de pasar del profesional individual con una atención integral al equipo de un Centro con una atención más integral al trabajo en una red; ya estaba todo lo de rehabilitación, estaban los distintos dispositivos de Centros de Salud Mental y entonces cuando estábamos ya con una red más o menos clara, más o menos coordinada, más o menos organizada.... (EPSQ)*

*los Centros de Salud Mental pues había funcionado muy bien, es decir, hay una época en que realmente los equipos interdisciplinarios, y tal, funcionaban muy bien (EPSCL)*

Resaltan también, especialmente los directivos, el alto grado de consenso entre Administración, directivos y profesionales en cuanto a lo que había que hacer al inicio de la Reforma Psiquiátrica: acabar con la dispersión de las redes, integrar la asistencia psiquiátrica en la red de asistencia sanitaria general, introducir acciones comunitarias y acciones preventivas, transformar los hospitales psiquiátricos, cerrar los hospitales psiquiátricos y crear Unidades de Psiquiatría en los hospitales generales.

*teníamos todos entonces la idea muy clara de que, yo creo que casi todo el mundo que participaba, Tirios y Troyanos ¿no?, había que hacer dos cosas: la primera y fundamental era acabar con la dispersión de las redes y la segunda, y no menos fundamental, era digamos que la asistencia a la Salud Mental, que entonces era asistencia psiquiátrica, se incardinase en la red de asistencia sanitaria general, (...) introducir fundamentalmente dos tipos de acciones: las acciones comunitarias y las acciones preventivas (EPSQ)*

Obviamente los entrevistados no hacen un balance explícito de lo logrado en estos más de 25 años transcurridos pero sí refieren que lo conseguido hasta ahora no es rico en logros sino que, lejos del impulso inicial, el crecimiento ha sido lento, desigual y más bien vegetativo.

*el crecimiento ha sido vegetativo y yo creo que la historia ahí, vegetativo ¿con qué?, nunca ha habido asistencia a la Salud Mental, siempre ha sido, siempre ha sido el farolillo de cola de la inversión sanitaria, aquí en Madrid (EPSQ)*

Algunos objetivos se han cumplido tales como la puesta en marcha de la Especialidad de Psicología clínica, la integración de la Psiquiatría (más que la Salud Mental) en el sistema sanitario general dentro del nivel de la atención especializada, cierta transformación de los hospitales psiquiátricos, que no han dejado de existir, y la creación de una red de apoyo a los enfermos mentales graves desde la Consejería de Asuntos Sociales.

*Eso estaba empezando, estaba muy jovencito, estaba muy empezando y no está teniendo, por lo menos en todas partes, el desarrollo que debiera (EPSQ)*

*ha habido un despegue muy importante a finales de la década pasada y el principio de esta década se incrementaron mucho las plazas de PIR, la gente que salía de la especialidad más o menos tenía trabajo sea en sitios concertados o sea en lo público, pero más o menos encontraba y ahora en cambio tenemos una situación de retroceso importante coincidiendo con los recortes, donde cada vez hay menos especialistas en los hospitales (EPSCL)*

Junto con cierto reconocimiento de lo aportado por la Reforma Psiquiátrica, reconocen el déficit de nuevas formas de gestión que se ha ido arrastrando durante todos estos años, lo que, en parte, explica, a su juicio, la situación actual de desconcierto fruto del choque entre la cultura de la 'autonomía' de la salud mental con la cultura de la gestión hospitalaria institucionalizada.

*lo que está claro es que hay, a nivel público hay que modificar cosas (...) como que no nos hemos ido poniendo al día, me refiero a lo que es la institución en general, vamos a los Centros de Salud Mental, se ha seguido trabajando como hace veinte años o treinta ¿eh? y entonces en eso sí que habría que haber ido actualizando, modificando y metiendo herramientas de gestión para ir cambiando la cultura también un poquito de la organización a lo largo del tiempo. Y eso no se ha hecho, entonces, claro, ahora el cambio es brutal (EPSQ)*

Este déficit, o directamente mala gestión, lo achacan tanto a la Administración como a los propios profesionales.

*El trabajo por objetivos no estaba definido, bien definido ¿eh? para nada, tampoco se ha incentivado nada a la gente que trabaja bien, (...) Y luego como tampoco se ha dotado, yo creo que a los mandos ¿eh? intermedios de herramientas para poder apoyarse en eso e ir modificando cosas, pues entonces claro, pues yo creo que nos hemos visto en esta situación, que no se han adaptado tampoco las herramientas para evaluar ¿eh?, para evaluar a los equipos, para evaluar el trabajo, para evaluar las cosas como se hacían, para evaluar si la demanda iba por otro lado ¿no? Entonces, yo creo que se ha estado*

*trabajando mucho tiempo en función de los intereses personales de los profesionales y no de los intereses de la demanda o de resolver también determinadas demandas o problemas que son cambiantes ¿no? (EPSQ)*

*está el problema de carencia de recursos y que viene afectado unas veces porque no los hay y otra por la mala gestión (EPSCL)*

*Pues a mí me parece que no hay muchos recursos para la necesidad que hay, no hay muchos recursos públicos que puedan abarcar, como para abarcar toda la necesidad que hay, o sea me parece, pues eso, que estaría bien tener más recursos, más psicólogos a lo mejor, más psicólogos sí para la cantidad de pacientes que hay que ver, para la demanda. (...) mi impresión es que tampoco está bien gestionado lo que hay, según qué sitios, o sea como que no se aprovecha al máximo lo que hay (EPSCL)*

*Creo que los equipos están como muy codificados y que pienso que cronificados también (GD5)*

A pesar de que probablemente no es la queja fundamental, la gran mayoría coinciden en la escasez de recursos en general para atender a los problemas psicológicos de la población, no solo en lo que respecta a la atención a la Salud Mental explícita, sino también a los problemas psicológicos asociados a los problemas de salud vinculados a otros servicios sanitarios, especialmente a Servicios hospitalarios como Neurología, Oncología, Cuidados Paliativos, Cardiología, etc.

*hay pocas ofertas de trabajo o sea, poco trabajo (EPSCL)*

*hay listas de espera, no listas de espera, revisiones a los tres meses; dos, tres meses y eso me parece impensable para un tratamiento psicológico (GD7)*

*Yo me he ido adaptando también, recuerdo que hace años a lo mejor hacía un grupo, ahora hago dos y estoy empezando hacer tres a la vez por esa demanda.*

*Claro.*

*...al crecer la demanda pues buscas otras alternativas. (GD1)*

*en mi hospital sí hay psicólogos clínicos con plaza, o sea, dentro del hospital, pero había muchos más y es que es alucinante la manera en la que se están amortizando todas las plazas (GD8)*

*lo que te digo es que salen preparados maravillosamente bien de la, del PIR vamos, sale una gente que es que da gusto y que están saliendo y que no tienen dónde meterse, o sea, yo creo que la discusión sería otra, toda esta gente que sale tan bien formada, cómo utilizarla, para mí ¿eh? sería, sería más lo que me preocuparía. (EPSQ)*

## **Heterogeneidad en la Red**

---

En lo que todo el mundo (particularmente los psiquiatras responsables de los Centros consultados y psicólogos clínicos más veteranos) coincide es que actualmente la situación es de gran heterogeneidad y desigualdad entre las antiguas Áreas Sanitarias y entre los distintos Centros, y que se está produciendo un cambio de modelo sin que todavía se hubiera llegado a consolidar el modelo anterior, fruto de la Reforma Psiquiátrica.

*tiene que ver con una situación que venía de tres administraciones, que cada una tuvieron un relativo grado de independencia en mi opinión y, por lo tanto, de planificación: Insalud, Comunidad y Ayuntamiento. Ése es el punto de partida que se ha ido digamos unificando, pero que aunque en este momento quizás las directrices puedan ser más únicas porque ya prácticamente todo el mundo está dependiendo de la Consejería, la realidad es que, bueno, no sé si para bien o para mal, pero lo que hay es bastante heterogeneidad a la hora de objetivos, grado de cumplimiento de directivas y directrices y de planificación del trabajo de Salud Mental. (EPSQ)*

*hay tanta forma de trabajar como Áreas o casi como centros hay tampoco ha habido una visión global ¿eh? de la Salud Mental en Madrid (EPSQ)*

*no sé por qué nosotros tenemos nueve casos nuevos y en otro Centro tienen seis casos nuevos, o sea, yo eso lo podía entender antes cuando estaba sectorizado pero ahora, si somos Área única, pues el que no quiera esperar que se vaya a.....(EPSCL)*

*(...) desde hace cinco o seis años es que vamos para atrás como los cangrejos. O sea que el proceso de trabajo en red se ha ido cerrando y ha ido otra vez hacia los equipos y casi te diría ahora que estamos refugiados en lo individual, independientemente de que haya islas y de que haya espacios (...) vamos para atrás, estamos salvando del naufragio lo que podemos. (EPSQ)*

Esta heterogeneidad explicada, en parte, por las características de los recursos profesionales de cada centro y de sus respectivos jefes, es vivida como desagregación y pérdida de fuerza en común al hacer cada uno 'la guerra' por su cuenta ('reino de taifas')

*el problema no es que hubiera distintas Áreas, el problema es que había distintos distritos y en cada distrito y en cada Área se hacía lo que les daba la gana, entonces eso ha sido un error de la psiquiatría comunitaria ¿eh? y así hemos acabado en los reinos de taifas (EPSCL)*



*yo creo que no es una situación homogénea ni mucho menos. Por los servicios porque los servicios tienen organizaciones distintas que influyen en el desarrollo de la Psicología clínica y luego yo creo que también por la configuración, o sea, por la organización de los servicios como tales y luego por la configuración de los psicólogos clínicos que haya. Quiero decir, que yo creo que no es lo mismo los psicólogos clínicos que se han formado vía PIR ¿no?, que los psicólogos clínicos que tenemos el título por la vía ésta de la homologación (EPSCL)*

*la red siempre funcionó bastante de acuerdo a ciertas características personales o bien de los jefes de distrito o alguna evolución particular que haya tenido equipos por las razones que fuese. (GD1)*

Para ordenar el discurso sobre la heterogeneidad, dentro de la Red de Salud Mental compuesta básicamente por Centros de Salud Mental, Hospitales de día, Servicios de Psiquiatría en hospitales con sus Unidades de Hospitalización Breve y Centros con Unidades de Media y Larga Estancia podemos clasificar los dispositivos en tres tipos:

Islas-ambulatorio

Islas-afortunadas

Islas-en descomposición

### ***Islas-ambulatorio***

---

Incluso desde el comienzo de la Reforma Psiquiátrica, algunos Centros de Salud Mental, a juicio de parte de los entrevistados, se comportaban como modernos ambulatorios sin la impronta del enfoque comunitario, es decir consultas ambulatorias con tratamientos básicamente farmacológicos. El perfil de Centros sería como los actuales Centros de Especialidades o los Ambulatorios del antiguo Insalud.

*y había distritos que se convirtieron en ambulatorios solamente que con más tiempo (EPSQ)*

*el tipo de atención que hacemos pues está demasiado sujeto al modelo médico ¿no?, puesto que lo más sencillo en ese modelo pues es que venga alguien y que se le recete un tratamiento y vuelva dentro de dos meses o de tres (EPSQ)*

*Esto es una opinión muy dura pero es así y eso es lo que pasa hoy (...) hay zonas donde realmente pues se hace acciones comunitarias y hay zonas donde la acción comunitaria es “vuelva usted dentro de quince días que le mire las pastillas”, vamos, ahí no hay más acción comunitaria. (EPSQ)*

*la situación actual es un caos (...) lo que hemos estado viendo es pues los esfuerzos continuos por volver al modelo antiguo de centralizarlo todo en el hospital, de casi del neuropsiquiatra antiguo (EPSQ)*

*es que más bien esto se está transformando en un ambulatorio (EPSCL)*

Un ambulatorio donde el trabajo en equipo no existe y cada profesional asume la responsabilidad y la toma de decisiones como mejor le parece, a lo sumo consultando 'informalmente' con el compañero.

*a mí me llegan los pacientes ¿no? como rosquillas y entonces yo soy la que tiene que decidir qué es lo que hago con ellos: si lo considero grave o no grave, si hago una psicoterapia... Es decir, son criterios míos personales, con lo cual yo asumo todos los riesgos y toda la responsabilidad. (EPSCL)*

*El trabajo en equipo es que tú vas al despacho del psiquiatra que te ha derivado al paciente y puedes comentar cuatro cosas, eso o por el pasillo o cuando te vas a tomar café, pero no hay un trabajo de estructura de equipo, nada (EPSCL)*

### ***Islas-afortunadas (más o menos)***

---

La heterogeneidad permite que haya sitios donde se puede trabajar bien. Son los Centros donde el trabajo se puede organizar según consideran los profesionales, generalmente dispositivos específicos, tipo Hospitales de día o Unidades Monográficas.

La mayoría de estos profesionales se consideran 'afortunados' por poder trabajar 'bien' por contraposición a otros compañeros que trabajan en malas condiciones (mayor dependencia de psiquiatras, gran presión asistencial, pocas posibilidades de hacer psicoterapia, etc.).

*Yo tengo la posibilidad de trabajar como psicólogo y disfruto de hacerlo, pero veo a mis compañeros con una especie, a mí me dicen: “y tengo una lista de espera de cinco meses y solamente puedo ver a un paciente cada tres meses” y me dan ganas de decir: “y ¡qué coño haces!”, (GD1)*

En ningún caso atribuyen esta situación a una buena planificación o gestión general de los recursos sino a la diosa Fortuna, que te toca o no te toca dependiendo de cuestiones azarosas.

*Nosotros estamos haciendo terapia para pacientes límites, tenemos, los tenemos bastante bien controlados, estamos muy bien coordinados con Centros de Salud Mental y con Unidad de Agudos, podemos hacer psicoterapia con tranquilidad, podemos servirles el tiempo que necesitan (EPSQ)*

*Ahí sí se hace un trabajo mucho más integrado, ahí sí se hace una psicoterapia mucho más específica, ahí se hacen unos programas de Terapia familiar sistémica, muchísimo más determinado y además encaminado sobre todo a adolescentes graves (EPSQ)*

*que soy un privilegiado, yo al llevar aquí ya veintitantos años en la consulta, conozco casi a tres generaciones, me vienen los hijos de los adolescentes que yo empecé a ver cuando llegué aquí, conozco la infraestructura de los institutos y de los colegios, me conocen a mí (EPSCL)*

*Yo creo que es diferente donde se trabaje. Yo afortunadamente trabajo en un sitio donde la Red sigue existiendo, no sé cuánto tiempo pero sigue existiendo (GD1)*

*Yo estoy de acuerdo, yo soy pesimista, la verdad, tremendamente, no tanto por mi servicio. Yo me siento afortunada, aparte de estar en una isla ahí, tuvimos nuestras ventajas (GD1)*

*soy afortunada en el Servicio en el que estoy, yo organizo la agenda como me da la gana hasta por horas, que veo a un paciente y le quiero hacer una psicoterapia, le doy seis citas u ocho de un golpe y lo hago, y es verdad que el nivel de las agendas se consiguió que se nos dejara organizar las cosas (GD1)*

*yo he tenido la suerte, a lo mejor estoy mal educada o raramente educada en ese sentido porque he tenido la suerte de trabajar siempre, en servicios ¿no?, donde ha habido mucha integración y no se sabía de qué color era cada uno (GD3)*

*Es un Área en donde hay una vocación hacia la psicoterapia, que yo creo que eso, nos permite relacionarnos, vincularnos y trabajar de una manera en donde los desacuerdos o las diferencias de opiniones, pues como que se pueden hablar. Somos muchos y esto pasa por una organización tremendamente compleja, pero en donde es posible hablar (GD5)*

*tanto él como yo trabajamos como si no hubiera un mañana porque es que si no, no es posible, ni proyectar, ni diseñar instrumentos de evaluación que es lo que nos ha tocado hacer, ni adaptarnos a que todos los días aprendamos cosas sobre este tema que para nosotros no es un trastorno que es lo que hemos aprendido en cinco años que no es un trastorno y bueno, pues ahí estamos día a día el uno y el otro y bueno, estamos también muy cómodos, somos un equipo pequeño y bueno, pues es bastante agradable trabajar (GD6)*

*Nosotros en cuanto a la presión del tiempo ni estas cosas todavía no hemos notado en el hospital de día ¿no?, funcionamos siempre con tratamientos individualizados y no tenemos un estándar aplicado a todos los pacientes (GD6)*

*Yo por ejemplo, una de las cosas que creo que es un lujo en mi servicio y que creo que es muy difícil hacerlo, hacer un tratamiento psicológico tal y como viene en los libros, un tratamiento semanal. Yo conociendo datos, o sea, lo de ver un paciente una hora, cincuenta minutos todas las semanas, eso debe ser, (GD6)*

Esta situación idílica se da 'dentro de un orden', el orden jerárquico de la Psiquiatría. Es decir se es afortunado en la medida que se acepta esa situación de dependencia respecto a la psiquiatría.

*la coordinación recae sobre el psiquiatra ¿no?, no se cuenta pues la formación, quiero decir, los méritos, la experiencia que uno tiene de cara a elegir a uno u a otro ¿no? Y ésa es un poco la situación, no puedo decir que no pueda trabajar con mi encuadre y mi marco teórico porque eso no es cierto, yo trabajo y lo hago así y no me ponen pegas de ningún tipo, pero bueno, de cara a la foto, pues es como que estamos detrás (GD5)*

### ***Islas-en transición***

---

Ponemos en esta categoría los dispositivos que, habiendo logrado un cierto grado de funcionamiento de calidad, según los profesionales, comienzan a verse afectados por los cambios a peor que están sufriendo todos los dispositivos sanitarios.

Los profesionales que, con dificultades, se han ido consolidando en los últimos veinte años, ven como sus condiciones, con las nuevas fórmulas de gestión, van empeorando a pesar de sus esfuerzos para prestar una atención con la mayor calidad posible,

*para hacer una psicoterapia te lo tienes que organizar claro y planificar y dejar como, bueno, pues así, bloqueados días fijos con una persona o, bueno, o días fijos, sí para poderlo hacer. (...) yo creo que se puede hacer y que hay gente que lo hace y, bueno, pocos pacientes tienes con una psicoterapia a lo mejor así más reglada, pero bueno se hace. (EPSQ)*

*Nosotros hemos pasado a depender de una Fundación de un Hospital y entonces, bueno, a partir de ese momento ha sido caótico porque hasta ahí más o menos se mantenía la estructura de los centros de salud mental que dependíamos de la Oficina de Salud Mental (EPSCL)*

con pacientes con trastornos mentales graves 'girando' en torno a las Unidades hospitalarias, en momentos de crisis, y de los Centros de Salud Mental, en momentos de mayor estabilidad, y con gran demanda en Centros de Salud Mental de personas con 'enfermedades mentales comunes'

*teniendo en cuenta los pocos recursos destinados a los denominados trastornos mentales graves y la gran presión asistencial de los denominados por la literatura psiquiátrica como códigos zeta, es decir personas que demandan atención sin un diagnóstico psiquiátrico determinado.*

*Yo creo que en este momento el panorama es una población que está gravitando fundamentalmente sobre las Unidades hospitalarias, cuando se descompensa, que durante el resto que no se descompensa está gravitando sobre los equipos de Salud Mental, que los tratan, yo creo que como pueden, pero no es una prioridad, porque la presión asistencial lo tienen de enfermedades mentales comunes y dentro de esas enfermedades mentales comunes, esa parte importante de código zeta (EPSQ)*

*Yo creo que hay una marcha atrás indudable. Yo veo una generación nueva que vuelve al principio, desde unos presupuestos que nosotros ya teníamos, y que los psiquiatras viejos también los tenían, ya pasados. (GD5)*

*En este momento lo que sé es que hay una situación de desamparo y desequilibrio muy grande en la mayor parte de los sitios (EPSQ)*

Esta transición se va produciendo desde el trabajo en equipo que, a duras penas, se había conseguido en muchos Centros, a la consulta individual de cada profesional con una gran presión asistencial,

*El cambio fundamental que se está produciendo es el paso de una concepción de trabajo en equipo basado en una abordaje integral a una concepción más biomédica y a una atención de consulta individualizada cuyo centro es el profesional recluido en su consulta, antes como existía lo que se llamaba Salud Mental y las Redes de Salud Mental y los equipos y demás, bueno antes, todavía hay pero se los están cargando, pues yo lo veía con futuro y donde el psicólogo tenía un lugar y ahora lo veo cada vez más complicado porque se está cambiando el sistema a una cuestión más médica (EPSCL)*

*no tenemos reuniones ya, eso no entra dentro de nuestro horario oficial, las reuniones de coordinación y se ha perdido la relación que había más directa con ellos (GD4)*

*Yo veo, yo veo una dificultad ahora mismo que yo tengo con el relevo generacional en los psiquiatras antiguos. Creo que los psiquiatras de la nueva hornada, no están por la labor de trabajar en equipo. (GD5)*

*Y si me apuras, incluso, los Pires tampoco, si me apuras, creo que es otra mentalidad y que creo que no partimos de los mismos presupuestos ideológicos que fundaron lo que estamos haciendo, sino que parten de situaciones muchísimo más competitivas, con mucha más dificultad para hablar ¿eh?, para expre-*

*sar lo que, las cosas, los equipos y eso yo lo escucho también y tanto con psiquiatras como con psicólogos. (GD5)*

desde el trabajo en Red al trabajo individualista,

*(...) desde hace cinco o seis años es que vamos para atrás como los cangrejos. O sea que el proceso de trabajo en red se ha tenido que ir, se ha ido cerrando y ha ido otra vez hacia los equipos y casi te diría ahora que estamos refugiados en lo individual, independientemente de que haya islas y de que haya espacios (...) vamos para atrás, estamos salvando del naufragio lo que podemos. (EPSQ)*

desde el trabajo grupal y comunitario al 'refugio' de la consulta.

*Pues se ha deshecho porque primero las condiciones de trabajo han sido muy duras para mucha gente, porque hay mucha dispersión en la configuración en los dispositivos, porque la propia tarea de la Salud Mental ha ido perdiendo sentido, ha ido perdiendo coherencia y ha ido quedando más libre, o sea porque los mismos equipos se han ido disgregando. Se ha ido cada vez más ¿no?, deshaciendo el tejido comunitario, el tejido de equipo, el tejido grupal, eso se ha ido deshaciendo. Se ha ido deshaciendo yo creo desde las estructuras superiores, es decir, han hecho todo lo posible para que eso se fuera deshaciendo y yo creo que nosotros no hemos sido capaces de mantenerlo tampoco, no hemos sido capaces de mantenerlo. (EPs3)*

*Y yo creo que va a pasar efectivamente, eso, cada vez menos personal, más pacientes y entonces vas a tener menos libertad de trabajar.*

Esta situación de heterogeneidad característica de la Red de Salud Mental también se da en los Servicios y Centros que no son de Salud Mental donde están los psicólogos clínicos aislados en cada uno (en dos Centros hay 2 profesionales y en el resto de los Servicios, un psicólogo clínico en cada uno), de ahí el sentimiento de soledad y aislamiento expresado en el grupo de discusión'.

*a veces me siento solo y estoy más perdido rodeado de médicos, afortunadamente tenemos una estrategia de apoyo mutuo entre los psicólogos que se forman para sobrevivir, pero si no, sería como muy complicado (GD9)*

## *El Mínimo Común Denominador*

---

En palabras de uno de los psiquiatras entrevistado podemos resumir la situación actual, en cuanto a la herencia proveniente de la Reforma Psiquiátrica, con la fórmula del *Mínimo Común Denominador*

*Yo creo que sí que hay un mínimo común denominador que es mínimo, pero que es común y que yo creo que también es denominador que es el tema de, ¡hombre!, el procurar que exista una atención comunitaria (EPSQ)*

*lo bueno que tiene la psicología en los servicios de Salud Mental es que estás con otros compañeros que son psiquiatras y puedes incluso hablar de los temas, de los que llevamos pacientes en común, si yo necesito que me apoyen en la medicación me los ven y viceversa, con una interderivación, entonces los equipos, más o menos, funcionan bien. (EPSC)*

Los logros que hemos encontrado en el discurso de los entrevistados y que constituyen ese Mínimo Común Denominador de todos los dispositivos sanitarios públicos son:

- *Gestión pública de la Sanidad*
- *La inclusión de la Psicología clínica como especialidad sanitaria en el sistema sanitario público en igualdad de condiciones laborales a la Psiquiatría y a otras especialidades médicas.*
- *La composición multiprofesional de los equipos con psiquiatras y psicólogos clínicos en todos los Centros de Salud Mental, en todos los Hospitales de Día, en los dispositivos de Rehabilitación de la Red Sanitaria y en algunos de los Servicios de Psiquiatría de los hospitales. Prácticamente en todos los Centros, salvo en los dispositivos de rehabilitación y en algunos centros infantiles, con una clara desigualdad numérica a favor de los psiquiatras (3-4 a 1).*

- Una cierta organización de la asistencia en Red que incluye desde la Atención Primaria hasta la Red de Asistencia y Rehabilitación al Enfermo mental grave que depende de la Consejería de Asuntos Sociales pasando por los Centros de Salud Mental y Hospitales de Día para niños y adultos, las Unidades de Hospitalización breve, las Urgencias Psiquiátricas hospitalarias y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia) para pacientes psiquiátricos.

### ***Lo comunitario versus lo hospitalario.***

Para buena parte de los entrevistados, sobretodo psiquiatras y psicólogos vía homologación, el cambio organizativo más relevante ha sido la progresiva asunción de la gestión de los Centros de Salud Mental por parte de los hospitales, coincidiendo con la apertura de nuevos hospitales y la desaparición de las 11 Áreas sanitarias,

*La percepción que yo tengo es que más o menos desde hace cinco años sobre todo coincidiendo con la apertura de los nuevos hospitales, que rompe un poco la dinámica que había de funcionamiento de redes, independientemente ya de la pelea ésta, de hospital, distrito (EPSQ)*

*Antes había once Áreas con grandes hospitales y ahora hay muchos hospitales, unos más pequeños, otros medianos, otros grandes ¿no? y eso es un panorama diferente, no es lo mismo (EPSQ)*

hospitales que tienen un gran desconocimiento del funcionamiento de los Centros de Salud Mental, más allá de la buena disposición de los respectivos directores médicos de los que pasan a depender.

*El trasvase, por ejemplo, la adscripción funcional de los Centros de Salud Mental a los hospitales que yo creo que ha mantenido, digamos, al menos ha mantenido lo que era la entidad de la unidad Centro de Salud Mental, sin embargo, desde mi punto de vista ha atomizado el sistema, porque ahora, bueno, depende de los sitios que quiera seguir manteniendo la red o no porque como hay, digamos las relaciones con dirección médica, bueno depende de los sitios (...) que aquí no tienen ni idea ninguno, son respetuosos, pero no tienen ni idea de lo que es la Salud Mental ni del concepto, no llegan más allá de psiquiatría (EPSQ)*



Se 'resolvía' así un conflicto de poder *deja vu* entre Jefes de Distritos y Jefes de Servicios hospitalarios que se produjo en los años 90.

*Se crearon muy lentamente y muy despacito hospitales de Día, tal y entonces ahí ya a finales de los noventa yo creo que casi en el año, comienzos de siglo pues empezó haber una polémica, que en definitiva se planteó como una lucha de poder entre los distritos que tenían ya una fuerza suficiente, que tenían también una gran cantidad de personal y los hospitales para ver quién mandaba y quién no mandaba y en esa polémica todavía se sigue. (EPSQ)*

Ese conflicto prácticamente resuelto a favor de los Jefes de Servicio de los hospitales actuales se manifiesta de nuevo en un aspecto más organizativo chocando una arraigada cultura hospitalaria con una incipiente cultura comunitaria

*Nuestro jefe es el jefe de la Unidad de Psiquiatría, que no ha visto un Centro de Salud Mental en su vida y entonces... Cuando te digo que de la situación actual no sabemos qué va a pasar, porque no sabemos qué va a pasar (EPSCL)*

A juicio de los entrevistados, la oposición entre lo hospitalario y lo comunitario se da entre estos dos valores:

- **Cantidad versus Calidad**

*con estas normativas que nos están dando, se ha perdido completamente la especificidad del trabajo psicológico, o sea, a mí no me pueden decir que vea a nueve pacientes, ya de entrada ver a nueve pacientes me parece una locura (EPSCL)*

*cada vez se está teniendo más en cuenta los datos cuantitativos de lo que es la práctica clínica ¿no?, más que lo cualitativo o más que la calidad asistencial (GD6)*

*cada vez es más estadísticas, ¿cuántos nuevos se ven a la semana y cuántos hay que ver más? porque todavía estamos por debajo y todo es un número al final y sobre todo en infantil donde yo he estado me parece que es tan importante el tiempo, el tiempo dedicado a la familia, que no se puede trabajar con estas coordenadas y esto me recuerda mucho al modo de trabajo de lo privado. (GD6)*

- **Asistencia 'médica' versus Atención multiprofesional e integral**

*Lo que pasa es que ahora también se ha perdido la coordinación con ellos como hacíamos antes, porque el cambio de modelo que estamos todos metidos en la consulta y en el Servicio y un modelo muy, muy medicalizado (GD4)*

*aunque yo haga grupos con los pacientes, con los padres, psicoterapias individuales, evaluaciones, si eso, el psiquiatra no lo mete en el Selene, no cuenta como actividad clínica (...) porque al ser un hospital o así lo definen, tiene que ser un profesional médico (GD5)*

- **Autosuficiencia versus coordinación**

*estos contactos que hemos tenido con Atención Primaria durante tantos años, yo creo que eso ha hecho que se pudiesen estructurar las consultas y la presencia de psicólogo clínico en la sanidad pública. Ese trabajo con los médicos de Atención Primaria, yo creo que ha sido básico y elemental y a lo mejor es algo que hemos perdido, porque bueno, por el Área única, el Área de gestión y todo esto se ha perdido, yo creo que es algo que tendríamos que luchar por ello para que estuviese otra vez ahí (GD4)*

*yo que ya tengo una cierta edad y que vengo de muchos años de trabajo, pues bueno, todo el tema de la psicología, de la salud mental comunitaria y de nosotros que hemos dado mucho valor a la coordinación con Atención Primaria y que le dedicamos tiempo y esfuerzo y a la docencia, pues claro, todo eso ¿dónde queda en el nuevo modelo? (GD6)*

**La dinámica hospitalaria engulle a la dinámica de los Centros de Salud Mental y el modelo médico instaurado plenamente en el hospital se come al modelo 'comunitario' instaurado 'con alfileres' y previamente reducido a su Mínimo Común Denominador.**

*nos vamos a quedar por primera vez en nuestra vida más psicólogos que psiquiatras y yo no sé qué va a pasar, vamos yo no creo que la Fundación mantenga el centro en esas condiciones pero ni de coña ¿eh?, o sea, eso lo tengo clarísimo que acabamos o acabamos en el hospital o no sé cómo acabaremos (EPSC)*

*ha habido una evolución del modelo sanitario a un modelo más ya hospitalario-céntrico, al clásico, de gestión de una perspectiva médica de estos actos y entonces si ya el acto médico lo ven desde una perspectiva totalmente economicista, el acto médico con los niños y los jóvenes, es que ya no saben lo que es un niño y lo que es un joven y las necesidades psicológicas y de bienestar y de salud mental que requieren el trato adecuado de estas poblaciones (EPSC)*

*la organización de los servicios desde mi punto de vista de Salud Mental y en concreto infanto-juvenil son escasos, no están apoyados en un modelo teórico porque están haciéndonos trabajar en función de criterios de gestión economicista dependiendo de la gestión del hospital y entonces pues estás quedando a un nivel de consulta, una consulta asistencial que a los pacientes que les derivan desde, vamos, zonas lejanas al centro de salud, duplican el tiempo, la dificultad de la continuidad y la adherencia a los tratamientos en el caso de que se le pueda dar ese tratamiento que necesitan y en éstas estamos (EPSC)*

*en un momento determinado la red como tal desaparece y somos adscritos a los hospitales y desde mi punto de vista eso marcó una diferencia esencial (...) al pasar al hospital, a lo que pasamos fue a un modelo médico y, en concreto, psiquiátrico (GD1)*

*En adultos por cada psicólogo hay tres psiquiatras, había tres psicólogas en infantil también en Centros de Salud Mental y dos psicólogas en el hospital que sería, el porcentaje, bueno, luego, no sé psiquiatras sí que creo que es como que se cuadriplica, cuatro veces más.*

*Sí, más o menos así también en mi centro ¿sabes? (GD8)*

## **La primacía de la gestión hospitalaria**

La valoración global de los entrevistados es que la progresiva incorporación a la gestión hospitalaria ha supuesto un 'ir a peor' con pérdida de puestos de trabajo de psicólogos clínicos y de disminución de la calidad en el trabajo de todos los profesionales al primar la cantidad de nuevos evaluados a la calidad de la atención prestada, con grandes limitaciones para ofrecer tratamientos psicoterapéuticos y para incluir dentro de los registros hospitalarios el tiempo dedicado a tareas no estrictamente asistenciales pero necesarias para una asistencia de calidad (coordinaciones, reuniones de equipo, etc.).

*lo que es la demanda asistencial ha ido creciendo de tal manera que ha ido, no es que haya ido cerrando las posibilidades de auto organización y de funcionamiento del equipo, es que te ocupaba todo el tiempo, no es que no quisieras, es que tenías que sacar el tiempo después para buscar los espacios de trabajo en equipo (EPSQ)*

*Y tampoco se acreditan tiempos, porque cuando hacemos oposiciones, veíamos el 10% para docencia; el 20% para gestión y el tal, para asistencial tanto. ¡Unas narices!, poca gente, poco y con las agendas llenas (GD3)*

Teniendo en cuenta que 'el ahora' se caracteriza por una política de recortes y restricciones, las expectativas de los psicólogos clínicos es quedar reducidos a su mínima expresión, basándose en la percepción de que, para las actuales autoridades sanitarias, la atención psicológica es un lujo del que se puede prescindir en tiempo de crisis.

*A mí me parece que se ha dejado de contratar psicólogos ¿no?, o sea, se ha estancado completamente por lo menos en la pública que es de lo que estamos hablando ¿no?, se ha estancado, se ha dejado de contratar a gente, a la hora de reducir plazas, se están reduciendo plazas de psicólogos y no están contratándose psicólogos nuevos en red de Salud Mental, me refiero, vamos en Centros de intervención. Luego los últimos nuestros te decía antes que se han ido todos a rehabilitación, todos no, pero sí muchos,*

*o sea que lo vería estancado, no por la calidad de la gente que sale, sino porque no ha habido plazas nuevas (EPSQ)*

*yo creo que el propio sistema desmotiva mucho a los profesionales ¿no?, se ven haciendo lo mismo décadas y al final pues es difícil no quemarse en el intento ¿no?, aún así yo creo que la calidad del material humano que hay en los equipos es muy alto, muy alto. Yo creo que es lo mejor que tenemos francamente (EPSQ)*

Dada la mentalidad médico-gerencialista, los parámetros utilizados para organizar la gestión de los recursos de Salud Mental son los mismos que los utilizados para especialidades médicas tradicionales sin tener en cuenta las características de una atención a la salud mental que no se reduzca a una atención ambulatoria psicofarmacológica y de 'consejo' psicoterapéutico.

El recorte de prestaciones, más la rentabilidad económica de las empresas privadas que asumen la gestión de los hospitales públicos, unido al desconocimiento de la gran mayoría de los gerentes y directores médicos hospitalarios de las necesidades de recursos que conlleva una atención a la Salud Mental de calidad, posibilita que la incorporación de los Centros de Salud Mental esté lleno de dificultades que, en cada caso, solventan como pueden los directores de los Centros de Salud Mental.

*en función de otras especialidades que son más resolutivas que nosotros ¿no?, que ven un paciente, un diagnóstico, hacen un tratamiento y ya está, pero nosotros tenemos muchas sucesivas con un nuevo, entonces, eso les cuesta mucho entenderlo a los gerentes y luego, o sea, que eso ya nos está pasando que cuesta el decir que respeten los espacios para, pues eso, para hacer una psicoterapia, para hacer una Terapia de familia, que los huecos de Terapia de familia tenemos puestos sesenta minutos, una hora o Terapia de pareja ¿no? Entonces, pero claro, ves menos pacientes porque les dedicas más tiempo, entonces, bueno, pues luego depende mucho, quiero decir, depende mucho con el director o con el gerente que desde la sensibilidad que tenga y de cómo sea la relación, que lo respeten o que te presionen más o menos. A mí en concreto, en mi centro, sí que han respetado el número de nuevos que yo había puesto y nos han dejado hacer, bueno, nos han respetado el trabajo que estábamos haciendo (EPSQ)*

*que reclaman una 'discriminación positiva' en base a las especificidades del trabajo en salud mental diferente del de otros especialistas médico-hospitalarios, indicadores de gestión en Salud Mental y no se han desarrollado, ni se han hecho, ni nada de nada. Entonces ahora nos hemos incorporado a las gerencias de los hospitales sin que se hayan desarrollado unos indicadores específicos que puedan evaluar el trabajo específico de Salud Mental ¿eh? Entonces, se nos está evaluando y se nos está pidiendo, o sea se nos está, sí, evaluando con unos indicadores que no reflejan el trabajo que nosotros hacemos, todo lo contra-*

*rio. Entonces ahora nos incorporamos a las gerencias de los hospitales y claro, somos como extraterrestres, como extraterrestres totalmente (EPSQ)*

Tanto los psiquiatras responsables como los psicólogos clínicos enfatizan la creciente importancia que dan los actuales responsables hospitalarios a cuántos pacientes han atendido en lugar de cómo los han atendido, de la cantidad frente a la calidad, de los 'nuevos' (evaluación) frente a 'las revisiones' (psicoterapia) e ignorando las actividades de reuniones y de formación que acompañan al trabajo asistencial.

*cada vez los números mandan más, no importa para nada la calidad de la atención, el trabajo interdisciplinar cada vez se le ponen más trabas y cada vez tienes menos medios (...) cada vez que hay una reunión, supone que es una pérdida de tiempo asistencial, cada vez que hay una sesión clínica, parece que es una pérdida de tiempo asistencial, (EPSQ)*

*desde hace dos años para acá se oye mucho la idea de no derivar a Psicología clínica porque no hay profesionales suficientes porque hay mucha lista de espera (GD1)*

*Es que yo he llegado a oír a gestores en mi hospital y decir, pero qué es esto de tantas sucesivas los psicólogos (GD6)*

*Se va este Jefe y viene otro que cree que lo que importa es otro tipo de trabajo, que cada residente vea 22 pacientes en la mañana, los tres adjuntos que vean otros veintitantos pacientes por la mañana, ya no hay ninguna tarea de enlace desde ningún Servicio con la Unidad de Psicología, se suspendió el programa docente que habíamos establecido (EPSCL)*

*en Infantil dentro de todo podemos más o menos autogestionarnos relativamente, tenemos un número de nuevos que tenemos que ver ¿eh? y no lo elegimos, o sea, nosotros tenemos cinco nuevos en los psicólogos cada semana y la psiquiatra tiene me parece que son diez. Yo creo que tienen muchos más problemas en adultos, en el Servicio nuestro de adultos ¿eh?, porque tenían una lista de espera tremenda y como lo que importa es que los nuevos te los quites de encima, eso claro, reducir la lista de espera es a costa de ver muchísimos nuevos, pero claro, ¿qué haces con ellos?, una vez los ves qué haces con ellos, ésa es la historia (GD6)*

La atención se hace más a los síntomas que a los problemas que los generan con lo que, en lugar de ayudar a resolver los problemas, se fomenta la iatrogenia con los pacientes y el fenómeno de 'la puerta giratoria'.

*En general se ha impuesto un criterio que no es el de atención/contención del paciente sino de atención de manera que rentabilice la consulta (EPSCL)*

*Además así es muy difícil que exista algo más que atender a los síntomas pero no a los determinantes de los síntomas, que son situaciones estresantes o conflictos que se deben descubrir y elaborar en lo posible, y eso es lo que resuelve la patología, por lo que se está iatrogenizando y es un sistema perverso por lo que el paciente va a estar tres años en lugar de tres meses y ¿Quién se beneficia? El sistema económico del que paga por la visita del paciente, pero no el paciente ni tampoco la formación del formando porque lo que está viendo es la periferia y no se va a parar a ver lo que le da experiencia clínica (EPSC)*

*Siempre hay algo de eso, de que desde luego se podría hacer mejor con más recursos, porque podría haber más frecuencia, siempre bueno, pues yo qué sé, siempre piensas, ¡jajolín!, pues con este paciente en concreto es una pena que no se pueda hacer un tratamiento pues un poco más..., porque también eso, pues a lo mejor impediría que sean de estos pacientes que se les llama rotatorios ¿no?, que no terminan de salir nunca porque como no llegan a poder recibir un tratamiento a lo mejor psicoterapéutico muy intensivo, pues terminan pues con tratamientos farmacológicos y que cada vez necesitan más y que, pues tienen una dinámica de entrar en la urgencia ¿no?, de hospitalización y así media vida, con lo que consume más recursos. (GD7)*

El resultado de esta mentalidad gerencialista puede ser terminar echando a los psicólogos clínicos que 'no sirven para nada'

*Si la persona no mejora ¿no? después de verle cada tres meses, veinte minutos, pues la culpa va a ser de que los psicólogos no sirven para nada, cuando en realidad se está llevando un tratamiento a algo que no lo es y que no puede dar un resultado...(GD7)*

## **Oteando el horizonte de la privatización**

Los profesionales atisban la privatización de la sanidad pública como horizonte inmediato.

Primero fue la concesión a una empresa privada de la gestión del Hospital de La Concepción de la Fundación Jiménez Díaz, posteriormente fue el hospital de Valdemoro a otra empresa privada y por último el segundo hospital de Móstoles, el Hospital Rey Juan Carlos, entregado para su gestión a la misma empresa que ya gestionaba el hospital de la Jiménez Díaz.

Durante estos años la Comunidad de Madrid, además, dispuso la creación de empresas públicas que tienen por objeto llevar a cabo la gestión de los servicios de asistencia sanitaria especializada en los Hospitales que fueron construidos dentro del Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007.

Como consecuencia se crearon como Entidades de Derecho Público y régimen de actuación de derecho privado, las Empresas Públicas Hospital Infanta Sofía, Hospital Infanta Leonor, Hospital del Henares, Hospital Infanta Cristina, Hospital del Sureste, Hospital del Tajo cuya gestión por parte de empresas privadas se ha convocado en el mes de abril de 2013.

Con este horizonte, abonado previamente con la desaparición de las 11 Áreas Sanitarias, la creación del Área Única para toda la Comunidad de Madrid y la puesta en marcha de la libre elección sanitaria (facultativos y enfermería) en 2009, la sensación de confusión y de cambio de modelo está presente en la gran mayoría de los profesionales,

*Pero bueno que es verdad que ahora es un poco de lío con lo del Área única y como estamos en la pública tan, no sé, desorientados también ahora ¿no?, con los que pasan a la privada, los que nos quedamos de momento dependiendo de los hospitales, los de Primaria que todavía quedamos gente dependiendo en Primaria, con esa dependencia funcional del hospital, eso queda ahí un poco en interrogante. (GD4)*

*a mi hospital le afecta la privatización (...) O sea, que aunque yo creo que nos está afectando a todos los centros de Madrid, pero bueno, a nosotros directamente, o sea que estamos ahora mismo en una situación como de incertidumbre, de provisionalidad, es una situación muy difícil y aparte, yo qué sé del descontento general que tiene todo el mundo, no sé y la decepción, yo, vamos, particularmente que llevamos como yo un montón de años trabajando en Salud Mental, que hemos conseguido cantidad de avances y de mejoras, pues la sensación es que se van a perder, que yo creo que además fíjate, el tema éste de la privatización si yo creo que a nuestra especialidad en concreto, nos puede afectar mucho más que a otras (EPSQ)*

*A mí me cuesta pensar, que en estos momentos me cuesta pensar en el futuro de la Salud Mental, es que me cuesta porque esto es un follón...(EPSCL)*

*si anda con limitaciones y con dificultades la Salud Mental en general en cuanto a gestión de recursos, distribución de recursos, ahora mismo en la actualidad se complica todo eso porque está cambiando de hecho el modelo y el enfoque que había predominado desde las reformas en la Ley General de Sanidad, en la reforma de la Salud Mental y en el Sistema Regional de Salud, eso está limitándose prácticamente a atender la demanda asistencial y complicándose más, además a nivel clínico y a nivel de despacho a nivel de caso único (EPSCL)*

generando un rechazo bastante generalizado entre los profesionales, incluidos los psiquiatras con mayores responsabilidades,

*yo la verdad que estoy espantado con las medidas éstas de privatización, una falta de confianza en esa gestión privada de lo público, falta de confianza que es absoluta, quiero decir, desconfío de todo; desconfío de la limpieza de las adjudicaciones y del sistema, desconfío de la capacidad de los gestores, desconfío de que se mantengan los logros modestos o lo que quieras que hasta ahora hemos conseguido pues en espacio socio-sanitario, en creación de redes comunitarias, entradas en los Centros de Salud Mental con un poco como modelo comunitario llevado a la práctica, con mejor o peor fortuna (EPSQ)*

al tiempo que provoca desesperanza y búsqueda de salidas profesionales en la práctica privada por parte de las nuevas generaciones de profesionales.

*Lo que empieza a haber es mucha desesperanza, la gente lo que está haciendo es empezar a montarse negocios privados y empieza a verse lo que no se había visto nunca (...) derivaciones a la privada, o sea, la gente jovencita, tiene más la cabeza en montarse un negocio que en estar aquí porque piensan que no van a estar dentro de tres meses. Yo creo que ha habido un fortalecimiento de la búsqueda de soluciones privadas, hay un pesimismo muy grande, hay gente que está francamente...desesperanzada, triste, desilusionada y, es que hay mucha gente eventual, mucha gente eventual que piensa, pues eso, pues que pueden estar sin trabajo dentro de nada y que difícilmente van a encontrar en otra zona (EPSQ)*

*lo que está todo el mundo es acojonado que esto se acaba, que antes eran algunos y ahora pues, porque en cada sitio va haber un hospital privado (EPSCL)*

*Hombre, por mi parte puedo decir que a mí me preocupa más de cerca quizás porque estoy a punto de terminar y me preocupa bastante la situación actual que hay con respecto a la privatización de los hospitales, todo este tema, esta cosa intermedia ¿no? de gestión privada pero el hospital sigue siendo público y bueno, en ese sentido no sé, anticipo quizás un desenlace bastante incierto en cuanto a lo que van a ser los hospitales y si realmente hay posibilidades en un futuro cercano trabajar en la Sanidad Pública como se había planteado en un primer momento. (GD7)*

*yo creo que la situación es un poco de incertidumbre ¿eh? y yo creo que lo que detecto entre mis compañeros es que hay como mucha desilusión, mucha incertidumbre y miedo de cara al futuro y un cierto desencanto acerca de todo lo que se ha conseguido hasta el momento ¿eh?, unos logros que se han conseguido hasta el momento y que en este momento están un poco..., en la picota ¿no? Es decir, nos parece que con todo el tema de la privatización pues va haber una situación como de involución, es un poco lo que yo detecto, no sé, vosotros; incertidumbre, miedo y no sabemos...(GD6)*

Ese horizonte hacia la privatización de lo público y la política de recortes hace que en el discurso de las actuales generaciones de futuros psicólogos clínicos (PIRes) ya no aparezca como 'segura' su contratación en la sanidad pública y se vislumbre la sanidad y la práctica privada como una salida profesional alternativa.



*Y nos hemos identificado también mucho con la pública también. Yo ahora pensando ya que salgo, digo, ¿podía trabajar en la privada? Y pienso, a mí es que me han enseñado a trabajar en la pública, no, no es que no pueda hacerlo, sino que yo tengo un modelo, pues eso, de derivar un paciente aquí o allá, no sé, dispositivos, pero en cambio podría trabajar en la privada ¿no? (GD8)*

*el clínico es el que trabaja en lo público ¿no? y el otro en lo privado, que no es así en realidad, pero también nosotros también favorecemos un poco eso ¿no?, moviéndonos hacia la pública y al final el que acaba en la privada casi siempre es porque no tiene más remedio (GD8)*

*hoy en día el sistema público con los psicólogos en general, no está dando mucho de sí, no está..., entonces la idea que yo tengo, por ejemplo, es que en un año, en unos años no va haber mucho movimiento y si lo hay pues muy precario, uno tiene que evolucionar y ser creativa, a lo mejor hay que salir ¿no?, salir del área éste de confort de lo público (GD8)*

### **Los pacientes como mercancía**

Un cambio muy relevante en la gestión de la sanidad pública por parte de empresas privadas es el modo de financiación. La Comunidad paga a las empresas un canon fijo anual por paciente asignado (alrededor de 450 € han salido en los pliegos para la externalización de los 6 hospitales últimos), de manera que el gasto que cada paciente suponga para la empresa adjudicataria va a depender de los recursos sanitarios que consuma. En el caso de Salud Mental los recursos que consume son básicamente gastos en psicofármacos y tiempo (salario) que los profesionales le dedican (en cada consulta y a lo largo de todo el tratamiento). La diferencia entre lo que financia la Comunidad y lo que gasta cada paciente será el beneficio que obtenga la empresa adjudicataria. Evidentemente el beneficio se obtendrá reduciendo los salarios de los profesionales (o incentivando las primeras consultas y desincentivando las consultas sucesivas), aumentando el número de pacientes nuevos por profesional y disminuyendo el gasto de los pacientes, es decir propiciando las altas y reduciendo las 'revisiones' y psicoterapias.

Este cambio en la gestión, todavía en esbozo, hace que los profesionales vean peligrar una atención de calidad en función de las necesidades del paciente a favor de una atención basada en la rentabilidad económica de la empresa adjudicataria.

*La información que me llega que es que en los hospitales donde ya están funcionando con un, hospitales privados, los sueldos, por ejemplo, hay una parte fija y otra parte variable que está en función, pues a lo mejor...de los nuevos, se paga más, si tú ves a un nuevo a si ves una revisión...(EPSQ)*

*Los pacientes con trastornos mentales más graves que consumen más recursos son penalizados con este modelo dificultándose las intervenciones ya sean psiquiátricas o psicológicas más continuadas e intensivas y favoreciendo exclusivamente el tratamiento y seguimiento psicofarmacológico.(GD3)*

*Exacto. Entonces, bueno, pues así las patologías leves como pueden ser a lo mejor cuadros depresivos o de ansiedad, que pones un tratamiento y además farmacológico y que, bueno, les puedes ver, bueno, en unas cuantas veces y darles el alta, pues esos puedes ver muchos más que ver pacientes esquizofrénicos y crónicos que son pacientes para toda la vida, vamos y que tienes que hacer, que haces muchas revisiones, que le dedicas mucho tiempo, pero bueno, eso no se valora tanto. Entonces, yo pienso o las psicoterapias, quiero decir, el hacer una psicoterapia es más tiempo. Nosotros ahora mismo en la agenda que tenemos, la agenda electrónica que tenemos los huecos establecidos para hacer una consulta sucesiva, tenemos reservado, bueno, depende luego si es de adultos o de infantil, pero treinta o veinte minutos (EPSQ)*

*yo imagino que también de baja calidad o de peor calidad de lo que conocemos hasta ahora porque, o sea, parece como que las líneas generales, pues eso, se va a economizar o a que haya menos recursos, en el caso de lo público y en el caso de la gestión privada economiza, o sea, a rentabilizar todo, entonces cuanto más fácil les veas, es mejor, cuántos más nuevos entren mejor, las revisiones dan un poco más igual ¿no? y entonces, o sea, se juntan que por una parte, quien se lo pueda permitir es caro y quien no, me da la sensación que todo va a disminuir la calidad. En Psicología clínica, en nuestro caso, que la necesitamos más tiempo, o sea, que veinte minutos pues poco puedes hacer y en revisiones de tres meses también, poco se puede hacer. (GD7)*

*Yo estoy viendo siete, siete nuevos a la semana y yo creo que, por ahí Áreas en los que están viendo muchísimos más (...) trece me han dicho a mí, trece (GD5)*

En estos momentos de coexistencia entre los Centros de Salud Mental de gestión pública con los hospitales de gestión privada, los profesionales relatan la 'pelea' por los pacientes nuevos y el desentenderse de los pacientes crónicos por parte de los nuevos hospitales.

*además nosotros estamos en competencia directa con uno de los nuevos hospitales, con lo cual lo que sí vemos que desde el Call Center ya tiene una directrices directas, hay que parar de derivar a esos pacien-*

*tes desde Capiro y lo que estamos viendo es eso, que los pacientes crónicos que no les interesa son los que nos mantienen y los que nos siguen derivando y, sin embargo, los nuevos que son en teoría más rentables y más, son los que ellos no atienden (EPSQ)*

*intentan quitarnos pacientes nuestros también, pacientes siempre con un perfil de pacientes agudos, de fácil resolución, intentan pues robarnos entre comillas ese tipo de pacientes (EPSQ)*

*ellos desde el ordenador buscan especialista y tal y para tal, luego también a la gente lo que se les está diciendo es otra cosa, les llaman y le dicen que le van a dar muy pronto ahí en el hospital y que es público, cosa que es mentira y la gente no sabe, y la gente cree que tal y lo que pasa es que les ven una vez y los mandan para seis meses, no hacen tratamientos, con lo cual, cobran por acto médico, es decir, que si va el paciente a los seis meses, ya ni es paciente ni nada, vuelve y esto es nuevo, con lo cual es cada acto médico cobran y ya está y les tienen prohibido hacer seguimientos y tratamientos (EPSCL)*

*se prioriza mucho ver a los pacientes muy rápido las primeras consultas, pero luego se da cada dos meses una cita de media hora que parece que en psicoterapia o en psicología eso es claramente insuficiente y yo en este centro que es público, he empezado a ver atisbos de que se empieza a trabajar también de esa manera ¿no?, teniendo muy en cuenta los números, la estadística y cuántos nuevos y cada vez tienen que llegar a más número de pacientes, teniendo un poco menos en cuenta la calidad y el tiempo que es necesario dedicar a los pacientes y sobre todo, en infantil a las familias.(GD6)*

*el número de psicólogos clínicos quizás no es suficiente, o sea, lo que dicen (...), o sea que la calidad posiblemente mejoraría si se aumentaran las plazas y eso en todos los dispositivos ¿no?, o sea, que habitualmente hay más psiquiatras por número de psicólogos, cuando los psicólogos resulta que necesitan habitualmente el doble de tiempo para ver a los pacientes con la misma calidad ¿no? y llevar a cabo luego un tratamiento que pueda ser efectivo y sin embargo pues es la mitad o menos en muchos de los dispositivos, entonces eso sí que lo veo, aunque sea una forma de aumentarlo el número de psicólogos clínicos. (GD7)*

## **LA DEMANDA EN SALUD MENTAL**

En todos los dispositivos sanitarios en los que trabajan los psicólogos clínicos hay demanda de asistencia pero es en los Centros de Salud Mental donde reflexionar sobre la demanda cobra mayor importancia porque constituyen la puerta de entrada a la Red de Salud Mental (aparte de las Urgencias psiquiátricas) y es donde mayor número de psicólogos clínicos trabajan. Otros psicólogos clínicos de dispositivos específicos como hospitales de día o de servicios no de salud mental, como por ejemplo cuidados paliativos, apenas hacen referencia a los problemas relacionados con la demanda que atienden porque, o bien viene filtrada y con indicaciones

precisas por parte de otros compañeros de otros dispositivos (por ejemplo derivados para psicoterapia y otras actividades de hospital de día), o se producen dentro del funcionamiento del propio equipo (por ejemplo en cuidados paliativos).

Analizaremos a continuación cómo ven los profesionales los problemas alrededor de la demanda que reciben en los Centros de Salud Mental, separándolos en los tres momentos antes citados: la demanda en relación con los médicos de Atención Primaria, la demanda y el Call Center y la recepción de la demanda en el Centro de Salud Mental por parte de los profesionales especialistas, psiquiatras y psicólogos clínicos.

### ***Los médicos de Atención Primaria detectan y derivan***

Ya hemos señalado que la puerta de entrada a los Centros de Salud Mental cuantitativamente más importante siempre ha sido la derivación desde Atención Primaria.

Esta derivación se ha organizado de dos maneras:

Cuando existían las Áreas Sanitarias, cada Centro de Salud Mental de Distrito recibía las derivaciones de los Centros de Salud de sus Zonas Básicas de referencia, básicamente mediante volante de derivación al Equipo de Salud Mental quien, mediante sus fórmulas organizativas ad hoc, 'repartía' las demandas para ser evaluadas por el profesional que consideraban más adecuado (por titulación, por conocimientos, por habilidades, por disponibilidad, etc.).

A partir de la sustitución de las Áreas Sanitarias por el Área Única en la Comunidad de Madrid, la libre elección de especialista, la dependencia de los hospitales y la puesta en marcha de fórmulas de gestión privadas de algunos

hospitales de la red pública, se pone en marcha una nueva forma de gestionar las demandas: el Call Center. Ahora los médicos de Atención Primaria tienen que indicar si la derivación es al especialista psiquiatra o al especialista psicólogo clínico en base a unos criterios proporcionados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Anexo 5) y envían al usuario al hospital para que el Call Center les proporcione una cita en el Centro de Salud Mental a través de la Agenda electrónica de los profesionales.

Entre los criterios proporcionados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental el más determinante es el hecho del tratamiento psicofarmacológico. Así si el profesional de Atención Primaria ha prescrito tratamiento psicofarmacológico y considera que el paciente puede beneficiarse de un tratamiento psicológico lo derivará a un psicólogo clínico siempre que mantenga bajo su responsabilidad el tratamiento psicofarmacológico.

*lo que sí que nosotros habíamos acordado aquí con los de Primaria y eso, en general, ahora se mantiene, es que cuando mandan a alguien a Psicología clínica son los de Primaria los que asumen el tratamiento farmacológico si ellos ven que lo necesita, o sea que, si por ejemplo, tiene un trastorno depresivo pero ven, tiene una conflictiva pareja o un problema específico no sé qué, ellos, a lo mejor les han puesto en tratamiento farmacológico y lo mandan para esa intervención concreta (EPSQ)*

En el caso de que el médico de Atención Primaria considere que el paciente puede necesitar tratamiento psicofarmacológico más especializado que el que él puede prescribir entonces lo derivará al psiquiatra que será quien asuma la responsabilidad del tratamiento psicofarmacológico.

*es un equipo pequeño, veían todas las hojas por la mañana, se reunían, veían todas las hojas por la mañana y decidían a quién ponían al psiquiatra y al psicólogo, ¿qué es lo que pasa?, que cuando se abrió lo de la libre elección, se abrieron agendas de psiquiatras y de psicólogos clínicos y entonces ya se unificó para todos y entonces la Oficina de Salud Mental, hizo, elaboró con unos grupos de trabajo unos protocolos donde viene la derivación a criterio, normal y para que te hagas una idea, el criterio de derivación a psiquiatra normalmente está ligado con que tenga un cuadro psicótico o un cuadro depresivo grave con ideación autolítica, intentos autolíticos o riesgo de suicidio o algo así, básicamente*

*¿sabes?, o sea, que está, que son casos en los que presumiblemente va haber, va a ser necesario una intervención farmacológica, con lo cual, pues bueno, quiero decir que si no es marear un poco la perdiz ¿no? (EPSQ)*

*el riesgo de suicidio o problemas de comportamiento que sean destructivos para el ambiente cercano y luego también enfermedades graves que ellos no manejan ¿no?, ésas sí que por supuesto nos las mandan, pues psicosis o trastornos obsesivos compulsivos, cosas de ésas (EPSQ)*

*si es un caso que presenta alteraciones en desarrollo cognitivo, prácticamente seguro sé que va a aparecer en mi consulta, si es el caso por ejemplo de un niño que está con medicación, prácticamente seguro va a aparecer en la consulta de un psiquiatra (EPSCL)*

*Y luego los motivos de la derivación de Primaria a Especializada, pues suelen ser fracasos en tratamientos que ellos llevan por lo que sea (EPSQ)*

Como vemos el criterio general para la derivación por parte de Atención Primaria a uno de los dos facultativos de Salud Mental se basa en la capacidad legal de prescribir medicamentos de la que están excluidos los psicólogos clínicos. Asociada a esa capacidad legal de prescribir fármacos está la consiguiente responsabilidad legal del tratamiento. ¿Quién es el responsable del tratamiento del paciente en el caso de un problema legal?. Es evidente que si el psiquiatra asume la derivación, póngale o no tratamiento psicofarmacológico, será su responsable ante la ley, pero si un médico de Atención Primaria asume el tratamiento farmacológico y un psicólogo clínico el tratamiento psicológico ¿qué nivel de responsabilidad tiene cada uno?. Esta misma pregunta se puede plantear cuando el psiquiatra asume el tratamiento farmacológico y por derivación interna un psicólogo clínico asume el tratamiento psicológico. Una implicación derivada de estos interrogantes se plantea a la hora de firmar informes y de indicar un ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve o de Trastornos del Comportamiento Alimentario, por ejemplo.

Los profesionales de la Psicología clínica valoran positivamente la explicitación de la posibilidad de derivación directa por parte del médico de

Atención Primaria, lo que implica un reconocimiento de la igualdad de cualificación profesional con el psiquiatra. Anteriormente al ser la derivación al Centro de Salud Mental estaba implícito (o se podía entender por la cultura dominante) que la derivación era al psiquiatra en primera instancia y, si llegaba al psicólogo era por derivación interna del psiquiatra.

*Yo creo que muchos médicos de Atención Primaria se han sentido liberados de no tener que mandar a psiquiatría y contar con los psicólogos (GD3).*

Se constata de esa manera el cambio que se ha producido estos últimos años respecto a la valoración social de la Psicología, no ya por parte de los usuarios sino también por parte de los profesionales sanitarios, en este caso médicos de Atención Primaria

*muchos piden psicólogo y no psiquiatra y no quieren medicarse y les dicen que no quieren medicarse, pues ahora en cuanto le ponen al médico, psicólogo clínico lo vemos nosotros en primera instancia ¿sabes?, y en los niños también nos han permitido hace pocos meses que los pediatras deriven (EPSCCL) Yo creo que también hay, lo que me estoy encontrando y ahora que nos estamos coordinando más con Primaria es que hay mucha demanda de psicólogos, de Terapia, de psicología, creo que eso nos puede ir bien dependiendo un poco también cómo lo manejemos (GD6)*

*La gente va al psicólogo y no tienen la carga del estigma que tenía... (GD5)*

Lo que justificaría, como más adelante veremos, la posible incorporación de psicólogos clínicos en Atención Primaria, a juicio de buena parte de los entrevistados.

*Los médicos están super dispuestos, están deseando tener un poco pues ese espacio para evitar las derivaciones a Salud Mental (...) y especialmente los pediatras. Los pediatras sí que me derivaban, me derivaban ese poco tiempo que estuve, pues casos, casos de apoyo a la familia, con los niños, de normas, de límites, de todo esto que es como muy básico pero muchas familias pues tienen dificultades y creo que hay un trabajo ahí fundamental, definiendo que sean clínicos, claro, por supuesto, porque el clínico, a ver, el clínico, sobre todo vía PIR que es lo que yo conozco ¿no? tiene una visión de todos los recursos (GD6)*

Los 'efectos secundarios' de esta buena valoración hacia los psicólogos clínicos por parte de los médicos de Atención Primaria, teniendo en cuenta el menor número de psicólogos clínicos que de psiquiatras en los Centros de Salud Mental (proporción de 1 a 3-4), es el aumento de las listas de espera de los psicólogos, ya que, un trabajo psicológico de calidad, requiere más

tiempo sincrónico y diacrónico que otro tipo de intervenciones 'médicas', por ejemplo las intervenciones psicofarmacológicas de los psiquiatras.

*porque nosotros, por ejemplo, no. Los psiquiatras tienen más nuevos a la semana que los psicólogos, en una idea de que los psicólogos deben tener más tiempo para los pacientes que los psiquiatras, (GD3)*

Llaman la atención los psicólogos entrevistados sobre la manera que, en algunos casos, están utilizando para disminuir las listas de espera de psicología: que los psiquiatras vean *también* los pacientes derivados a Psicología clínica.

*La lista de espera en nuestro Centro, de momento, a los psicólogos se ha aumentado muchísimo porque hay muchísima derivación a Psicología clínica, muchas, o sea, la lista de espera ahora mismo, de tres a uno se ha aumentado de psicólogo con respecto a psiquiatra porque los médicos de Atención Primaria derivan más a psicólogos, incluso alguna derivación a psicólogo ya la están viendo los psiquiatras para adelantar que no haya tanta lista de espera, sin criterios digamos de gravedad. (GD3)*

La queja de la sobrecarga y el intento de un trabajo 'bien hecho' a costa del sobreesfuerzo personal no es infrecuente entre los entrevistados.

*Nueve primeras citas. Entonces con eso se carga radicalmente cualquier posibilidad de hacer un trabajo digno y en condiciones, entonces yo ahí he notado muchísimo, pues que yo a lo mejor, pues si siempre me han tenido más o menos un ritmo de una sesión cada veinte días y en casos específicos programabas sesiones, pues una semana, pues por ejemplo, terapias breves y tal que sabían que eran rápidas y tal. Bueno, yo con esto de los nueve pacientes nuevos semanales que son treinta y seis mensuales, o sea, tú calcula, estoy viendo a los pacientes cada mes y medio. Entonces yo he intentado, porque claro lo puedes arreglar a costa tuya, de decir, lo pongo entre dos evaluaciones que sé que no voy a tener tiempo y tal, pero yo es que claro el día que veo once o doce pacientes he decidido que ya no lo hago porque es que no puedo. Entonces bueno eso ha sido absolutamente nefasto para los psicólogos porque claro los psiquiatras tienen otro sistema. Los psiquiatras en mi centro básicamente lo que hacen es medicar (EPSC)*

*sé que hay sitios donde ven trece nuevos, todos y yo me puedo dar con un canto en los dientes, trece nuevos les han obligado hacer, a psicólogos y a psiquiatras. Claro, después te viene la presión de la lista de espera (GD5)*

Para los psiquiatras entrevistados estos criterios de derivación a psiquiatra o a psicólogo clínico no han generado ningún tipo especial de comentario lo que presupone que no tienen objeción relevante al respecto.

Sin embargo para algunos psicólogos estos criterios de derivación no quedan suficientemente claros y reclaman el establecimiento de otro tipo de criterios (conciencia de necesitar ayuda psicológica, accesibilidad al Centro,



etc.) que no se basen en la tradicional equiparación de que el psiquiatra atiende patología grave que requiere medicación y el psicólogo clínico la patología leve cuya medicación, si la tiene, la asume el médico de Atención Primaria,

*Creo que el tema de las derivaciones es algo que requiere como coordinación en los equipos y entre psicólogos y psiquiatras o con Primaria pues para llegar a acuerdos un poco de criterios de derivación o de, pues a lo mejor este tema ¿no?, de qué trastornos, pero no como trastornos concretos que sean más de psicólogos y de psiquiatras sino a lo mejor criterios de derivación de una manera más transversal entre, independientemente del trastorno o de la gravedad (EPSC)*

al tiempo que desconfían de la verdadera asunción de una derivación 'convencida' a psicología dada la potencia de atracción que tiene la psiquiatría. En cualquier caso la gran mayoría de derivaciones a Psicología clínica mantienen un tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos por parte del médico de Atención Primaria.

*En lo publico hemos conseguido que se pueda mandar directamente al psicólogo pero con la boca pequeña y por la puerta de atrás porque nadie lo firma diciendo "se puede derivar a psiquiatra o a psicólogo", claro que se hizo eso pero con una condición: que el médicos de Atención Primaria se hiciera cargo del tratamiento psicofarmacológico, cosa que sucede en el 90% de los pacientes que nos derivan desde Atención Primaria que están con ansiolíticos o antidepresivos (EPSC)*

*si tiene ya un tratamiento y consideran lo de la psicoterapia ya vienen a nosotros, pero a la mínima va directamente al psiquiatra, o sea, yo creo que sí hemos perdido también terreno.*

*Sí, incluso debe haber algún centro me imagino que todavía pasa por el psiquiatra probablemente antes que por psicología (GD1)*

Estas consideraciones hacen que, en la práctica, las derivaciones desde Atención Primaria (también desde los servicios hospitalarios de Neurología y Pediatría) hacia los psicólogos clínicos sean mayoritariamente de casos de niños con TDAH o cualquier otro problema de comportamiento, ansiedad, depresión, etc. En los casos infantiles es mayor la derivación a Psicología clínica que a Psiquiatría ya que socialmente (tanto los médicos como las

familias) se considera que los problemas de los niños no son tan graves como para derivarlos al psiquiatra y, por consiguiente, requerir medicación.

*también, te pueden mandar a Salud Mental, normalmente como ven que han diagnosticado a muchos niños ya con diagnóstico de neurología pues dicen: "tienen TDAH, farmacología y ahora tratamiento psicológico" y entonces pues abren la agenda y me lo meten acá (EPSCL)*

En población adulta las derivaciones suelen ser de patologías clásicamente denominadas como "menores": ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, etc. que en la mayoría de los casos siguen tratamiento psicofarmacológico de ansiolíticos o antidepresivos a cargo del médico de Atención Primaria. Por consiguiente las derivaciones desde a Atención Primaria a Psiquiatría son los casos considerados más graves, de patología "mayor": psicosis (trastornos bipolares, esquizofrenia, paranoia, etc.) y trastornos graves de la personalidad.

Otras derivaciones a los Centros de Salud Mental que proceden de las Urgencias Psiquiátricas hospitalarias o de las Unidades de Hospitalización breve no pasan por los psicólogos clínicos.

### ***El Call Center distribuye la demanda***

Según el sistema informático cada especialista dispone de una Agenda electrónica con la disponibilidad diaria para recibir pacientes a disposición del operador de turno que es quien le da la cita al paciente telefónicamente. Así cada psiquiatra y cada psicólogo clínico para adultos o para niños y jóvenes hasta los 18 años tiene una capacidad predeterminada para primeras citas según haya acordado la dirección del hospital al que está adscrito con el Jefe de Servicio de Psiquiatría de dicho hospital y con el responsable del Centro de Salud Mental.

Generalmente los pacientes citados para cada Centro de Salud Mental corresponden con su anterior Distrito de referencia pero comienzan a darse derivaciones basadas en la libre elección sanitaria de pacientes derivados a Centros muy alejados de sus zonas de referencia con las consiguientes dificultades de accesibilidad para el paciente y de continuidad del tratamiento por parte de los profesionales.

*con el Área Única, a mí me están viniendo desde toda la zona norte, lo cual me lo ponen aquí a las ocho y media de la mañana, pillan el atasco, me llegan a las nueve, me alteran toda la consulta, luego a la hora de coordinarte pues ya tiene que ser por teléfono, porque yo antes salía y me voy a los institutos cuando son los chavales del distrito, pero a ver quien se desplaza a coordinarte con el Equipos de Orientación, con los Servicios Sociales, con el médico de cabecera, entonces, pues eso está restando calidad a las intervenciones y, bueno, dificultando las intervenciones que en teoría y desde un punto de vista de los modelos comunitarios que son los que más hemos defendido como los adecuados para atender la demanda, no solamente de adultos, pues si en adultos es importante, en niños y en jóvenes es ya imprescindible; la coordinación, la complementariedad de recursos, cercanía, proximidad, todo eso está saltando por los aires (EPSC)*

Como hemos visto ahora los médicos de Atención Primaria tienen que indicar si la derivación es al especialista psiquiatra o al especialista psicólogo clínico y envían al usuario al hospital para que el Call Center les proporcione una cita con el que ellos (los usuarios) elijan. Dado que no es frecuente que el usuario elija un profesional con nombre y apellido, el Call Center, por defecto, le ofrece algún especialista del Centro de Salud Mental de su antigua Área Sanitaria u otro especialista de algún nuevo hospital gestionado de modo privado.

Comienza un proceso de *normalización* de las citas a Salud Mental como a cualquier otra especialidad sanitaria.

Este nuevo modo de derivación 'no gusta' a psiquiatras de la 'vieja escuela' (más psiquiatras-psicoterapeutas), responsables de centros, que ven 'amenazada' su función más psicoterapéutica en favor de la del psicólogo clínico como, en alguna medida, ha pasado en el campo de la rehabilitación

donde el psicólogo, no necesariamente clínico, ha desbancado al psiquiatra asumiendo una faceta psicoterapéutico o psicoeducativa.

*Creo que hasta ahora teníamos que pacientes eran derivados a Salud Mental y lo veía indistintamente psicólogo-psiquiatra y luego se hacía una indicación del tratamiento más o menos, ahora está cada vez más establecido con esto de las citas, éstas telefónicas que se citan para psiquiatra o para psicólogo, eso es lo que está pasando en este momento. Y yo creo que eso obedece mucho a la idea de que el psicólogo es quien hace las psicoterapias, quien hace la atención más..., y al psiquiatra se le manda más para medicación, claro, eso teniendo en cuenta que hay bastantes pocos psicólogos, me parece que significan que se deben estar haciendo muy pocas psicoterapias. Mi idea es, fíjate que a los psicóticos les están llevando en Centros de Rehabilitación una parte muy, muy importante de su tratamiento ¿no?, y hay psicólogos, que no hay psiquiatras (EPSQ)*

Según el discurso de los entrevistados se dan dos problemas en la gestión de las primeras citas en los Centros de Salud Mental.

El Call Center cita como nuevo para una primera entrevista de evaluación a cualquier persona mandada por Atención Primaria sin tener en cuenta si ya la han visto en el Centro o incluso si la están viendo actualmente, ni qué profesional la ha atendido o está atendiendo. De esta manera se cubren huecos de primera entrevista con "falsos" nuevos que, en muchos casos, no acuden a la cita o si acuden, lo hacen con otro profesional distinto al que le atendió anteriormente, volviendo a iniciar el itinerario terapéutico.

El Call Center da una cita para Psiquiatría y otra a Psicología clínica a un mismo paciente, por indicación de Atención Primaria o a demanda propia. Se ocupan dos huecos de nuevos para una misma finalidad: la evaluación del caso, con lo que de ineficiente tiene para la institución y de repetitivo para el paciente.

También piensan que se ha perdido la valoración de la 'preferencia' de la cita por parte del Equipo de Salud Mental aunque algunos responsables de centros han conseguido reconducir la situación y 'reprogramar' lo 'programado' por el Call Center.

*El tema de la gestión de la agenda no incide tanto en el tipo de patologías sino en el tiempo de atención al paciente, es decir, si antes con el volante físico, nosotros en función del motivo de consulta si veíamos que era grave lo gestionábamos para dentro de dos semanas y uno leve a lo mejor dentro de un mes, hemos perdido esa capacidad (GD6)*

*la primera opción que les dan es acudir al Centro de Salud Mental de su Área de residencia y si hay mucha lista de espera o no quieren o quieren cambiar le dan otras opciones alternativas. Si es preferente, entonces además a nosotros nos sale en el ordenador lo que se llama VP y lo evaluamos, lo evaluamos su pertinencia, si está bien hecho preferente o no y también podemos modificar si la cita que han dado desde el Call Center no nos parece adecuado o nos parece demasiado tarde o lo que sea, la cambiamos y de hecho esas citas y prácticamente todas las revisamos porque muchas veces les dan citas como nuevos a enfermos que ya están vistos, con lo cual reprogramamos esas citas y muchas veces logramos acortar la lista de espera (EPSQ)*

Antes de la incorporación de los Centros de Salud Mental a los hospitales en los Centros de Salud Mental la demanda en general era recibida por el equipo de salud mental que organizaba según su saber y entender la evaluación de la misma. El reparto de los pacientes era tarea del equipo dándose una asunción colectiva de responder a la demanda en función de los recursos de cada centro y las características de los profesionales de cada centro (intereses, competencias, etc.), más allá de lo que les presuponía sus titulaciones de psiquiatra o de psicólogo clínico. Ahora quien reparte es la Administración hospitalaria a través del Call Center.

No todos los profesionales (sobre todo los vía homologación y más veteranos) echan las campanas al vuelo con el hecho de poder recibir directamente pacientes desde el médico de Atención Primaria ya que lo relacionan con la pérdida del modelo comunitario y del trabajo en equipo.

*Ahí, ahora hemos empeorado una barbaridad, o sea, ahora directamente, nos vienen derivados del médico de Primaria y encima ¿no?, es verdad que yo estoy mal educada, en el sentido de que creo que en mi centro afortunadamente puedes ver patología ¿no? de todo tipo, pero sin embargo ahora con estos criterios, de entrada, yo lo que evalúo ¿no?, pues son: trastornos adaptativos, cuadros de ansiedad, depresiones menores, algo que yo me he peleado en mi equipo, por ejemplo, que me parece una paradoja, es que yo no puedo evaluar de entrada a un trastorno de la personalidad porque se considera patología grave y entonces eso es para el psiquiatra ¿no?, cuando el tratamiento psicológico es fundamental ¿no? (GD3)*

*ése es otro elemento muy importante de cómo se está cambiando el modelo comunitario, antes se derivaba a Salud Mental, al equipo de Salud Mental, llegaban los pacientes y los valorábamos y podía haber una cierta distribución. Lo valoraba el equipo en reunión clínica semanal donde hacíamos una valoración del número de pacientes derivados al servicio y podíamos valorar entre todos, incluso la persona más adecuada o el tipo de estrategia más adecuada para intervenir, empezando por psiquiatría o por psicología o por Servicios Sociales. Hoy día tenemos las agendas abiertas (...) con mi agenda propia de especialista facultativo y te derivan a Psicología clínica, no a Salud Mental (EPSCL)*

## **LA PRIMERA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Nos referiremos en este apartado a la valoración que hacen los profesionales de Salud Mental, psiquiatras directores y psicólogos clínicos, de la práctica de la evaluación por parte de éstos, y en relación con la evaluación que hace el psiquiatra. El contexto general al que se refieren son los Centros de Salud Mental que atienden población adulta e infanto-juvenil.

### ***Primeras evaluaciones y derivaciones internas: trabajo en negro***

En los Centros de Salud Mental el proceso de la evaluación es un punto central en la organización del trabajo y el reparto del mismo. Ha ido variando según se ha ido produciendo la integración la atención a la Salud Mental dentro del sistema sanitario.

En los inicios, al recibir la demanda en el Centro se dieron dos situaciones:

La evaluación a cargo del Equipo. Así se hacía en aquellos Centros más impregnados de la filosofía comunitaria y con más tradición en el trabajo en equipo interdisciplinario.

*La gran aportación de la reforma psiquiátrica aquí en Madrid, es que se crean equipos multidisciplinarios y en muchos centros se hacía una entrevista de evaluación y que se ha mantenido y hemos luchado mucho, muchos años para que se mantuviera y ante esta evaluación era la primera entrada al centro, la hacía el trabajador social o enfermería (...) y ahí donde de alguna manera con una conciencia de equipo, se distribuían los pacientes; al psicólogo o al psiquiatra. Eso, lo han ido quitando porque han ido, a medida que se han ido, de alguna manera psiquiatizando más los equipos y perdiendo ese contenido multidisciplinar, han sido los jefes psiquiatras los que cogían los volantes de derivación y distribuían en la ma-*

*yor parte de los equipos. Ahora contrariamente lo que estaba contando ella, lo de la derivación a psicología o a psiquiatría, yo creo que ha sido una reivindicación (GD3)*

*cada grupo un psicólogo y tres psiquiatras, entonces se reciben los casos nuevos y se reparten en el grupo, más allá de la derivación que haga el médico (GD8)*

*Es que en los sitios donde iban a Salud Mental, (...) pues claro se han visto de alguna manera perjudicados en el sentido de que el psicólogo allí pues tenía exactamente la misma competencia que un psiquiatra, pero en el ochenta por ciento de Madrid era diferente (GD3)*

## **La evaluación a cargo de un psiquiatra en aquellos Centros con menos presencia de psicólogos clínicos y con orientaciones más asistencialistas**

*en mi Centro hace muchos años que lo de la evaluación desapareció porque era inviable por espacio ¿no?, había mucha gente demandante y había que colocar y bueno, era un poco, pinto, pinto, gorgorito, pero desde hace ya bastante tiempo, a no ser que específicamente en el volante ponga otra cosa, va al psiquiatra, ¿por qué? porque es que los psiquiatras tienen muy poca lista de espera y los psicólogos tenemos muchísima, pero muchas veces sí que vienen derivados específicamente a Psicología clínica, entonces pasan por nosotros directamente (GD1)*

*lo que ocurre es que quien hace las primeras evaluaciones son psiquiatras y son los psiquiatras los que determinan o filtran si es para tratamiento psicológico (GD5)*

*Pero yo creo que sí que sigue habiendo, o sea, la primera evaluación es claramente psiquiátrica, medicalizada, puramente biologicista (EPSC)*

*nunca entendí, no entendí yo y creo que no entendemos muchos, es que ellos, no filtraban sino llegaban y veían a los pacientes y luego si los pacientes pedían psicólogo o veían que eran cosas psicológicas de tratar, te los derivaban, pero es como la interderivación, con lo cual nuestros nuevos, hasta hace muy poco, eran vistos por el psiquiatra primero (EPSC)*

## **Y también en algunos dispositivos más específicos como las Unidades de Trastornos Alimentarios.**

*En el hospital de Día eso ha cambiado también, al principio se citaba a un paciente con psicología y psiquiatría y se hacía la valoración conjunta, es decir, después hablábamos y ahora es verdad que se le cita con psiquiatría y es el que hace el primer filtro. Es un poco para ahorrar tiempo ¿no? de que si ya no cumple criterios porque está, pues en nuestro caso, pues que ves un paciente que esté muy delgado y que tiene que ser hospitalizado, pues ya no tiene por qué pasar toda la evaluación, es decir que tiene esa lógica de rentabilizar un poco el recurso. Todo paciente que después va a estar en tratamiento con nosotros, sí que está visto por psicología y por psiquiatría (GD6)*

En otros, también específicos, como la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género, al principio la evaluación inicial la hacía el psiquiatra pero actualmente la hacen ambos facultativos.

*la Unidad estaba diseñada así, en base a que los casos, por ejemplo de esquizofrenia, de trastorno bipolar grave, trastorno de personalidad de algún tipo ¿no?, pues no entraran en lo que es la valoración, la evaluación por nosotros ¿no?, se diseñó en un inicio así ¿no?, que no podían seguir el tratamiento en la Unidad, pero bueno, como todo se va cambiando y la verdad que esa parte del protocolo pues está escrita de una manera muy ambigua y nosotros pues la hemos perfilado, haciendo lo que hemos visto que es necesario ¿no?, pues bueno, sí, es necesario descartar psicopatología grave pero no sólo únicamente por el psiquiatra, sino también por los psicólogos que estamos ahí clínicos (GD6)*

Esta situación se ha mantenido hasta estos últimos años. Ahora las derivaciones son al Psiquiatra o al Psicólogo clínico. El profesional al que se le deriva asumirá la primera evaluación.

A pesar de la oficialidad de la 'paridad' y simetría en la posible asunción de la primera entrevista de evaluación por parte de psiquiatra o de psicólogo clínico, se mantienen en cualquier caso dos posturas diferenciadas:

Una expresada por la mayoría de los psicólogos clínicos, especialmente por los vía homologación y por los psiquiatras directores de centros que defiende que ambos profesionales estén en la primera línea de atención ya que no hay mucha diferencia en cómo hacen la primera evaluación psiquiatras o psicólogos clínicos

*en mi centro, los psicólogos hacen las primeras evaluaciones, quiero decir que no están en segunda línea donde se les deriva lo que nosotros vemos ¿no?, o sea, que yo creo que en algún centro sí que funcionan así, pero en mi centro no, o sea, que ellos ven, hacen las evaluaciones y si ven algún paciente que le tiene que ver el psiquiatra pues nos lo derivan y lo compartimos (EPSQ)*

*Antes, nosotros no, derivaban a Salud Mental, yo hacía evaluación el mismo día con una psiquiatra y nosotras nos apañábamos indistintamente podía verlo uno u otra el paciente, que digamos que la capacidad de la operación no se diferenciaba entre los dos profesionales. Yo creo que ahora en esa parte sí se pierde, cómo funcionar, bueno, de hecho, en la práctica es como si se funciona más aisladamente, ésa es mi impresión dentro de los servicios, viendo al paciente y más en la consulta, digamos (GD1)*



*el Selene que es el sistema que nosotros tenemos solamente existe la posibilidad de derivar a psiquiatría o a psicología, pero yo creo que eso no es mucho problema porque una vez que llega el paciente, si el equipo más o menos funciona bien y se ha equivocado, que se puede equivocar, no pasa nada, se corrige dentro del sistema. Ahora yo antes con el sistema anterior era mejor porque nosotros gestionábamos desde el equipo, nuestra propia agenda de entrada, es decir, el paciente venía con el volante y nosotros ya decidíamos con quién iba o hacíamos una primera selección entre comillas, en función de lo que veíamos y nosotros gestionábamos al paciente desde la entrada, ahora ya no, hemos perdido la posibilidad de gestión con el nuevo sistema de citación ¿no? y es el pediatra o el médico de Atención Primaria el que te deriva directamente a psiquiatría o a psicología, pero los dos vemos nuevos (GD6)*

*parte de la entrevista que llevaría a cabo un psiquiatra para evaluar un déficit de atención, por ejemplo, el ochenta por ciento se parecería a la entrevista que haría yo y, probablemente la conclusión también sería similar, hay cosas que son parecidas. Las orientaciones que realizamos por ejemplo, para pautas de conducta familiares, claro, yo trabajo en infantil y está un poco sesgado el tema, probablemente se parecen, es posible que los psicólogos lo hagamos de modo más extenso y los psiquiatras de modo más rápido, también porque ellos tienen mayor carga asistencial y menos tiempo por paciente y nosotros tenemos más tiempo por paciente (EPSC)*

Otra, más minoritaria, que es expresada por los psiquiatras de orientación más biológica, con el argumento de 'descartar patología orgánica' o de otras orientaciones con el argumento de 'agilizar la lista de espera' que defiende que sea el psiquiatra quien esté en primera línea evaluando y el psicólogo clínico en segunda línea recibiendo lo ya 'evaluado' por el psiquiatra.

*La primera evaluación tiene que ser de un psiquiatra para descartar patología orgánica (EPSQ)*

*antes la hacíamos en el equipo, ahora la hago yo (Psiquiatra director de Centros de Salud Mental) (EPSQ)*

Sectores de psicólogos clínicos, sobre todo los vía PIR, asumen ese discurso y aceptan esa segunda línea asistencial reivindicando quedar para hacer principalmente psicoterapia.

*si se forma específicamente a los psicólogos o se hace, yo qué sé, coordinación de alguna manera con los médicos para tener también todo eso valorado, bueno, pues que a lo mejor las derivaciones directas a psicología pues también son una alternativa válida, pero no lo veo como un tema fácil. (EPSC)*

*estuve trabajando en adultos con anorexia y ahí sí que primero lo veía el psiquiatra el caso, y luego pasaba a mí, pero eran pacientes que tenían una carga somática muy importante y me parecía sensato que se hiciera una primera evaluación médica para decidir cuántos análisis hay que hacer y qué cosas hay que mirar, no lo viví como un menosprecio, y actualmente, es cierto que los casos nos los asigna*

*nuestro jefe que es psiquiatra, pero en mi opinión no sigue un criterio discriminatorio, va en función de las características del caso que aparezca en la consulta de uno o de otro (EPSCL)*

*a mí personalmente no me disgusta que haya un cribaje médico por parte de un psiquiatra primero, porque sí que me parece que en determinados aspectos pues quizás sí que un psiquiatra va a ser capaz de, pues no sé, de valorar algunas cuestiones médicas que a lo mejor un psicólogo no (...) siempre está el cribaje o la valoración médica del médico de Primaria, pero no siempre es la más, o sea, no siempre es la más acertada, va a ser mucho más especializada la que haga un psiquiatra que la que haga un médico de Primaria. Entonces no tengo muy claro que lo más indicado sean las derivaciones directas a psicología (EPSCL)*

*el psiquiatra también ve al paciente para descartarse la patología grave, entonces el psiquiatra que nosotros tenemos pertenece a psiquiatría y sí que tiene una parte de su agenda que dedica a la Unidad y descartar psicopatología grave, hace una o dos entrevistas si las necesita ¿no? Y nosotros volvemos a ver a ese paciente y volvemos hacer un screening, o sea no es que, su valoración es muy importante, pero volvemos a ver al paciente como nuevo, o sea, es verdad que, o sea, cuando lo vemos desde nuevo y nosotros vamos a ser nuevos para él (GD6)*

*precisamente porque los psicólogos sólo hacemos psicoterapia, a lo mejor tenemos que estar para eso solamente (GD1)*

Otro tipo de derivación contemplada también en el documento de Criterios de derivación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental es la derivación interna: psiquiatra-psicólogo clínico y viceversa. Cuando cualquiera de los dos facultativos hace una primera entrevista de evaluación y considera que el paciente se puede beneficiar de una intervención del otro facultativo se realiza una derivación interna,

*luego había huecos de posibilidad de derivación interna que se llamaba. Normalmente, profesionales psiquiatras que no tenían experiencia en psicoterapia o no tenían una formación en psicoterapia y pedían que un paciente necesitara, pues derivaba (EPSQ)*

sin que la recepción de este nuevo paciente suponga la contabilización como paciente nuevo, lo que los ha llevado a algunos psicólogos a denominarlo como 'trabajo en B o trabajo en negro',

*hacemos un trabajo en negro, quiero decir que no aparece, que es, tenemos, cinco o seis, seis casos nuevos cada semana, pero...(..) aparte de esos, vemos los que nos derivan los psiquiatras del equipo que son siete, somos tres psicólogos de adultos y esos no constan como nuevos (GD5)*

aunque depende de cómo se haya negociado con el hospital para adjudicar, y contar, cuántos nuevos recibe cada profesional.

*si el psiquiatra no ve que necesite nada por su parte, me lo citará a mi consulta como nuevo, o sea y a mí me aparece como paciente nuevo, aunque sea derivado por un psiquiatra, de hecho, el código que nos aparece en el ordenador es distinto para psiquiatría y psicología, luego un psiquiatra me puede hacer a mí una interconsulta y viceversa y yo puedo hacer una interconsulta a psiquiatría, a neurología o a lo que me parezca conveniente, esa parte no la tenemos en ningún caso limitada (EPSCL)*

También puede darse la derivación interna no ya en las primeras entrevistas sino a lo largo de un tratamiento psicofarmacológico. El psiquiatra puede derivar para "psicoterapia" al psicólogo clínico o alguien en psicoterapia puede ser derivado al psiquiatra para una ayuda psicofarmacológica.

A juicio de los psicólogos estas derivaciones no siempre se ajustan a criterios de indicación terapéutica, sino más bien al deseo de los psiquiatras de 'quitarse al paciente de encima' sea, o no, trabajable desde el punto de vista psicológico.

*yo la sensación que tengo siempre es que hay un número importante de psiquiatras que lo que hacen es: "¡que vaya al psicólogo! y así yo lo veo una vez cada seis meses y deja de dar la coña por aquí" (EPSCL)*

*hay veces eso que derivan cosas que no, pues como lo que no, pues lo que es de charlar o yo qué sé, cosas que no son tampoco trabajables desde psicología o que no es un trastorno (EPSCL)*

Esta especie de nueva modalidad de 'trabajo en equipo' que permite un tratamiento conjunto, a juicio de los psicólogos, no se hace con demasiada profesionalidad ni de una manera sistemática.

*sí tengo que hablar a algún psiquiatra de cosas, las hablo y viceversa y hablamos de los casos no formalmente sino en los pasillos (EPSCL)*

*Yo te puedo decir que ahora con el sistema que tenemos para yo poder hablar con mi psiquiatra de equipo casi tengo que echar solicitud ¿entiendes?, (...) yo hago mi evaluación, considero que podría ser útil una evaluación psiquiátrica para ver la pertinencia o no de usar un fármaco y tiene que pedir hora al psiquiatra de mi equipo, lo cual miran la agenda y le pueden dar para dentro de tres meses o para cuando tenga hueco el psiquiatra, a no ser que yo le coja por banda y le diga: "oye, es que métemele un poco*

*y tal” y entonces, si tiene un hueco y puede hacerme un favor entre comillas, le atiende y le da o le evalúa y le puede dar o no medicación (EPSCCL)*

En el caso de población infantil los psicólogos clínicos también cuestionan las derivaciones que reciben de los psiquiatras en tanto 'ven' solamente lo que van buscando'.

*en infantil que lo he visto y lo he constatado es que las psiquiatras infantiles cuando venían cosas afectivas, algunas dificultades de APrendizaje que tenían que ver con la cosa afectiva en los niños, le decían: “no le pasa nada, a su casa” y le mandaban sin tratamiento porque iban rastreando los casos graves, las hiperactividades y todas las cuestiones más graves y para medicar (EPSCCL)*

### **Los tests, las pruebas neuropsicológicas y los informes**

Las referencias al uso de los tests están bastante ausentes en el discurso de los investigados ya que lo asocian al psicólogo como auxiliar del psiquiatra.

*sí que veo en el hospital por lo menos en el mío, sí que hay psiquiatras de hace muchos años, vamos que ya, de la antigua escuela, que tienen al psicólogo para pasar pruebas y hacer evaluación neuropsicológica, para decorar un poco lo que es la historia clínica y poco más, poca autonomía más (GD6)*

Dentro de los tests o pruebas psicológicas lo más específico y a lo que con más claridad se refieren son a las pruebas neuropsicológicas.

Por parte de algunos psiquiatras 'reprochan' a los psicólogos clínicos el haber hecho una ostentosa dejación de una de sus funciones más singulares y propias.

*Ellos se han negado, han querido ser casi psiquiatras, por lo menos en mi Centro, y yo creo que se equivocan, porque por ejemplo, todos los estudios psicométricos, todos los estudios neuropsicológicos en relación con neurología o con otras especialidades, pues la verdad es que no les gusta hacerlo, la verdad es que se defienden como diciendo que eso no es parte suya*

*Y LOS FORMADOS VÍA PIR, ¿TAMBIÉN PLANTEAN LA MISMA...?*

*También plantean esa misma cosa. No, noto diferencia, al final son los que terminan haciéndolos, pero yo no sé si es por más jóvenes o por mejor formados. (EPSQ)*

Por parte de algunos psicólogos clínicos, sobretodo vía PIR, lo asumen como parte natural de su función, al tiempo que les sirve para su discriminación de las funciones de los psiquiatras.

*Como parte de mi trabajo es hacer evaluaciones neuropsicológicas, esa parte no tiene ningún solapamiento, no conozco ningún psiquiatra que tenga interés en intentar pasar un test o algo por el estilo, ahí tenemos las competencias muy bien distribuidas y no supone ningún problema (EPSCL).*

*Los PIRes actuales son gente buenísima, buenísima, con la neuropsicología es lo mismo, se había quedado la neuropsicología en el limbo, de hacer unos informes sin sentido para el paciente y en este momento saben de eso, están planteándose cómo tienen que orientar a esa persona que eso sirve ya ahora se está planteando que hagamos un pequeño trabajo de rehabilitación neurocognitiva en el hospital (EPSCL)*

Dentro de las competencias legales los psicólogos clínicos son facultativos especialistas pero todavía sigue vigente la asimilación, por connotación, de facultativo igual a médico.

En muchos casos los informes los firman indistintamente unos u otros, a veces por separado, y muchas en conjunto, pero cuando la firma implica alguna decisión de 'calado', como puede ser un ingreso hospitalario, es frecuente que la institución requiera la firma de un psiquiatra, sin que la del psicólogo clínico, por sí sola, sea suficiente.

*el reparto es un poco por la preparación muchas veces de cada uno ¿no?, porque las competencias las tenemos claras, excepto la medicación, el resto todas, absolutamente todos incluido la evaluación de informes, es lo mismo (GD3)*

*si tenemos un paciente que no lo está viendo ningún psiquiatra porque lo estamos nosotros atendiendo, si queremos ingresar a ese paciente, lo tiene que firmar un psiquiatra (GD4)*

*No me han dejado hacer lo de las valoraciones de la cirugía bariátrica, pero en Salud Mental sí me están llegando pacientes para hacer esa valoración, pero cuando yo he hecho mi valoración, resulta que eso lo tenía que firmar el psiquiatra (GD5)*

## **La historia clínica electrónica**

---

Dentro de los cambios que está suponiendo la integración de la Salud Mental en la dinámica hospitalaria está la incorporación de la historia clínica electrónica que, a juicio de los directivos, está suponiendo un proceso bastante traumático dada la falta de cultura telemática de la mayoría de los profesionales, (especialmente para los psicólogos clínicos que trabajan con población infantil) y las dificultades relacionadas con la privacidad de los datos que se recogen en la historia clínica.

*las nuevas tecnologías se han ido incorporando progresivamente, pero a nosotros, nada, vamos, estábamos, en fin, vamos que no se utilizaba ni el ordenador ni nada de esto. Entonces claro, cuando ha habido que actualizarse, pues claro, la gente, no se ha podido hacer de la forma progresiva, cambiando la cultura de la gente. Entonces, claro, la gente está aferrada al bolígrafo y en fin, eso hay que ir también modificándolo ¿no?, entonces se ha hecho de una forma pues traumática (EPSQ)*

*Nosotros, nosotros diría que clandestinamente, usamos doble agenda y doble historia, no, no. Nosotros escribimos solamente la electrónica, la historia electrónica y el papel para lo otro, que en niños es muy importante porque en niños hay mucho material de papel.*

*...pues en algunos pacientes que me parece una información importante que me niego a volcarla en el Selene, me lo apunto pero y si no trato de poner alguna clave, me hago un Word, lo escribo en mi Word mi resumen, lo imprimo y la historia de papel, no me quiero arriesgar, es decir, de ninguna manera (GD6)*

*sí que les ha costado más ¿eh? y a los de infantil mucho más, a los de infantil mucho más en adaptarse y en incorporarlo como una herramienta de trabajo (EPSQ)*

*ahora con las historias informáticas pues hay veces que si escribes algo en el ordenador y lo ven desde Primaria se lo sueltan al paciente: "¡ah!, has estado y veo aquí que no sé qué y no sé cuántos" (EPSCL)*

## **Profesiones y patologías**

---

En el discurso de todos los profesionales de Salud Mental aparecen dos grandes grupos de población usuaria:

1. Personas con enfermedades o trastornos mentales graves.
2. Personas con problemas mentales 'comunes', leves o adaptativos.

Dentro del primer grupo se incluyen personas con los diagnósticos psiquiátricos de psicosis (bipolares y esquizofrenias), trastornos obsesivo-compulsivos graves, trastornos graves de personalidad y depresiones severas.

Dentro del segundo grupo se incluyen trastornos ansioso-depresivos, adaptativos y de relación.

### *La enfermedad mental y 'los problemas de la vida'*

---

Esta tajante división en estos dos grupos de pacientes la explicitan muy claramente los psiquiatras directivos con mayor poder en la estructura jerárquica y de orientación teórica más biológica.

Los primeros son considerados como enfermos, 'verdaderos' necesitados de intervención médico-psiquiátrica y para los que no se destinan suficientes recursos, especialmente de rehabilitación.

Los segundos son considerados como pacientes con problemas 'comunes', problemas de la vida, muchos de los cuales no llegan a merecer un diagnóstico riguroso de trastorno mental (DSM-IV) y que, sin embargo, consumen muchos recursos psiquiátricos.

*Los dos mundos estos que son cosas muy diferentes; uno, los enfermos mentales graves, crónicos y con muchas necesidades y otro el de los trastornos que se llaman ahora "comunes" pues eso; ansiedad, depresión, problemas conyugales, laborales, escolares, económicos ¿no?, dos cosas muy diferentes. Y estamos en una pinza que nos agobia por los dos lados: por un lado, por el exceso de demanda que yo creo que ahí Primaria está muy sobrecargada y sus indicaciones no son precisas y, luego, por otro lado, porque las necesidades de los graves y crónicos pues no están cubiertas (EPSQ)*

*yo identificaría dos grandes problemas: un problema lo genera lo que los anglosajones, (...) llaman como tú sabes los Grupos de Enfermedades Mentales Graves; esquizofrenias, bipolares, trastornos obsesivos graves, y otro los trastornos mentales comunes que son prácticamente el ochenta por ciento del trabajo de los equipos de Salud Mental, de éstos hay un quince o un dieciocho por ciento que no tienen nada, es decir que son código zeta, es decir, no hay posible darles un diagnóstico, encuadrarlo en un diagnóstico (EPSQ)*

*Códigos zeta que creo que además ha hecho que en la mentalidad de algunos responsables actuales de la sanidad madrileña, cuyo nombre no quiero acordarme, pues se entienda y se diga en público, esto de la psiquiatría pues ¡buahhh!, una especie de caos, o sea, que en fin, que en definitiva son, pues eso, problemas de la vida y lo son, lo que pasa es que insisto mucho, de estos son auténticos digamos, hay tonterías, problemas de la vida y situaciones de riesgo importantes (EPSQ)*

*(los enfermos mentales graves) están maltratados porque están tratados prácticamente, exclusivamente con medidas farmacológicas, las medidas rehabilitadoras son muy poquitas (EPSQ)*

*Es decir, que todavía, el noventa y tantos por ciento de los ingresos en todas las unidades sea por vía de urgencia, y no por vía de ingreso programado, indica que la población que ingresa no está tratada, ¡claro! porque si no se haría por ingreso programado (EPSQ)*

En el primer grupo al psicólogo clínico, como mucho, se le atribuye el papel de coadyuvante al tratamiento psicofarmacológico y, asumiendo el carácter biológico y, más o menos, crónico de la enfermedad, se le asigna un papel relevante en la tarea de la psicoeducación.

*hay algunas enfermedades mentales graves que podían verse muy beneficiados, los pacientes y las familias, de una atención más continuada, es decir y que implicase aparte de las medidas puramente farmacológicas, medidas de educación sanitaria y medidas de intervención con las familias (EPSQ)*

Esta división parece ser refrendada por los psicólogos clínicos que constatan la dificultad de su participación en actividades psicoterapéuticas con las enfermedades mentales graves, más allá de las tareas psicoeducativas en rehabilitación.

*Sí, incluso con los psicóticos, pero yo creo que más entendido desde un punto de vista más educativo, más educativo y depende de los dispositivos, o sea, si estamos hablando de hospitales de Día o de hospitales, sí, fundamentalmente de hospitales de Día, ahí hay un enfoque más de, un poco más psicoterapéutico, más amplio ¿no? Los dispositivos de rehabilitación son claramente, totalmente educativos y los Centros de Salud Mental hay pocas actividades que se hagan yo creo de corte psicoterapéutico con los pacientes más graves, psicóticos o trastornos de personalidad, o sea no hay, y cada vez yo creo que hay menos, estructura porque eso requiere un soporte institucional que cada vez es menor en este momento. (EPSC)*

El criterio de gravedad o 'levedad', a juicio de los psicólogos clínicos, no se corresponde necesariamente con la pertinencia, o no, de un abordaje psicológico, En ocasiones personas definidas como pacientes con trastornos



leves no tienen ninguna conciencia de necesitar ayuda psicológica y otros diagnosticados como graves pueden beneficiarse de un adecuado tratamiento psicoterapéutico.

*yo creo que el psicólogo tiene área para trabajar en pacientes tanto graves como menos graves, como más leves, o sea que incluso hay derivaciones que te hacen de pacientes menos graves que no, que desde lo psicológico muchas veces tampoco se puede trabajar (EPSCL)*

En cualquier caso toda demanda de atención por intrascendente que sea para el profesional, requiere una respuesta técnico-profesional adecuada, entre otras cosas, para evitar 'la carrera del enfermo' y 'la psiquiatrización de la vida cotidiana'

*No basta con decir si algo está indicado o no, si no que a cualquier persona que plantea una queja, sea física o psicológica, tienes que dedicarle una o dos entrevistas a explicarle por qué no tiene un problema. (EPSCL)*

### ***La morralla, para los psicólogos***

---

La sensación, que va siendo cada vez más generalizado entre los psicólogos clínicos, es que ellos, por unas cosas u otras, se van ocupando de 'la morralla'<sup>4</sup>, es decir de una amalgama de casos poco floridos, de escaso interés 'científico' y que son 'despreciados' por los psiquiatras.

*desde luego los psicóticos van todos a evaluación del psiquiatra, a nosotros nos mandan casos simples y casos sí, o sea, la morralla (EPSCL)*

*Pero fíjate con esa formación y con todo que tú dices de privilegios, sin embargo en la circular donde nos dicen que los psicólogos, casos graves no podemos ver, de hecho eso está ahí, está ahí. (GD4)*

*los pacientes graves yo nos los veo, los cogen todos los psiquiatras en estos momentos. (GD5)*

*Y después a veces, el: "bueno, como me empezaba hablar de su matrimonio, le dije cotilleos para los psicólogos", te lo dicen psiquiatras jóvenes y de verdad es muy difícil oír eso todo los días. (GD5)*

*Trastornos ansiosos-depresivos, adaptativos con sintomatología importante es lo que me llega a mí; trastornos de alimentación también me suele llegar porque no hay una Unidad específica en mi zona y en el caso de trastorno mental grave, pues trastorno límite de personalidad, trastorno de personalidad*

---

<sup>4</sup> *Conjunto o mezcla de cosas inútiles y despreciables y Multitud de gente de escaso valer (Diccionario de la RAE)*

*grave, esquizofrenia y tal, si nos llegan a los psicólogos es más bien porque el psiquiatra deriva para hacer alguna intervención más concreta, etc. Pero vamos, a mí en general lo que me llega es patologías leves, ansioso-depresiva casi todo. (GD6)*

*Yo por ejemplo, de psicóticos no veo, algún paranoico he visto muy tal y todo lo demás son neurosis o reacciones de adaptación así (EPSCl)*

*yo los casos raros que estoy viendo ahora en el Centros de Salud Mental son sobre todo porque me los ha derivado el psiquiatra, no porque el médico de cabecera me los haya derivado o si lo ha hecho ha sido por equivocación (GD8)*

*Sí, yo creo que la idea que hay es que lo más grave lo del psiquiatra y lo más leve lo del psicólogo. Yo no estoy muy de acuerdo con eso,*

*Yo tampoco estoy de acuerdo.*

*Yo tampoco, pero es lo que se hace. (GD8)*

Esta queja por parte de algunos psicólogos clínicos de que les dejan *la morralla* se transforma en autocrítica por no defender de manera más contundente las teorías psicológicas sobre el trastorno mental grave y dando por 'demostrada' la etiología orgánica de los trastornos mentales graves.

*Veo que los psicólogos huimos de trastornos graves, esquizofrenias y psicosis y depresiones graves y trastornos obsesivos de verdad, creo que aceptamos como cierta la hipótesis de que sea orgánico, no nos acabamos de creer las hipótesis psicológicas que desde cualquier modelo tenemos, todos hemos aportado hipótesis que juntas pueden ayudarnos mucho, pero yo creo que los psicólogos voluntariamente, y hasta con un poco de inconsciencia, aceptamos que tiene una causa orgánica y que no nos corresponde a nosotros abordarla, luego nos quejamos de que nos dejan las patologías menores y las tonterías, que a mí me parece que hay que atenderlas también (EPSCl)*

*también nosotros hemos hecho una dejación ¿no? y nos hemos incorporado acoplándonos al modelo médico realmente. (GD9)*

El discurso que reivindica la prioridad de la intervención del psicólogo clínico en los trastornos mentales graves frente a los más leves o incluso frente a otros problemas de salud susceptibles de intervención por parte de los psicólogos clínicos, y reivindicados por los psicólogos de la salud (dejar de fumar, psicooncología, etc.) lo encontramos en psicólogos clínicos muy

vinculados a la psiquiatría menos biologicista donde priman orientaciones teóricas de corte psicodinámico o sistémico.

*El tabaquismo quiero decir en consulta con un psicólogo ¿no?, pues eso, habrá otros medios, entonces, yo la especialidad la defiendo desde el contacto con el trastorno mental grave y que es necesario el psicólogo en el trastorno mental grave, el psicólogo clínico en el trastorno mental grave. (GD7)*

*El enfermo mental grave es el que va a dar trabajo luego (...) yo creo que tenemos que defender la especialidad de Psicología clínica de lo gordo, desde lo que necesita de verdad (...) el que se debe de defender es desde la Psicología clínica al más heavy, no desde el acompañamiento al paciente del cáncer, con todos los respetos para el que haga psicooncología (GD7)*

*el trabajo que se hace psicoterapéutico en mi Área, ¡joer! con psicóticos agudos en la planta es que me parece fundamental, se puede hacer psicoterapia con psicóticos (GD8)*

Una postura minoritaria de algunos psicólogos clínicos de orientación cognitivo-conductual más autoidentificados dentro de la Psicología de la salud desde Servicios independientes de Psicología clínica es reivindicar explícitamente el no asumir nada de los trastornos mentales graves, dejándose como campo específico de la Psiquiatría, y 'a cambio' poder utilizar psicofármacos para los trastornos leves.

*Nosotros incluso podríamos recetar psicofármacos por qué ¿no? yo me dedicaría, y mi campo sería, yo hablaría de trastornos mentales menores, que son el 90% de los trastornos mentales que vemos y dejaría los más serios y hablando también un poco, habría que mirarlo, esquizofrenia, trastornos afectivos, específicos de Psiquiatría con la colaboración nuestra o al revés ahora con la colaboración de ellos con psicofármacos (EPSCL)*

## **LA PSICOTERAPIA**

El término psicoterapia es prácticamente utilizado por todos los entrevistados como sinónimo de algún tipo de tratamiento psicológico,

*las funciones de evaluar, de diagnóstico son comunes y en lo que es el tratamiento, los psicólogos pues nos quedamos con pacientes que se pueden beneficiar más de un tratamiento, no sé si llamarlo psicoterapéutico porque ahora mismo con las ratios que tenemos, bueno, pues ver a los pacientes una vez al mes, etc., quizás menos si están peor, etc. (GD6)*

aunque se hizo una llamada de atención para la utilización más restrictiva, y rigurosa, del término psicoterapia planteando el uso del término

intervenciones psicoterapéuticas para referirse a las actividades que hace el psicólogo clínico en sucesivas consultas (seguimiento en el lenguaje psiquiátrico o revisiones en la jerga más médica).

*también ahí, bueno, hay quien entiende como psicoterapéutico cualquier intervención ¿no? y hay quien distingue, pues hay intervenciones psicológicas, intervenciones de primer nivel, intervenciones de más complejidad (EPSC)*

También desde la posición de la 'Psicología de la salud' de radical independencia de la Psiquiatría se cuestiona el término de psicoterapia, más como término asociado al poder de la Psiquiatría que como práctica de los psicólogos clínicos.

*Ya lo hablamos en una reunión que tuvimos en el Consejo, hay que definir qué narices es psicoterapia, a mí me mandaba antes Psiquiatría: "ruego apoyo psicoterapéutico o Terapia de apoyo" (ruego defíneme qué es eso de apoyo, igual que "ruego psicodiagnóstico", eso ya no existe, ruego evaluación psicológica, hay que ir los modificando los parámetros y delimitando, porque Terapia hace la terapeuta ocupacional, hay que delimitar en qué consiste la Terapia, quienes puede hacer Terapia, porque si no estoe es un desmadre, hay que fijar lo mínimo, y definirlo un poco legalmente (EPSC)*

### ***La joya de la corona, compartida***

Con este nivel de ambigüedad, todos los entrevistados consideran que la psicoterapia es la actividad princeps de los psicólogos clínicos y para la que están más preparados que cualquier otro profesional aunque igualmente consideran que no es una función exclusiva del psicólogo clínico sino que también es propia del psiquiatra, incluso en algunos casos de enfermería.

Los psiquiatras responsables de centros enfatizan la práctica de la psicoterapia por parte de ambos profesionales más por la formación que han adquirido por fuera de la Especialidad que por la propia definición de la especialidad.

*Sí, yo creo que sí que puede ser y de hecho ahí también lo que influye mucho es la formación y la disposición de los psiquiatras, porque algunos de ellos no están por la labor de hacer psicoterapia pero otros sí la quieren hacer y ahí sí que es una función compartida (EPSQ)*

*Los grupos que se están haciendo ahora los están haciendo psiquiatras; uno de psicodrama y otro, bueno, un grupo de trastornos de personalidad ¿no?, o sea, quiero decir y son psiquiatras, o sea, que es que, pues varía, varía mucho, depende muchísimo de la formación. Y la formación en psicoterapia, desde luego los psiquiatras la hemos hecho aparte (EPSQ)*

*los psicólogos hacen psicoterapia ¿no?, pero por ejemplo, cada equipo se organiza por ejemplo, con el tema de los grupos ¿no? Pero ahí no hay mucha diferencia entre psiquiatras y psicólogos, sino quién tiene experiencia en grupos y lo sabe hacer, pues a lo mejor resulta que, hombre, con los grupos suelen requerir dos profesionales, pues son o dos psicólogos o dos psiquiatras o un psiquiatra y un psicólogo en función más de tu formación y la capacidad y el interés que hay en eso (...) en función del interés y la formación del profesional, que sí que se deja, que se deja un poco espontáneamente a que los profesionales lo hagan (EPSQ)*

*Y con respecto a los psicólogos, pues que claro, por supuesto, todo lo que hacen son psicoterapias. Yo te diría el plus viene el hacer actividad que pueden ser por ejemplo, los grupos ¿no?, psicoterapias individuales se hace de forma estándar todos los psicólogos, pero otro tipo de Terapia; sistémica, familia, grupos y tal, tiene que ver con el grado de interés y de formación sino pues lo estándar en psiquiatría es una atención farmacológica con un apoyo psicoterapéutico, lo estándar en psicología es una psicoterapia individual y todo lo demás es como un plus que no... (EPSQ)*

*la psicoterapia es imprescindible para la mayor parte, como complemento ¿no? para la mayor parte de nuestros pacientes, como complemento, como tratamiento prioritario. A mí me parece que la psicoterapia la podemos hacer psiquiatras y psicólogos sin ninguna duda (EPSQ)*

*¡Ah!, no, yo no les derivo, porque si yo lo puedo hacer, es que no les derivo (EPSQ)*

**Los psicólogos aceptan un cierto grado de solapamiento en la práctica de la psicoterapia que incluso ven positivo por lo que facilita la complementariedad y el entendimiento entre ambos profesionales.**

*en general sí que hay un respeto, una consideración y una equiparación yo creo en ese sentido a nivel profesional, aunque yo tengo la impresión de que la mayoría de ellos no saben qué es lo que hacemos, no saben qué es lo que hacemos, o sea, no tienen la idea clara de lo que es un tratamiento psicológico, de lo que es psicoterapia. Yo creo que no saben muy bien qué es eso, pero bueno...Yo creo que eso también depende mucho de los servicios, o sea, hay servicios en los que los psiquiatras están muy psicoterapeutizados (EPSCL)*

*que los psiquiatras tengan algo de formación o conocimiento de cualquier enfoque psicoterapéutico y que los psicólogos tengamos un mínimo conocimiento de aspectos más relacionados con lo médico ¿no?, una mínima formación, yo creo que eso facilita la coordinación y el que el trabajo sea complementario y que no tiene por qué influir en el que haya solapamiento, o sea, yo creo que facilita pues eso la coordinación, el poder, a lo mejor hacer derivaciones más afinadas ¿no? tanto en una dirección como en otra, el poder trabajar con un mismo paciente; un psiquiatra y un psicólogo y poder coordinarse y a lo*

*mejor delimitar más un poco el trabajo de cada uno, pero no enfoques teóricos concretos sino un poco en general (EPSCL)*

*hay psiquiatras que todo lo que es la psicoterapia les gusta y también lo tienen en cuenta en su trabajo y, pero incluso eso me parece positivo (EPSCL)*

*la psicoterapia sí es, puede ser, una zona de solapamiento que tenemos que entender que lo es y que no debería de ser un inconveniente salvo que situándonos a la defensiva ya establezcamos unas fronteras que en este momento están muy mal definidas, intentando al hacerlo protegernos y lo que estamos haciendo creo yo que si nos colocamos en esa posición es generando conflictos.(GD1)*

*La psicoterapia es para el psicólogo, lo que pasa que ellos hacen tratamientos en los que hay un lugar también para hablar y demás y para escucharles (EPSCL)*

**Algunos psicólogos clínicos más veteranos cuestionan la autoproclamación de los psiquiatras como psicoterapeutas, reivindican el campo de la psicoterapia como más propio de los psicólogos clínicos que de los psiquiatras y ven como una amenaza la inclusión de la formación en psicoterapia dentro del programa oficial MIR.**

*Yo creo que es un campo específico más nuestro. Hay psiquiatras formados en psicoterapia, aquí hay algunos o ellos lo dicen que lo están (...) pero no todos los psiquiatras están formados en psicoterapia y yo entiendo que ése es un campo pues más específico nuestro (...) psicoterapia de grupo, así a nivel oficial, formal, pues son las que yo hago (EPSCL)*

*gente con cuarenta y pico años pero que sí que tienen mucha formación en psicoterapia y sí creo que pueden ofrecer una psicoterapia de mucha calidad y muy potente como dice ella, pero un R mío por mucha psicoterapia que esté estudiando, no va a poder ofrecer lo mismo que yo (GD8)*

*En el Área nuestra por ejemplo, la formación de los residentes psicólogos clínicos y psiquiatras es muy común y todos los Mires están muy formados en psicoterapia y entonces, claro, yo siempre les digo a los Pires: "protegeros ¿eh?" (GD3)*

*sí, el cuarto año, el cuarto año es una especie de año opcional que pueden elegir los residentes de psiquiatría y puede ser especializado en psicoterapia, pueden dedicar el último año de su psicoterapia a formarse en psicoterapia. (GD1)*

*es verdad que el médico o un psiquiatra pues en lo farmacológico es su especialidad, nadie puede entrar ahí, en lo psicoterapéutico eso está mucho mejor preparado el psicólogo, también creo que debe estarlo ¿no?, porque es un campo esencial del psicólogo clínico. Yo no comparto eso de que el psiquiatra debe tener la misma preparación, es imposible además, si es que el psicólogo tiene cinco años más luego cuatro, el otro tiene cuatro ¿eh? Entonces, de hecho, está muchísimo más preparado (GD3)*

*...pero en general está muchísimo más preparados los psicólogos, que en general muchísimo más preparados los psicólogos. Cuando llega un psicólogo puede hacer todo, prácticamente todo enseguida, nada más que llega, ...sí, sí, no digo que no, pero como la pregunta me parecía si debe haber, hay un límite, como que puede haber gente que se le pueda ocurrir a lo mejor que un médico psiquiatra, si hace psicoterapia si está pisando un terreno que no es suyo. (GD3)*

*Hombre, claro; todos los talleres que hacemos; el de habilidades sociales, el de regulación emocional (...) ¿no? son comunes para las dos especialidades o ahora para las tres especialidades. (GD3)*

Especialmente en los dispositivos como los Hospitales de día es reivindicada la participación del psicólogo clínico en psicoterapia, al menos en las mismas condiciones que los psiquiatras.

*es un dispositivo que cada vez va a ser más necesario ¿no? y donde también el trabajo psicoterapéutico tiene,*

*Una especificidad,*

*...vamos es que es el día a día desde que entras hasta que sales, es trabajo psicoterapéutico, quiero decir y que es un trabajo, donde la verdad es que el desarrollo, quiero decir, el psicólogo clínico tiene un campo muy importante ¿no? a desarrollar. (GD5)*

*El psicólogo, un psicólogo clínico se cita al paciente grave una vez a la semana cuando está en crisis y quiere evitar un ingreso y el psiquiatra hace lo mismo (GD7)*

## ***Psiquiatras y, encima, psicoterapeutas: dos por el precio de uno***

El hecho de que la psicoterapia sea una función compartida, cuanto menos por psicólogos clínicos y psiquiatras, está condicionada a que los psiquiatras hayan adquirido las competencias suficientes para la práctica de la psicoterapia. Competencias que todos reconocen que la formación MIR no provee suficientemente pero que muchos psiquiatras se procuran mediante Masters y formación privada llegando a ser definidos como excelentes psicoterapeutas por parte de "sus competidores".

La adecuada formación médico-psiquiátrica se les supone dado que todos han pasado por la formación MIR pero la formación en psicoterapia es considerada como un plus que re-valoriza y da valor doble a estos

profesionales cuando tienen dicha formación psicoterapéutica. Así además de las prerrogativas propias de su condición de médicos suman las de su condición de *psico*-terapeuta lo que ha llegado a suponer a la hora de las contrataciones el "dos por uno". Según los entrevistados la Administración prefiere contratar a un psiquiatra-psicoterapeuta antes que a un psicólogo clínico. Por el mismo precio igual *te hacen una guardia que una psicoterapia*.

*En esta área la mayoría de los psiquiatras que seleccionamos son psiquiatras con formación en psicoterapia, o sea, que si hay que hacer una intervención psicoterapéutica y lo lleva un psiquiatra normalmente lo termina haciendo el propio psiquiatra, salvo que sea para un grupo o para una cuestión ya más específica (EPSQ)*

*a igual dinero eligieron psiquiatras que además tenían formación en psicoterapia, pero psiquiatras (EPSQ)*

*Pues por eso decía yo lo de los sentimientos encontrados, porque es verdad, claro, es que puede tener dos por uno en una sola persona (GD8)*

*cuando se abrió el hospital de Día, en el papel estaba planteado dos psiquiatras y dos psicólogos, pero mi jefe, ese jefe estupendo que consigue que haya cuatro Pires al año, lo cambió a tres psiquiatras y un psicólogo que soy yo. Me acuerdo que le plantamos, discutimos allí, fuimos hablar con él todos los psicólogos y no se cortó, no tuvo ningún problema y plantearlo abiertamente, además yo creo que fue su descarga: "los psiquiatras saben hacer psicoterapia tanto como vosotros y además ven urgencias y hacen guardias" (GD1)*

*Somos dos psiquiatras, psicoterapeutas pero dos psiquiatras (...). Es que somos muy poquitos, somos muy poquitos. En el hospital de Día en conjunto, en su momento se decidió que hubiera tres psiquiatras y un psicólogo, pero es que como siempre tiene que haber algún psiquiatra sino las posibilidades de movilidad son mínimas, sería mucho mejor que hubiera un psicólogo además, estaría estupendo, pero para eso tendría que ser además (EPSQ)*

*en el hospital yo estoy trabajando con (tres nombres) que son psicoterapeutas antes que psiquiatras ¿no?, ¿eh? (EPSCL)*

**Algunos psiquiatras reconocen la valía psicoterapéutica de los psicólogos clínicos,**

*al psicólogo para tratamiento psicológico, ya sea en algunos procesos tenemos definido pues un determinado procedimiento, tantas sesiones de Terapia equis o grupos o este tipo de cosas y los psicólogos derivan por necesidad de tratamiento farmacológico (EPSQ)*



*aunque los psiquiatras seamos psicoterapeutas, los psicólogos suelen tener una visión que siempre complementa y es útil. Yo creo que al no tener la parte farmacológica, la parte médica, hace que siempre tengan una forma de ver las cosas más, bueno, que siempre tienen puntos de vista que son interesantes los psicólogos, que tienen una perspectiva diferente, por lo menos es la experiencia que yo he tenido hasta ahora con los psicólogos, aparte que los psicólogos tienen muy buena formación. Los psicólogos en este momento que, ¡uf!, que vienen, que son joyas, vamos (EPSQ)*

*A nosotros nos enseñaron mucho justo la generación todavía anterior (EPSQ)*

*Yo creo que un psicólogo puede ser el responsable de un tratamiento perfectamente, eso es lo que yo creo (EPSQ)*

**al tiempo que también se la otorgan a otros profesionales de salud mental como los terapeutas ocupacionales o los trabajadores sociales.**

*Los psiquiatras somos psicoterapeutas, las psicoterapias regladas, luego la terapeuta ocupacional hace actividades terapéuticas de mucho nivel ¿eh? porque están formadas todas en el modelo que utilizamos, modelo de la Terapia de la mentalización, están formadas, de manera que todas las intervenciones no sea lo que se le ocurre a cada uno, sino que están todas dirigidas por el mismo modelo (EPSQ)*

*los psiquiatras y psicólogos pueden ser los responsables del plan de tratamiento y luego determinadas terapias las pueden hacer personas de otras profesiones preparadas; puede ser una terapeuta ocupacional, una trabajadora social ¿no? que tengan la cualificación (EPSQ)*

**Los más críticos con este 'dos x uno' son los PIRes.**

*Si un gerente ¿no?, o sea, dice, puedo tener dos por uno y pagar sólo uno, pues oye... O sea, de alguna manera es un poco la sensación de que como que bueno, que a lo mejor, o sea, a lo mejor no es exactamente así ¿no?, pero como que están usurpando parte de nuestra labor. (GD8)*

*habrá psiquiatras que con el tiempo llegan a ser estupendos psicoterapeutas ¿no?, pero el tema es que ya es un psiquiatra-psicoterapeuta desde que salen de la especialidad y a mí esto a veces me sorprende un poco (GD7)*

*tú puedes tener un nivel de control de psicofármacos y de interacciones y tal, brutal, lo que pasa es que legalmente a ti nunca te van a dejar hacer eso, sin embargo, un psiquiatra puede llegar a tener un conocimiento psicoterapéutico brutal pero legalmente sí que tiene esa herramienta. (GD7)*

*los psiquiatras en general, yo creo que en toda la zona sur son poco biologicistas, se suelen formar en psicoterapia, pero bueno, ellos tienen menos tiempo también ¿no?, o sea, que cuando no comparten un paciente con el psicólogo, hacen un poco de Terapia de apoyo, aparte de la farmacológica (GD8)*

*es verdad que ellos tienen muchos más pacientes, agendas mucho más grandes y ellos eligen un poco frente a las características del paciente, a qué paciente voy hacer psicoterapia y a cuál voy hacer única-*

*mente, solamente farmacológico y hacen psicoterapias buenas, de calidad y aparte dedican tiempo extra (GD8)*

**Aún cuando los psicólogos clínicos vía homologación alerten también sobre la expansión de los psiquiatras en el campo de la psicoterapia.**

*Es decir que puedas activar otro tipo de dispositivos de atención como puedan ser dispositivos bien sean grupales, de hacer Terapia, de otro tipo, psicodramáticos ¿no?, pero yo creo que eso hasta no hace mucho era algo que sí estaba más ubicado, más colocado en el rol del psicólogo, que los psiquiatras cada vez se van apropiando más de esos aspectos (EPSCL)*

*pero la mayor parte de la formación psicoterapéutica de los cursos que se han dado eran psiquiatras, están coordinados por psiquiatras, entonces, a mí me parece una pena ¿no? porque los psicólogos ¿eh?, de formación, no (GD3)*

*Bueno, yo creo que hay otra dificultad ahí que bueno, que será legítima o lo que sea, pero es que el psiquiatra antes era psiquiatra, pero ahora es psicoterapeuta también para lo que le conviene y quieren dejan de ser psiquiatras, ...cuando quieren nos lo derivan (GD5)*

**No hay unanimidad por parte de los PIRes en si los nuevos psiquiatras se decantan hacia lo psicoterapéutico o hacia lo psicofarmacológico.**

*Y luego el modelo, a ver el modelo de Salud Mental está cambiando, el modelo originalmente era un modelo mucho más farmacológico, más pasivo por parte del paciente y luego va cambiando, con lo cual, yo por lo menos, a nivel personal, sí noto un cierto efecto generacional ¿no?, generaciones más antiguas, mucho más organicistas, mucho más tal y las más modernas mucho más psicoterapéuticas (GD8)*

*Yo creo que depende si... Yo lo vivo mucho y depende de sitios que voy, veo gente muy biologicista joven y tal, me voy a otro lado y veo a gente con unas ganas enormes de hacer psicoterapia y de dejar los fármacos un poco al lado. (GD8)*

**Aunque el hecho de tener una gran carga asistencial ambulatoria y las urgencias hospitalarias, a las que fundamentalmente están obligado a dar una respuesta psicofarmacológica, en la práctica, les empuje más hacia lo biológico que hacia lo psicoterapéutico.**

***Mejor que el psiquiatra no sea psicoterapeuta***

---

Los conflictos entre profesionales se producen más cuando el psiquiatra adopta un rol de psicoterapeuta que cuando es un 'psiquiatra-psiquiatra'.

*A veces se producen situaciones complicadas con eso porque tú llevas una línea de trabajo en el enfoque del tratamiento de esa persona y si el psiquiatra no es psicoterapeuta, no tienes problema porque bueno, habla con él, le cuenta, pero si tiene más un enfoque psicoterapéutico, a veces ahí sí que se producen dificultades, o sea, lo mismo que es una ventaja para algunas cosas también es complicado en otras ocasiones (EPSCL)*

*Trabajando con adultos a veces es complicado establecer una diferencia sobre qué campo de actuación tiene cada uno, porque pues ellos quieren intervenir sobre algún tema psicoterapéutico y entonces puede establecerse una cierta contradicción entre lo que dice uno y lo que dice otro y siempre se complica el caso, se suele resolver con una conversación informal, no suele haber mayor problema, pero es verdad que a veces resulta un poco confuso para el paciente (EPSCL)*

*si un psiquiatra estuviera formado en psicoterapia igual que lo estoy yo, que haga psicoterapia, pero es que la realidad es que no es así, la realidad que yo vivo es que no están formados como nosotros, no lo están.(GD1)*

*Los que desprecian la psicoterapia no nos hacen daño, los que la quieren nos la han robado, han dicho que es de todos y se ha desdibujado el papel (EPSCL)*

Un cierto 'beneficio secundario' de la presión asistencial y el recorte de profesionales es la ubicación del psiquiatra como psicofarmacólogo dejando el campo psicoterapéutico para los psicólogos clínicos.

*Antes había mas solapamiento, antes había mas psiquiatras que se creían que no era suficiente saber mucha psicofarmacología y que necesitaban formarse en otras cosas para abordar la psicopatología pero llevamos ya 10 o 15 años que no les interesa las técnicas psicológicas, algún tipo de psicoterapia por lo que de hecho hay cada vez menos solapamiento. Ellos se ocupan del tratamiento farmacológico y hay mas derivaciones internas psiquiatra-psicologo clínico y se ocupan los huecos de las agendas de los psicólogos con estas derivaciones, aumentando la lista de espera a los psicólogos.*

*Era la vieja guardia la que se creía lo de las técnicas psicológicas y que podían hacer perfectamente las dos cosas. Los psiquiatras cada vez mas están en el rol de medico de diagnosticar lo orgánico y de intervenir sobre el nivel biológico. Lo bueno es que cada vez hay menos solapamiento (EPSCL)*

*Yo, en el equipo donde estoy ahora está bastante diferenciada, entonces el psiquiatra se ocupa sobre todo de tratamiento farmacológico básicamente y los psicólogos nos ocupamos, bueno, pues del trabajo psicoterapéutico en la medida que se puede como dices tú, porque realmente sí que estamos viendo con una frecuencia de una vez al mes a los niños, incluso en casos más graves una vez cada quince días o así y del trabajo con padres. (GD6)*

Aunque la complementariedad entre tratamiento psicofarmacológico por parte del psiquiatra y tratamiento psicoterapéutico por parte del psicólogo simultáneamente también tiene sus dificultades cuando, a juicio de los psicólogos, las pastillas no ayudan a elaborar los conflictos sino a taparlos.

*la psiquiatra, le pone, escribe unas cosas así, le tapona la boca con la medicación y a la siguiente sesión conmigo, de elaboración no viene. Lo que yo pienso es inmediatamente la ha tapado la boca, son generaciones nuevas de psiquiatras ¿no?, donde pues la angustia la tratan de anular, es decir, si no deja una angustia mínima que se pueda trabajar y no podemos hacer nada, la tapan la boca y se acabó lo que se daba. (GD5)*

A pesar de que casi nadie cuestione que la psicoterapia también la pueden realizar los psiquiatras hay bastante coincidencia en que, en los últimos años, los viejos psiquiatras que hacían psicoterapia en la asistencia pública están dejando de hacerla, y que las nuevas generaciones de psiquiatras se están centrando más en los tratamientos psicofarmacológicos que en los psicoterapéuticos,

*ha habido un cambio porque yo creo que hace muchísimo tiempo los psiquiatras hacían psicoterapia y entonces yo ahí sí que he visto como las nuevas generaciones, no sé si harán psicoterapias en las consultas privadas (EPSCL)*

*Lo que pasa, pero es que les interesamos también en formación porque nosotros estamos más formados en psicoterapia que los psiquiatras ¿vale?, pero siguen reivindicando la medicación como su especificidad y hay pocos psiquiatras que saben hacer psicoterapia y que quieren hacerla (GD4)*

dejando, en todo caso, la psicoterapia para la consulta privada.

*Es que dudo que terminen haciendo psicoterapia, yo los psiquiatras que conozco en la pública, digo, si les interesa mucho o han hecho consulta privada pues... Pero en la pública no me suena a mí que hagan mucha psicoterapia, los psiquiatras, (GD7)*

Las razones las encuentran en el auge del modelo biologicista,

*en el primer centro donde estuve hay dos o tres que hacen cosas, pero cuando yo me fui ni uno ¿eh? y aquí en el actual centro ya te digo que una psiquiatra mantiene sus grupos, mantiene dos grupos pero el resto, incluso gente que yo sé que hace psicoterapia por ahí, en el centro ni loco (...) se han medicalizado mucho las nuevas generaciones, entonces hombre, les gusta y tal, en plan un poco deportivo, qué intere-*

*sante, qué bonito y sí voy hacer un curso de tal y de cual, pero a la hora de currarse diez pacientes diarios eso ya es otra historia, eso ya lo hacen los psicólogos (EPSCL)*

**en la organización y presión asistencial que hace que tengan menos tiempo para la psicoterapia,**

*que los psiquiatras no tienen tampoco tiempo como para hacer una psicoterapia, o sea que por mucho que lo intenten tampoco podrían, o sea, que tienen, ahí por ejemplo la estructura sí que marca también esas diferencias y lo único por ejemplo en lo que sí que hay así como más solapamiento o quizás en Terapia de grupo, que la llevan tanto psicólogos como psiquiatras (EPs5)*

*no, me refiero que a lo mejor quieren, pueden, estar formados pero les contratan para ver un paciente cada diez minutos y punto (GD4)*

*entonces, al final, eso con el tiempo lleva que los psiquiatras tienen menos tiempo para hacer psicoterapias, pero yo creo que la formación en psicoterapia es posible que algunos psiquiatras la tengan. (GD3)*

**lo que, a su vez, favorece el que los psicólogos clínicos puedan hacer psicoterapia en casos que el psiquiatra lo considera necesario pero que él no puede hacerlo.**

*a los psiquiatras sí que les aprietan con el tema de pacientes ¿no? de quince minutos, rápido, pum, pum debéis tratar y a nosotros no nos aprietan tanto, con lo cual tenemos esa suerte, entonces, bueno, tipo de patologías que pueden requerir más tiempo pues las hacemos nosotros (GD8)*

*al médico también se le exige, aunque a un médico no le guste o no le de tanta importancia a los fármacos, se le exige que los conozca, entonces siempre va a tener que, digamos formarse en esa parte ¿no? Entonces, quizás estamos pues para bien o para mal más liberados de esa parte y podernos dedicarnos exclusivamente a la parte psicoterapéutica, pero quiero decir, que hay psiquiatras que también se forman muy en psicoterapia (GD8)*

**En general la presión asistencial no ayuda ni a uno ni a otro a realizar un trabajo de calidad, sea psicofarmacológico sea psicoterapéutico.**

*El psiquiatra tiene esa ventaja que si tú le aprietas, pues puede ver más pacientes y les dedica menos tiempo y nosotros quizás no podemos, pero también es así porque una agenda de un psicólogo que ve catorce pacientes en la pública pues es igual de castaña que un psiquiatra que ve a diecisiete o a dieciocho, es que me da igual, le dedica muy poco tiempo como para lo que estamos hablando de cuál sería el ideal de psicoterapia. (GD7)*

La práctica de la psicoterapia por parte de otros profesionales de salud mental como enfermería y terapia ocupacional no es señalada como muy generalizada y es poco preocupante para los profesionales de la Psicología clínica.

*en determinados sitios hay veces que enfermería lleva pues cuestiones de relajación o de determinados, o Terapia ocupacional, o sea, siempre hay como, o sea, desde los terapeutas ocupacionales, siempre hay cierto solapamiento ¿no?, en lo que son los límites yo creo de unas profesiones y otras, pero no me parece algo como muy preocupante en donde yo he estado (EPSCL)*

*que como todo el mundo puede ser psicoterapeuta en realidad, no hay nada que te impida decirlo al menos.*

*Pues trabajadores sociales, terapeuta ocupacional que luego hacen, psico, hacen formación de psicodramas,*

*Sí o gente que ni si quiera tiene la licenciatura de psicología, pero ha hecho un máster de (...), todo lo que sea, ¿no? (GD7)*

Las prácticas 'psicoterapéuticas' realizadas por otros profesionales que surgen en el discurso se refieren a técnicas específicas como la relajación o a técnicas dentro de un enfoque psicoterapéutico muy concreto que son realizadas como miembro de un equipo y mayoritariamente son expresadas por psiquiatras directores de centros.

*luego la terapeuta ocupacional hace actividades terapéuticas de mucho nivel ¿eh? porque están formadas todas en el modelo que utilizamos, modelo de la Terapia de la mentalización, están formadas, de manera que todas las intervenciones no sea lo que se le ocurre a cada uno, sino que están todas dirigidas por el mismo modelo (EPSQ)*

*grupos de relajación que los hace la enfermera, (EPSQ)*

De manera minoritaria los psicólogos clínicos abren la posibilidad a que, además de los psiquiatras, otros profesionales puedan hacer determinados tipos de tratamientos psicológicos.

*Es que todas las patologías cabe tratamiento psicológico, lo que yo creo y por si no he sido claro antes, yo creo que la pueden hacer psicólogos y creo que otros profesionales y psiquiatras y a lo mejor si se va el tema por la Atención Primaria, pues a lo mejor otros también, determinado tipo de tratamiento psicológico ¿no?; enfermería, depende del tipo de tratamiento. (GD1)*

Ningún colectivo ha mencionado de manera relevante a los profesionales de trabajo social como psicoterapeutas en la práctica pública.

### ***Y nosotros, ¿qué hacemos?***

Una vez que hemos visto que la psicoterapia es considerada como una función de psiquiatras y psicólogos clínicos y las posiciones sobre la psiquiatría y la psicoterapia, vamos a ver la valoración que los propios psicólogos clínicos hacen de su relación con la psicoterapia.

Una queja unánime de los psicólogos clínicos de los Centros de Salud Mental es la falta de tiempo para hacer psicoterapia por la escasez de recursos, la gran lista de espera y por las limitaciones institucionales (tiempo escaso para cada sesión y mucho espaciamiento entre sesiones) para su implementación a la hora de organizar los huecos en la Agenda electrónica.

Otros, los que trabajan en dispositivos específicos como los hospitales de día, Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria o Unidades de Rehabilitación, reconocen su situación de privilegio para poder hacerla. En estos casos es frecuente la coterapia entre psiquiatra y psicólogo clínico especialmente cuando se coincide en el paradigma teórico (sistémico, por ejemplo) y en psicoterapia de grupo.

Hay pocas referencias a los distintas modalidades de psicoterapia y a las distintas orientaciones teóricas así como con qué tipo de pacientes hacerlas. Se presupone que las que hacen, las hacen con pacientes de patología menor y es más inusual hacer psicoterapia con pacientes psicóticos, por ejemplo, salvo en centros específicos y en coterapia.

*en un Centro de Salud Mental sin duda la psicoterapia es la función del psicólogo clínico, la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales es la función principal de un psicólogo clínico (EPSCCL)*

*yo no soy partidario de poder medicar, yo tengo bastante con mis herramientas y no quiero hacer la otra porque supondría hacer un conocimiento que yo creo que no, que yo ahora no tengo vida para dedicárselo (GD7)*

*y después ella también tiene formación como terapeuta de familia, entonces cuando se ven familias en Terapia entramos las dos en coterapia y en los grupos de padres (GD6)*

Los psicólogos clínicos por vía de homologación y más veteranos hacen de la psicoterapia una de sus principales señas de identidad y ven a las nuevas generaciones de psicólogos clínicos vía PIR como más versátiles y 'todo terreno' siendo la psicoterapia una de sus funciones pero no la que forma el núcleo duro de su identidad,

*yo creo que eso en los viejos es un eje de la identidad, de nuestra identidad, lo psicoterapéutico, más que ninguna otra cosa, mientras que yo creo que los psicólogos clínicos diría PIR, a mí me parece que eso es más amplio, es más extenso, o sea, yo creo que la identidad, en ese sentido no es sólo lo psicoterapéutico, aunque también es un eje importante, pero yo tengo la impresión por cómo los veo moverse, por cómo se desenvuelven, por cómo..., que en ese sentido, ellos tienen como un sustento más, una base más amplia (EPSCL)*

*Yo creo que el psicólogo, en psicoterapia puede hacer mucho con los casos graves, lo sabemos todos que hemos tenido formación en hospitales y, bueno, realmente es que se ve, o sea, la psicoterapia de un caso agudo de esquizofrenia o los primeros inicios en cuanto a la psicoterapia son vitales, o sea, no ya cuando ya te vienen súper medicado esa persona ¿no? que ya no tiene ni autocrítica ni nada (GD6)*

**lo que es reforzado por los propios PIRes.**

*la psicoterapia no es necesariamente lo que se hace en la pública, o sea, puede haber pacientes en la pública con los que sí que hagas una psicoterapia, pero no creo que todos los pacientes que vemos se hagan psicoterapias por, necesariamente por ser PIR y creo que dependiendo de dónde trabajes y de la carga de trabajo que tienes, no haces psicoterapia (,,,) pero no creo que tampoco los PIRes hagamos psicoterapia todos los días a todos los pacientes, creo que a veces acompañamos, que hacemos algunas estrategias, algunas intervenciones y, bueno, y gracias. (GD7)*

*mi sensación es que al final se termina banalizando nuestra profesión, que es verdad que no siempre hacemos psicoterapia, pero bueno, fundamentalmente trabajamos con eso. (GD7)*



## **La formación y las habilidades, sí importan**

El criterio más esgrimido para la práctica de la psicoterapia por uno u otro profesional lo encuentran todos los entrevistados en la formación adquirida y en las habilidades que posean. Esta formación, lejos de ser homogénea ni para unos ni para otros, no se ha adquirido únicamente en la Universidad y en la Residencia sino en centros privados de formación dependiendo de los intereses y preferencias teóricas de cada profesional, lo que hace que unos se 'especialicen' en un tipo de psicoterapia o en otro.

*Sí, yo creo que depende mucho de la formación, sobre todo del psiquiatra ¿eh? Es decir, porque yo he estado en equipos donde no ha habido demasiada diferencia entre lo que es el trabajo terapéutico, pero depende mucho de la formación, sobre todo, del psiquiatra ¿no? y otros equipos donde está muy diferenciada (GD6)*

En general todos consideran a los psicólogos clínicos mejor preparados para la psicoterapia.

*Depende de las competencias de cada uno, donde las competencias en cuanto a conocimientos y habilidades terapéuticas adquiridas. Quiere decirse que yo creo que el psicólogo clínico tiene un Área de formación y de competencias en evaluación clínica, en diagnóstico clínico, en terapias, psicoterapias evidentemente que es el núcleo fundamental. (...) casi todos ellos tienen muy buena formación en psicoterapia porque es el núcleo fundamental de su trabajo (EPSQ)*

Y los psiquiatras directores con responsabilidad en la formación de los MIRes enfatizan la necesidad de dicha formación en psicoterapia en los años de Residencia.

*Es verdad que no todos tienen formación en psicoterapia. Nosotros aquí, uno de los objetivos fundamentales y desde luego todos los residentes que pasan por aquí, que se forman en psiquiatría, tienen formación en psicoterapia, en habilidades digamos de psicoterapia más generales, en habilidades comunes y luego procuramos que tengan formación específica en alguno de los campos. Entonces, ¿qué quiere decir esto?, que desde mi punto de vista, el trabajo de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras es un trabajo complementario y es un trabajo que depende fundamentalmente de las competencias y de las habilidades que tenga cada uno (EPSQ)*

El discurso más radical, aunque no goza de consenso, respecto a las funciones de psiquiatras y psicólogos clínicos surge en un grupo de discusión

con PIRes, y cuestiona el mantenimiento de las dos profesiones separadas y apunta a una única titulación 'profesional de Salud Mental' que tendría, obviamente, las mismas competencias profesionales.

*quizás el destino, o sea, quizás una de las soluciones verdaderamente sea el considerar una especialidad multidisciplinar, es decir, que con distintos accesos, pero que al final todos tengamos las mismas competencias, porque el problema fundamental, vale, la competencia legal es la misma según el Tribunal Supremo, no lo digo yo, las competencias profesionales es verdad que son distintas porque ellos recetan y nosotros no, ellos utilizan fármacos y nosotros no, quizás se puede avanzar eso, se podría avanzar al multidisciplinar, no lo sé y evidentemente no hacer distinción psiquiatra, psicólogo, sino simplemente, pues bueno, profesional de Salud Mental y ya está (GD8)*

## **LA REHABILITACIÓN**

Hay que señalar que organizativamente en la Comunidad de Madrid desde 1988 la Consejería de Integración Social, puso en marcha un Programa de Alternativas Sociales a la Institucionalización Psiquiátrica en coordinación con la Consejería de Salud y dentro del Plan para la Reforma Psiquiátrica de Madrid, que asumió casi por completo la parte de Rehabilitación de los denominados enfermos mentales graves y crónicos a través de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

EL discurso sobre la rehabilitación que aquí recogemos viene producido por profesionales de salud mental dependientes de Sanidad y no están incluidos los profesionales de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

***Los psiquiatras 'tratan/curan', los psicólogos 'rehabilitan/educan'***

Según el actualmente discurso mayoritario en salud mental, para el grupo de las personas con trastorno mental grave, que son los que requieren generalmente algún tipo de rehabilitación, se 'impone' una cierta división del trabajo entre psiquiatras y psicólogos (no necesariamente clínicos)

progresivamente aceptada por parte de todos, a saber: los psiquiatras 'curan' dado que se trata de una 'enfermedad mental' y los psicólogos 'educan' para 'rehabilitar' a los pacientes en su vida diaria ya sea mejorando las secuelas que le ha dejado la 'enfermedad' ya sea enseñándole a convivir con ella en la medida que se entiende como una enfermedad crónica.

*la atención básica a ese paciente es psiquiátrica, es psiquiátrica, farmacológica en primera instancia y después de tipo educativo, o sea que todas las rehabilitaciones, la recuperación tiene un enfoque fundamentalmente educativo. Y yo creo que dentro de la Psicología clínica ahí hay dos vertientes o yo veo que hay como dos enfoques: uno que son aquellos que han rotado más por estructuras de rehabilitación o que digamos que tienen un enfoque más conductual, más educativo en ese sentido (EPSC)*

*En los temas de rehabilitación han determinado que los psicólogos ayudamos, y eso es un tema muy importante, a los que es el déficit, el deterioro y la disfunción que se produce como consecuencia de haber delirado, alucinado que no tienes buenos autocuidados de la vida diaria pues te enseñó con algunas técnicas, que está muy bien esa parte pero queda un poco en la superficie y tenemos que seguir profundizando en qué explicaciones hay para que uno acabe psicótico, con deprimirse, a manejarse con ansiedad, bueno con el estilo que cada uno tenga de manejarse (EPSC)*

*en el trastorno mental grave, tal y como está montada la historia es sí o sí medicación, o sea que partimos de que va a ser un psiquiatra, uno de esos profesionales, no digo que tenga que ser el cabeza del equipo ni nada de esto, pero uno de sus profesionales de referencia tiene que ser sí o sí el psiquiatra (GD7)*

*También depende del paciente, en que en una Unidad de agudos lógicamente, pues el fármaco casi es lógico, cobra mucho, mucho énfasis, una Unidad de Rehabilitación donde hay más unicidad y donde se busca un poco más la integración del paciente, pues es más psicoterapéutico ¿no?, el enfoque es distinto ¿no?, más entrenamiento en habilidades, no sé, psicoeducación, conocimiento de su patología, o sea que también el enfoque depende mucho del paciente. (GD8)*

*hay una complementariedad, es decir, los psiquiatras se encargan de lo que es más médico, más biológico en coordinación con los psicólogos y los psicólogos somos los que hacemos la Terapia, de verdad, a lo mejor suena así muy, pero es cierto, en rehabilitación, os estoy hablando de rehabilitación. En el Centros de Salud Mental, claro, bueno, pero eso sí que es nuevo porque cuando yo llegué a rehabilitación, los psiquiatras lo llevaban todo ¿eh?, o sea que eso es un cambio positivo donde yo estoy trabajando (GD1)*

*Bueno, igualmente en rehabilitación ¿no?, tanto en los CRPS como en los equipos de apoyo y tal no hay psiquiatras.(GD8)*

Este planteamiento también está presente en los escasos dispositivos de rehabilitación que han permanecido en la red sanitaria y que, como el resto de los Centros de la Red de Salud Mental, sufren una importante pérdida de calidad.

*yo he pasado de tener, de ser la responsable de treinta pacientes a serlo de cuarenta y cinco. Yo no es que trabaje más porque siempre he trabajado mucho, pero trabajo peor, yo no me puedo organizar para dar la atención que necesitan, yo tengo la impresión de que soy bombero, de que apago fuegos, de que veo a los que están muy mal, mucho, mucho y los que no dan guerra, nada. Y eso no debería ser nunca el planteamiento de un psicólogo, o sea, desde la Psicología clínica ¿no?, habría que poder hacer Terapia, no apagar fuegos, eso sí que es mi miedo ¿no? y eso tiene que ver (...) porque cada vez somos menos gente y cada vez hay más pacientes, entonces claro, es que tu tiempo es el que es. Yo en eso temo que voy a dejar de ser afortunada, no por mí, por mis pacientes que son pacientes además muy, muy graves, o sea, en rehabilitación ya sabéis que trabajamos con lo más grave de todo, eso sí me preocupa a mí en cuanto a la Psicología clínica. (GD1)*

### ***Un campo específico para los psicólogos, a bajo coste***

Los psiquiatras directivos de centros y de orientación más biológica, en la línea de la división de 'curar/educar' antes señalada, reconocen el liderazgo de los psicólogos en el campo de la rehabilitación y no ven con malos ojos su asunción por parte de la Consejería de Asuntos Sociales.

*la psicoeducación, que la hacen los enfermeros y la hacen los psicólogos y comparten esa tarea (EPSQ)*

*La Rehabilitación como terreno para ser liderado por los psicólogos clínicos, en el que poco tienes que decir los psiquiatras, y los trabajadores sociales son imprescindibles (EPSQ)*

Otros psiquiatras de orientación más 'comunitaria' critican esa separación y apostarían por su integración en la Red sanitaria con una mayor influencia de la Psiquiatría.

*Mi idea es, fíjate que a los psicóticos les están llevando en Centros de Rehabilitación una parte muy, muy importante de su tratamiento ¿no?, y hay psicólogos que no hay psiquiatras (EPSQ)*

*Con que sea, bueno como estamos hablando, con que sean centros, una red paralela y además con unas condiciones laborales distintas, a mí me parece que eso fue una pérdida importante, hubiera sido mucho más interesante que siguiera estando dentro de una red única de intervención y con que eso no hubiera*

*supuesto un empeoramiento en las condiciones laborales para los compañeros que trabajan en rehabilitación (EPSQ)*

*pero ha ido pasando a ser más un mundo de los psicólogos, creo que se va repartiendo el asunto y se va repartiendo así. Entonces, están muy formados para hacer eso los psicólogos, lo hacen perfectamente, (...) pero si no hay acuerdos, no se trabaja todos juntos y no hay coordinación, eso repercute en contra del paciente (EPSQ)*

*Lo hacen estupendamente, vamos, en sus tiempos lo hacían psiquiatras (EPSQ)*

Los psicólogos clínicos constatan que es un campo con posibilidades pero no hacen referencia a cuál sería la mejor ubicación institucional.

La referencia al modelo cognitivo-conductual es la más explícita por parte de responsables de Psiquiatría. Por parte de psicólogos clínicos de orientación más psicoanalítica la psicoeducación se considera una tarea de poco interés al colocar 'la escucha' como su trabajo principal frente a la educación de los pacientes.

*el conductista no por nada, yo no rivalizo, yo soy más psicoanalítica y ellos, pero hacen mucho psicoeducación cómo enseñar al paciente y yo estoy en contra de enseñar nada, sino de alguna manera, escuchar lo que le pasa, escuchar su sufrimiento y trabajar con eso. Entonces mi orientación no va por la cosa psicoeducativa que trabajan otras orientaciones (EPSCL)*

Además muchos de los entrevistados afirman que ante la escasez, si no disminución, de especialistas en la Red sanitaria, las empresas de la Red psicosocial están contratando psicólogos clínicos vía PIR por el salario de psicólogos sin la especialidad.

*Sí, sin embargo se están metiendo ahí todos los especialistas que acaban como es la única salida que hay, ahí se están metiendo ¿no? muchísimos. Los últimos años es la salida que tenían, o sea que no lo exigen, pero al final lo aprovechan (EPSQ)*

*todos los dispositivos de rehabilitación tienen contratados fundamentalmente psicólogos no clínicos porque son más caros y algunos Pires cuando terminan, empiezan a trabajar ahí porque no tienen otro sitio (EPSQ)*

*existen sitios donde no se exige especialidad y por Centros de Rehabilitación Psicosocial que dependen de Servicios Sociales, donde ahí no te la pueden exigir porque además no te la van a pagar, o sea, donde prefieren contratar un PIR a un máster (GD1)*

En las pocas Unidades de Rehabilitación dependientes de la Consejería de Sanidad cuentan con un número de especialistas en Psicología clínica superior al de psiquiatras, y con el reconocimiento de la especialidad de Psicología clínica a efectos económicos y administrativos.

*es que seamos muy claros, excepto en esta parte de la Red sanitaria donde hay reconocimiento de lo clínico y una defensa de la rehabilitación desde lo clínico ¿eh?, el resto, hay una defensa de la rehabilitación social, como social, y una defensa ultranza desde la parte de la Consejería de Servicios Sociales de que no es de Salud sino de Sociales. (GD3)*

*El hecho de que no dependa de la pública, que sea de empresas privadas, concertadas, todo eso posibilita ¿no?, todos esos nichos ¿no? de trabajo para los psicólogos no clínicos (GD3)*

## **LAS COORDINACIONES**

Prácticamente descartado el trabajo de prevención primaria por parte de los psicólogos clínicos, y en conjunto desde la Red de Salud Mental, los más veteranos señalan como una de las funciones imprescindibles para una buena asistencia (prevención secundaria y terciaria) de calidad el trabajo de coordinación con otras instituciones, recursos y profesionales que influyen tanto en la génesis como en el mantenimiento y en la recuperación de los pacientes con problemas de salud mental.

*hemos llegado a un acuerdo en el sentido de que esas gestiones las va a hacer aquella persona que primero haya atendido al paciente y que va a ser el terapeuta de referencia, si me llega a mí el paciente y yo le derivo porque considero que se puede beneficiar de un tratamiento farmacológico, soy yo quien va hacer consensuadamente las gestiones de coordinación y si es al revés que le llega a ella y luego me lo deriva porque considera que se puede beneficiar de un tratamiento psicoterapéutico, las encuadraremos las dos y las gestionará la psiquiatra (GD6)*

### **En manos del voluntarismo de los profesionales**

El primer objetivo en la relación entre Salud Mental y Atención Primaria es, para los entrevistados, la mejora de la detección precoz de los problemas presuntamente graves de salud mental lo que habilita al psicólogo clínico

como 'consultor' del profesional de Atención Primaria para la prevención de problemas de salud mental y para evitar la medicalización de problemas de salud mental relacionados con la vida cotidiana (eventos de la vida o códigos z).

*Lo que tú decías si llegaba sólo psicopatología a la consulta de niños, yo creo que llega más lo que ponen los médicos "actividades preventivas" ¿no? Dos casos de separación en los casos de crisis vitales, adolescencias ¿eh? complicadas, posibles trastornos de alimentación, es decir, que se puede hacer una intervención que no sea sólo sobre la psicopatología, en eso sí que tenemos otro campo que ¡ojalá! que no lo quiten porque es muy importante, (GD4)*

Otro problema lo encuentran en las derivaciones directamente a Psicología clínica. Reclaman los psicólogos clínicos unas derivaciones más 'trabajadas' y no 'prematuras' para fomentar la adherencia al tratamiento y evitar la deserción.

*que los médicos tengan conocimiento de que la información no se puede dar así como así, que muchas veces es terapéutico no darla o que hay que manejarla de determinada manera. (EPSC)*

Las alternativas de mejora pasan por potenciar la fluida comunicación utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación (correo electrónico, intranet, historia informatizada, videocolaboración, etc.) y cualquier forma de comunicación interpersonal entre ambos facultativos.

*en el caso de que tú seas el referente de un paciente que está siendo mirado por Atención Primaria y la Atención Primaria lo ha derivado directamente a psicología, no tanto a psiquiatría, el médico de Atención Primaria es necesaria la coordinación por el tema de la medicación, del psicólogo con el médico de Atención Primaria. (GD6)*

La sensación general tanto de directivos como de profesionales es que, pese al esfuerzo realizado en todos estos años, no se ha conseguido mejorar sustancialmente la coordinación con Atención Primaria.

*Programada, sí, pero aún así yo creo que los resultados no son satisfactorios o dicho de otra manera, aquéllos con los que tenemos más interacción son precisamente los que menos lo necesitan, o sea, porque tienen más motivación y están un poco más coordinados con nosotros. Ahora tenemos desde hace un tiempo, la aplicación esta informática, Skype, a través de la cual las derivaciones preferentes pues las*

*filtramos nosotros y nos llegan por su parte, interconsulta, todo esto se hace online y, por ejemplo, si nosotros vemos que una derivación es inadecuada, se contesta y se pone en observación y se explica en qué no es adecuada. Y esa información se queda muerta ahí en el sistema o en el tema administrativo, es decir, que el médico de Primaria no recibe ese feedback, cosa que sería fácil de solucionar y bastante apropiado. Aquí en el hospital tenemos una iniciativa que se llama Foro Consultor que es también un sistema informático a partir del cual los médicos de Primaria a una serie de especialidades, entre las cuales, está psiquiatría, nos pueden pedir información por dudas que tengan y eso se va archivando en un histórico que está disponible y, bueno, es un método también para poder hacer algo ¿no?, pero aún así, yo creo que hay mucho por hacer (EPSQ)*

*nosotros diseñamos como hará un año o así un sistema de interconsultas por email, (...) en fin, darle una vía directa de contestación casi inmediata para ayudarles a llevar los pacientes que ellos siguen llevando. Bueno, pues a pesar de que lo hemos anunciado varias veces, no han usado ese servicio, lo han usado pero muy poco (EPSQ)*

El otro nivel de coordinación más importante es el relacionado con la Red de Servicios Sociales y otros dispositivos para la rehabilitación y reinserción social imprescindible en muchos casos de personas con trastornos mentales graves y/o crónicos.

En general todo el mundo valora muy positivamente el considerable aumento de este tipo de recursos "sociales" (CRPS, Centros de día, Centros de Rehabilitación Laboral, Pisos tutelados).

En general la coordinación, y lo que implica de formación de los profesionales, está siendo ninguneada en las nuevas formas de organización de la asistencia dependiendo, en la mayoría de los casos, del voluntarismo de los profesionales

*hazle entender a un señor jefe de Servicio de Psiquiatría, la importancia que tiene la inversión en tiempo en la relación con los Servicios Sociales. (GD1)*

## ***Imprescindibles con la población infantil***

Donde se expresa de una manera más contundente esta necesidad de coordinación es para el trabajo con la población infantil. La coordinación con el nivel sanitario, especialmente pediatras y neurólogos, con el nivel



educativo y con los Servicios Sociales se torna imprescindible para una atención de calidad a la población infantil y a las familias.

Las dificultades de falta de tiempo por exceso de demanda,

*Vamos a ver, en infantil lo que más nos llegan son problemas de comportamiento y los famosos TDAH que estamos invadidos, vamos, eso es lo que más nos llega, es lo que más nos está llegando y sobre todo, problemas de conducta y problemas adaptativos pues que los padres no saben manejar y que no hay una psicopatología, sino que es una cuestión de tipo educativo que podría funcionar perfectamente si los médicos de Atención Primaria tuvieran un poquito más de tiempo para ocuparse de ellos y ya no nos llegarían, pero yo no le puedo pedir más a un pediatra, que tiene cinco minutos ¿no?, que filtre porque no puede. (GD6)*

la poca, o ninguna, valoración de estas actividades de coordinación por parte de las direcciones hospitalarias (de hecho no se recoge como actividad en las agendas electrónicas), la libre elección de profesional que hace que un niño pueda ser atendido por un profesional totalmente alejado de su contexto comunitario,

*entonces pues estás quedando a un nivel de consulta, una consulta asistencial que a los pacientes que les derivan desde, vamos, zonas lejanas al centro de salud, duplican el tiempo, la dificultad de la continuidad y la adherencia a los tratamientos en el caso de que se le pueda dar ese tratamiento que necesitan y en éstas estamos (EPs4)*

la derivación ya con un diagnóstico explicitado a la familia y con indicación de un tipo determinado de tratamiento, son los principales problemas detectados por los psicólogos clínicos que trabajan en infantil.

*consideran que ese niño ya está evaluado, está diagnosticado y está tratado farmacológicamente y te lo derivan ya para que hagas tratamiento psicológico o seguimiento en Salud Mental farmacológico a nivel ambulatorio. (EPsCL)*

*En la actualidad tenemos lo que se llama el programa, en concreto, específico del TDH. El TDH con la problemática que existe hoy en día de una derivación altísima con diagnósticos hechos, mal hechos, sin ningún criterio de diagnóstico diferencial, (...) me llegaban con un diagnóstico y un tratamiento y yo podía estar de acuerdo o no porque yo no tengo que aceptar si no estoy de acuerdo ese enfoque (...) nos reunimos una vez al mes; neurólogos, neuro-pediatras, psiquiatras, psicólogos, pediatría de Atención Primaria y trabajadora social, enfermería para coordinarnos y buscar la forma de atender lo mejor posible las necesidades de estos pacientes para no duplicar diagnósticos, para no volver loca a la gente (EPsCL)*

*Y como dices tú, en Infantil es fundamental el tema de las coordinaciones, la coordinación con los SOE, con los Servicios educativos, con los Servicios Sociales y hay una cantidad de tiempo que es de gestión o que no es directamente con el paciente y eso no se contempla en las agendas electrónicas, pero existe y eso es calidad asistencial y calidad de trabajo y eso pues yo me temo mucho que eso se va a ir perdiendo ¿no?, sobre todo en los hospitales que se van a privatizar de manera inmediata, ése es nuestro miedo. (GD6)*

## **EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL**

Hasta ahora hemos analizado la perspectiva de los profesionales sobre el trabajo realizado desde los dispositivos más 'comunitarios': Centros de Salud Mental (infantil y adultos) y dispositivos de Rehabilitación de la red sanitaria.

En este apartado analizaremos, la perspectiva de los psicólogos clínicos que trabajan directamente en el hospital general.

En este nivel hospitalario hay dos grupos de profesionales:

1. Los psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (y en el único Servicio de Psicología clínica existente en Madrid). Son la mayoría. Desarrollan sus funciones en hospitales de día (incluyendo las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria) o en programas de enlace o interconsulta con otros servicios hospitalarios (Neurología, Oncología, Cuidados Paliativos, Medicina Interna, Cardiología, etc.)
2. Los psicólogos clínicos y psicólogos sin la especialidad, integrados en Servicios no psiquiátricos, tales como Neurología, Oncología, Cuidados Paliativos, Trastornos de Identidad de Género y VIH.

*en el hospital la consulta externa que tenemos sólo está vinculada a los programas de enlace que tenemos con otras especialidades; con oncología, esclerosis múltiple lateral, unidad del sueño, VIH, quemados, o sea, nosotros tenemos aquí: obesidad, TCA porque son programas que*

*entran a gente normalmente desde la hospitalización o desde otros especialistas y eso es lo que tenemos (EPSQ)*

*Programas con Rehabilitación cardíaca cuando está en tercera fase, con Oncología Radioterápica a través del Master de Psicooncología y les vemos nosotros, le hacemos seguimiento y con Neurofisiología pacientes con patología funcional del sueño (EPSCCL)*

Así como en los psicólogos clínicos de los Centros de Salud Mental o de dispositivos intermedios de la Red de Salud Mental había unanimidad sobre su ubicación institucional, es decir todos aceptaban expresar sus acuerdos o discrepancias desde su pertenencia a la Red de Salud Mental, en el caso de los psicólogos de hospitales parten de presupuestos muy diferentes, pudiéndose establecer tres ubicaciones deseables para los entrevistados, más allá de donde trabajen, y si tienen, o no, la especialidad de Psicología clínica:

- A. Todos los psicólogos clínicos integrados únicamente en los Servicios de Salud Mental (Psiquiatría)
- B. Coexistencia de Psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (Salud Mental) y Psicólogos 'de la salud' (clínicos o no clínicos) integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos
- C. Coexistencia de Psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (Salud Mental) y Psicólogos clínicos integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos

En el caso A integrados en un Servicio de Salud Mental y en los casos B y C con la posibilidad de integrarse en un Servicio independiente de Psicología clínica

*Yo creo que es la clave de cómo estamos, que no nos ponemos de acuerdo.*

*Bueno, dentro de los clínicos y no clínicos, luego dentro de los clínicos quien quiere ser de Psicología clínica y quien quiere continuar con psiquiatría ¿no? Y así pues...*

*Yo creo que por eso no hemos tenido, no tenemos una Unidad de Salud Mental, ni tenemos peso, No vamos a una. ...no vamos a una. Se elaboran documentos no se sabe a dónde van, no se sabe a quién se los entregan ¿verdad? (GD6)*

## ***La Psicología clínica como parte de la Salud Mental***

Esta postura entiende que todos los psicólogos que trabajen en cualquier nivel del sistema sanitario público, primero tienen que ser especialistas en Psicología clínica (no solo porque lo marca la ley actual sino como desideratum) y segundo tienen que constituir junto a los psiquiatras, y otros profesionales de salud mental (enfermería, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, al menos), Servicios de Salud Mental en los hospitales.

En términos generales es el discurso mayoritario entre los profesionales de la Psicología que trabajan en la Sanidad pública y enfáticamente defendido por los psicólogos clínicos vía homologación más veteranos que trabajan en la Red de Salud Mental, pertenecientes en muchos casos a la AMSM-AEN, y parte de los actuales PIRes. Priman los enfoques dinámicos y sistémicos con tendencia hacia lo clínico-psicoterapéutico. La actitud hacia el Colegio de Psicólogos es de crítica moderada/radical.

En este discurso se reivindica, a imitación de lo ya conseguido por la Psiquiatría, el establecimiento de la Especialidad de Psicología clínica **infanto-juvenil**

*aún no tiene salud mental la psiquiatría infantil y juvenil especialidad aún desarrollado el proceso de formación, de docencia y de reconocimiento como especialidad, nosotros que vamos detrás siempre como psicólogos pues yo no sé cuándo habrá especialidad infanto-juvenil digamos estructurada en cuanto a formación universitaria, postgrado y luego utilizada, contratando personal en lo público para atender a toda esta población (EPSCL)*

*la AEN siempre ha apoyado la de la especialidad en psicología infantil (GD4)*

Desde esta posición el trabajo con otros Servicios se debe hacer a través de la Interconsulta con Salud Mental. En palabras de una psicóloga clínica de un gran hospital es más propio hablar de interconsulta que de derivación de otros servicios al Servicio de Psiquiatría e incluso para una Responsable de un Servicio de un gran hospital incluso es más propio hablar de un trabajo activo con algunos Servicios determinados (Oncología, Cuidados Paliativos, Medicina Interna, Unidad de Adolescentes, etc.) que de interconsulta que presupone una intervención de Salud Mental como respuesta a una demanda de otro Servicio hospitalario. En este planteamiento los psicólogos clínicos participan, junto con psiquiatras, según intereses, formación y habilidades, en programas determinados (diabetes, tabaco, etc.).

*la psiquiatra se ocupa, aparte del tratamiento farmacológico, sobre todo también de lo que tiene que ver con interconsultas; endocrinos y otros servicios dentro del hospital también coordinarse con las Unidades de ingreso, si hay que ingresar a un paciente (GD6)*

Esta práctica de interconsulta no está generalizada en todos los hospitales e incluso está dificultada en algunos a pesar de las iniciativas de algunos psicólogos clínicos.

*hice un tipo de oferta que en principio les pareció bien y que después me han cerrado las puertas paulatinamente. Para hacer trabajo familiar con pacientes de la UCI, para la Unidad de quemados (GD5)*

*al hacer la evaluación también de las pacientes, de los gordos para hacer cirugía bariátrica también, que también tenía su cosa exótica y, sobre todo, hacer una buena evaluación ahí pues implicaría que hubiera menos recaídas después en eso, pues también me cerraron la puerta; psiquiatras desde atrás ¿no? desde atrás (GD5).*

*tenemos más relación en interconsulta probablemente los psicólogos que casi que los psiquiatras. Los psiquiatras son como intervenciones puntuales y eso, a lo mejor ya cuando reviste mucha gravedad ¿no? y que además necesita un psicofármaco, un apoyo con psicofármaco normalmente pero y hay una persona encargada, una psiquiatra encargada de eso que es la que todas las mañanas pues ve las interconsultas que se le solicita (GD8)*

## *La Psicología 'de la salud' como diferente de la Psicología clínica*

Esta postura defiende la existencia del psicólogo de la salud entendido como diferente al psicólogo clínico al que ven demasiado dependiente de la Psiquiatría. Entiende que pueden coexistir Psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (Salud Mental) y Psicólogos 'de la salud' (clínicos o no clínicos) integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos o todos juntos en un Servicio independiente de Psicología desde el que se colabore con el resto de Servicios hospitalarios (Psiquiatría, Oncología, Neurología, etc.).

*yo también mi ideal sería que en los hospitales hubiera un Servicio de Psicología, que hubiera psicólogos integrados en distintos servicios, entre aquellos sería el de psiquiatría, sería uno; otro, otros servicios desde cardiología, intensivos, pues de los distintos servicios, paliativos, el que fuera, infecciosos. (GD9)*

En términos generales es el discurso minoritario entre los profesionales de la Psicología que trabajan en la Sanidad pública y enfáticamente defendido por los psicólogos clínicos vía homologación, psicólogos no especialistas, que trabajan en Servicios no psiquiátricos, vinculados a la Universidad como profesores asociados o profesores de Másteres, y parte de los actuales PIRes. Priman los enfoques cognitivo-conductuales con tendencia hacia lo preventivo. La actitud hacia el Colegio de Psicólogos es favorable/crítica moderada al entender que el Colegio se muestra proclive a dicho enfoque.

*No, no, ahora el COP lo tiene claro en la línea y en lo que se está generando que es Salud que es donde realmente la Psicología nos hemos dado a conocer y se nos está respetando...con los psicólogos clínicos v los PIR y tal no hay mucho problema, el problema es que no hay plazas de trabajo una vez que han acabado (EPSCL)*

Plantean trabajar no desde la psicopatología sino desde las disfunciones o problemas relacionados con la salud física,

*Para mi psicólogo de la salud sería la definición correcta, abor das cosas que no tienen que ser patológicas pero sí facilitas un proceso de recuperación, demandas que hacen los compañeros, de cómo informar a un paciente, se vincularía más al ámbito de la salud, también en Atención Primaria, adherencia a los cribados de exploración o unidades de diabetes (EPs12)*

*la mayor parte de los pacientes dentro del esquema de Psicología clínica, son personas con algún tipo, llamémosle de trastorno mental, mientras que en psicología de la salud hay una lesión, un problema de salud orgánico que tiene disfunciones emocionales, comportamentales al respecto (GD9)*

*por ejemplo, los dispositivos de atención en adicción, el protagonismo que lleva el psicólogo, por ejemplo, (...) en un campo en el que digamos que hay una alteración de la conducta ¿no?, y donde realmente el tratamiento se basa fundamentalmente en un cambio conductual (GD8)*

*una persona que tiene una enfermedad oncológica terminal o una enfermedad de cualquier otro tipo terminal y que el aceptar la muerte o el aceptar ciertas incapacidades o, bueno, lo que sea en cada momento, pues le cuesta asumirlo o le genera una ansiedad, pero es algo momentáneo, no es que sea un trastorno, no se le diagnostica un trastorno (GD9)*

## los estilos de vida saludables y cambio de comportamientos

*a mí me toca mucho el tema de trabajar lo que es los cambios de comportamientos ¿no? y la adquisición y mantenimiento de comportamientos para, lo que he dicho antes ¿no?, para los estilos de vida saludable, entonces, una de las cosas básicas es que entiendan que hay modelos ¿no? modelos que son psicológicos ¿no? de análisis de comportamiento, de sistemas de creencias (GD9)*

**e integrarse con otros profesionales sanitarios no exclusivamente relacionados con la Psiquiatría,**

*en los dispositivos de Salud Mental, perdón, dispositivos para trabajo explícito de Psicología clínica, la mayor parte de los compañeros son psiquiatras o son enfermeros especialistas en Salud Mental, mientras que en el otro, pueden ser médicos y otras muchas especialidades (GD9)*

*Yo no he tenido ningún contacto con Salud Mental siempre me he movido con oncólogos, con plastos, con cirujanos y he sido considerada como otro profesional más. No hay ningún tipo de diferencia en el día a día con los pacientes. Un paciente oncológico no tiene por que ser un enfermo mental aunque haya muchos efectos secundarios derivados del propio tratamiento, de la vivencia del propio paciente pero no es un enfermo mental. El propio colectivo que ha abordado al paciente oncológico se ha ido desvinculando de Salud Mental (EPsCL)*

**postulando la necesidad de altos niveles de superespecialización para el psicólogo**

*Desde el ámbito que trabajo el nivel de especialización es extremo al que llegas, no tienen nada que ver unos con otros, son totalmente distintos. Hay gente en neurocirugía, en investigación, hay un gran nivel de especialización. El gine de mama está solo en mama, ¿nosotros vamos a servir para todo? (EPSCCL)*

y abriendo nuevas perspectivas de intervención.

*el discurso de Psicología clínica va a seguir atado, vinculado al ámbito de la psiquiatría. Un desarrollo de la profesión legítimo y creo y mirando al futuro, sería empezar a diferenciar porque ése sí que es un espacio donde tenemos una palabra diferenciada (GD9)*

A los generadores de este discurso no les interesa el trabajo en Psiquiatría/Salud Mental, aunque entienden que es un campo en el que tiene que estar incluido el psicólogo clínico.

### ***Psicología clínica y de la salud***

En términos generales es el discurso intermedio entre los profesionales de la Psicología que trabajan en la Sanidad pública y enfáticamente defendido por los psicólogos clínicos vía PIR que trabajan en la Red de Salud Mental, psicólogos clínicos vía homologación menos vinculados a la Psiquiatría y parte de los actuales PIRes. Priman los enfoques más integradores con tendencia hacia lo integral (asistencia y prevención). La actitud hacia el Colegio de Psicólogos es crítica moderada.

Esta postura parte de que todo el trabajo en el sistema sanitario deben hacerlo psicólogos clínicos pero que dichos psicólogos clínicos no deben estar circunscritos a Salud Mental sino que tienen mucho campo de actuación en otras problemáticas de la salud 'física'. Optan, en términos generales por la integración de todos los psicólogos clínicos en un Servicio independiente de Psicología clínica desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro, con otros Servicios hospitalarios.



*la psicología de la salud forma parte de la Psicología clínica, no es algo separado, diferente o que tenga que ser abordado desde otra perspectiva y de hecho como parte de la formación del psicólogo clínico, está la rotación en la interconsulta donde lo que se hace no es psicoterapia sino principalmente lo que se hace, se podría llamar psicología de la salud. A veces, pues no sé, se hacen grupos de tratamiento de pacientes con fibromialgia o grupos de trastornos del sueño o apoyo en casos de esclerosis múltiple, no tiene que ver tanto quizá con trastornos mentales sino con la función del psicólogo en otras patologías que pueden tener una vertiente de salud mental pero que no son específicamente un trastorno mental o no en el sentido clásico del término. Y además en mi opinión se quedaría un poco pobre una visión de psicología de la salud sin tener una experiencia clínica de lo que es manejar una entrevista con un paciente con una enfermedad mental. Yo lo entiendo como una Unidad, no creo que separar eso sea una buena idea (EPSCL)*

*Psicooncología no puede entenderse si no tienes una preparación en Psicología clínica, Psiconeurología, todo tiene que partir de un tronco y son ramas como las subespecialidades en Cardiología (EPSCL)*

*el psiquiatra, claro, tiene en realidad un campo de trabajo más restringido porque se limita, no sé, a los pacientes, bueno pues de Salud Mental, bueno mentales más graves y tal, pero es que el psicólogo tiene un campo de aplicación mucho más amplio y en realidad puede estar en cualquier servicio hospitalario; en oncología, en hematología y entonces hay una diversificación que eso no le interesa al psiquiatra. (GD6)*

A partir de cualquiera de estos tres discursos es de señalar, a juicio de los psicólogos clínicos, la notable aceptación que su rol tiene entre otros especialistas hospitalarios no psiquiatras. Es conocido en la cultura sanitaria de nuestro contexto que los psiquiatras no siempre gozan de la mejor consideración de sus otros colegas médicos, lo que hace que éstos canalicen sus demandas hacia otros profesionales como los psicólogos clínicos que pueden ofrecerles alternativas diferentes a las que ellos ya poseen (fármacos que es lo que le ofrecen la mayoría de los psiquiatras) y que cuando menos está por comprobar su pertinencia para la interconsulta.

*Yo pienso que lo importante de la Psicología clínica es su reconocimiento y luego el saber que hay distintos niveles de intervención. Yo creo que el psicólogo clínico a nivel hospitalario tiene un campo para aportar al bienestar de las personas y para trabajar en el campo de la salud física y mental tremenda, o sea, la interconsulta hospitalaria es básica y hoy también la aceptan y hay hospitales donde tienen bastante prestigio la Unidad de Salud Mental o la Unidad de Psiquiatría o si hay Psicología (EPSCL)*

*cuando hay interconsultas internas, el propio hospital no llaman a los psiquiatras, no se fían de los psiquiatras, nos llaman a nosotros, porque aquí de médicos está lleno y la psiquiatría tampoco es una especialidad que los propios médicos vivan como muy médica (EPSCL)*

*en el hospital está ocurriendo una cosa muy, muy peculiar, ahora al haber nuevos hospitales, derivar pacientes, se están quedando sin tareas los psiquiatras, se les está achicando el terreno y luego en el hospital ocurre un fenómeno muy curioso y es que, yo me dedico a la interconsulta en todo el hospital, luego tengo programas específicos y en el hospital prefieren que vaya un psicólogo a que vaya un psiquiatra, porque muchas veces te dicen: “oye, mira, para que me digan una medicación ya se lo ponemos nosotros”. Y fijaros ¡qué curioso!, cuando un psiquiatra interviene en cualquier cuadro clínico, que no es psicopatología, dice que está haciendo ayuda psicológica, no psiquiátrica. Entonces hay un territorio que yo creo que juega claramente a nuestro favor. (GD4)*

Por parte de los propios psiquiatras también se tiene conciencia de la gran valoración social de la psicología a la que se le atribuyen más posibilidades de intervención en gran variedad de problemáticas que la psiquiatría, más limitada a la psicopatología grave.

*la psicología yo diría que como profesión, como disciplina es más potente en términos, pues en términos cuantitativos, pues en términos también de imagen. Es decir, para la sociedad, el psicólogo abarca un abanico de funciones que no identifican con el psiquiatra, al psiquiatra le ven más ligado pues a los enfermos graves, a la medicación, al internamiento; al psicólogo pues le pueden ver igual ayudando a una persona que ha tenido un problema, pues una pérdida o una desgracia o tal que a un niño que es adoptado o que tal, o sea, mil cosas que yo creo que configuran una imagen positiva para la psiquiatría (lapsus) (EPSQ).*

A pesar de esta alta valoración por parte de otros especialistas no psiquiatras los psicólogos clínicos de los hospitales no se ven tan reconocidos y visibilizados como los de los Centros de Salud Mental.

*a lo mejor en los Centros de Salud Mental sí se nos, pienso yo que se nos valora más, se nos tiene un poco más como al mismo nivel ¿no?, pero luego por la propia proporción que hay psiquiatra-psicólogo en los hospitales por diferentes razones, en muchos sitios es que ni saben que estamos, (GD7)*

A su vez los psicólogos hospitalarios no dejan de recibir alguna crítica por parte de los psicólogos clínicos de los Centros de Salud Mental en tanto que su práctica, según éstos, reproduce parte del modelo más médico-psiquiátrico.

*Yo no sé muy bien qué se hace en los hospitales pero a veces nos viene gente que yo creo que deben ser atendidos por gente que trabaja en esas unidades y nunca nos los aceptan y gente que ellos ven cuando están ingresados y que los derivan a nosotros al alta con un diagnóstico: trastorno ansiedad, trastorno depresivo, ¡hombre! si le dices trastornos le estás poniendo un problema más, falta ese trabajo de no*

*acabar diagnosticando todo, hay que ayudar en lo que ha pasado pero sin diagnosticarlo de un problema nuevo...no pasa nada porque la psicología rompamos el molde del nombrecito de la depresión, del diagnóstico (EPSCL)*

## **¿Trabajar con Psiquiatría o para Psiquiatría?**

En los hospitales la situación no es tan simétrica entre los dos tipos de facultativos como en los Centros de Salud Mental, más bien la pregunta que se plantean los psicólogos clínicos que trabajan en Salud Mental en el hospital es *¿trabajar con psiquiatría o para psiquiatría?*

Los pocos psicólogos clínicos que trabajan en las Unidades de Hospitalización breve más bien lo hacen en función de las indicaciones de los psiquiatras, bien para ayudar a la evaluación/diagnóstico psiquiátrico bien para hacer determinados tratamientos psicológicos por indicación de éstos.

*he visto de todo; sitios en los que el psicólogo se considera eso como alguien, a quién se le dice lo que tiene que hacer ¿no?: “te mando este paciente para que le pases esta prueba o para que le hagas esta intervención” y también he visto lo otro ¿no?: “te mando, te derivo este paciente para que le valores y me des tu opinión clínica”, pues eso, que no, como algo más complementario, más de trabajo en equipo, he visto las dos cosas. Yo creo que casi más esta segunda opción que la primera, o sea, casi más pues eso, un trabajo más de igual a igual (EPSCL)*

*los psiquiatras jóvenes sí, dependiendo del grado de la formación, los más jóvenes sí, ya van viendo un poco esa realidad de manera distinta, los antiguos están acostumbrados a que tengan un auxiliar que es un psicólogo, entonces claro, eso cuesta cambiarlo evidentemente, que a mí me quiten dos auxiliares pues tengo que trabajar más, no me acaba de convencer (GD6)*

Los psicólogos clínicos vía homologación son quizás los más críticos con la psiquiatría y los que más reivindican un espacio propio y autónomo.

*es que vamos a ir a que cada uno hace lo suyo y en un cada uno hacer lo suyo, yo sí creo que habría que estar firmes en que lo nuestro es lo nuestro. (GD1)*

*si hay una especialidad sanitaria que de alguna manera frena, frena la presencia y la visibilidad de la Psicología clínica es la psiquiatría. Y no es porque nosotros estemos en guerra con ellos que para nada, en absoluto, yo pienso que es al contrario, son ellos, es la especialidad de psiquiatría los que nos ven, bueno, con un cierto temor, con un cierto recelo, entonces nos ponen muchísimas dificultades para poder tener cualquier autonomía y poder ser, tener cualquier tipo de autogestión (GD4)*

*mientras no haya un Servicio de Psicología clínica, las dificultades para ser visibles las vamos a seguir teniendo, en otros sitios, los psicólogos no pueden presentar sesiones clínicas a no ser que estén acompañados con un psiquiatra que lleve ese caso (GD4)*

*la coordinación recae sobre el psiquiatra ¿no?, no se cuenta pues la formación, quiero decir, los méritos, la experiencia que uno tiene de cara a elegir a uno u a otro ¿no? (GD5)*

**Los psicólogos clínicos vía PIR son más comprensivos.**

*yo creo que los que han hecho la residencia por vía PIR como hemos estado en formación con ellos, como hemos sido residentes, hemos rotado con ellos, pues yo creo que eso también, que de alguna manera influye en el trato, en cuanto a valorar que hemos realizado rotaciones también por servicios médicos, que tenemos como otra visión que muchos psicólogos que han hecho la formación por su cuenta, la tienen pero otros no y sin embargo en la vía PIR eso está regulado (EPs5)*

**Sea para que los psicólogos clínicos, o 'de la salud' se integren en Servicios hospitalarios no psiquiátricos o para que los que están incluidos en ellos puedan desarrollar sus funciones más allá del trabajo con los trastornos mentales graves, casi todos, especialmente los vía PIR y los PIRes actuales, buscan la alianza con los facultativos de esos otros Servicios no psiquiátricos.**

*en un entorno hospitalario es mucho más variable y otros médicos no psiquiatras; los neurólogos, oncólogos valoran mucho la perspectiva de la psicología de la salud y el hecho de poder hacer, pues no sé, un apoyo familiar cuando hay un paciente oncológico, una evaluación neuropsicológica en un caso de epilepsia, ese tipo de cosas suelen tener muy buena valoración o al menos la experiencia que yo he tenido es de profesionales médicos muy colaboradores y dispuestos. (EPsCL)*

*Al principio fue un trabajo con Pediatría. Luego se fue ampliando con Nefrología, Oncología, estábamos dentro de Psiquiatría pero era grupo de Psicología (...) Las especificidades de la Psicología clínica en la interconsulta o la psicología de enlace con otros servicios ha dado resultados excelentes (EPsCL)*

*Pero no te puedes imaginar la demanda que hay de todos los servicios (GD4)*

*Y además hacemos programas que han sido a petición de los Servicios de la Unidad del Dolor por uno, y el Servicio de Neonatología por el otro (...) Nosotros tenemos ahora mismo con cardiología, con oncología y con neurología que deriva mucho para evaluaciones neuropsicológicas (GD8)*

*Yo creo que los psicólogos somos unos privilegiados porque el arco de intervención nuestra es considerablemente mayor que los psiquiatras. Los psiquiatras fuera de lo psicopatológico se mueven muy mal, ellos son como un pistolero con dos pistolas, una el vademecum y otra el DSMIV (GD4)*

Esta posibilidad de trabajar 'fuera' de lo psicopatológico es puesta en duda por algunos de los PIRes.

*Yo creo que a día de hoy, bueno, lo que se atiende en Salud Mental es lo que ya llega a un límite de casi patológico, entonces yo creo que casi no hay espacio para esa parte, no, no patológica. (GD8)*

## **EL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Todos los participantes en el estudio han hecho referencia a la relación entre Salud Mental y Atención Primaria teniendo en cuenta que Atención Primaria es la principal fuente de derivación a Salud Mental.

El punto de consenso es que por parte de los médicos de Atención Primaria la respuesta mayoritaria a muchos problemas de salud mental es la medicación lo que hace necesario trabajar con ellos desde Salud Mental para disminuir el consumo de psicofármacos y el consiguiente coste económico que ello acarrea,

*son una población de riesgo pre sanitaria. Es decir, habría que trabajar con ellos probablemente, pero habría que trabajar con ellos con un paradigma de intervención comunitaria en Salud Mental, no de consulta y ¿qué pasa? y ¿cuál es la respuesta más habitual para esa gente?, también medicación. (EPSQ)*

*Llegan a Atención Primaria y recetan ansiolíticos o antidepresivos ya el médico de Atención Primaria. de hecho lo que se llamaba antes reequivalentes depresivos, las depresiones larvadas se trataban porque las depresiones leves cursan con síntomas somáticos y se tratan en el sistema en Atención Primaria con psicofármacos. Si está ahí el psicólogo, muchos de ellos no necesitarían psicofármacos, ahorraríamos un montón de dinero al sistema y no haríamos farmacodependientes (EPSC)*

*Yo creo que sí que se puede hacer un trabajo muy interesante en Atención Primaria, que se ahorraría ya no sólo dinero, sino se evitaría mucha iatrogenia farmacológica, por ejemplo, de los pacientes con trastornos de ansiedad que al final acabas viéndolo ahí en el Centros de Salud Mental. (GD1)*

y para hacer un trabajo preventivo que disminuyera las derivaciones a Salud Mental.

*a mí me parece que el psicólogo en Atención Primaria tendría una función sobre todo preventiva, preventiva, quiero decir, pues yo creo que sí que efectivamente hay muchos trastornos, por ejemplo, menores de ansiedad que con una buena, con un buen abordaje así en Primaria con un trabajo bien enfocado y*

*corto incluso ¿no?, se resolverían bastante fácilmente, que no tendrían que pasar a un nivel especializado. Ahora, eso quién tiene que hacerlo ¿no?, que ése es otro tema, claro...(EPs3)*

Sin embargo no hay unanimidad entre los entrevistados sobre el lugar del psicólogo en relación con la Atención Primaria, habiendo detectado tres posiciones al respecto:

1. Tal como estamos. El Equipo de Salud Mental apoya a la Atención Primaria.
2. Un filtro útil. El psicólogo clínico, nivel intermedio entre Atención Primaria y Salud Mental.
3. ¿Amenaza u oportunidad?. Un Psicólogo General Sanitario integrado en los Centros de Salud.

### ***Tal como estamos. El Equipo de Salud Mental apoya a la Atención Primaria***

Esta primera postura es defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos y sistémicos. Postula la necesidad de relación entre los actuales Equipos de Salud Mental tal como se hace ahora, sin diferenciar entre psiquiatras y psicólogos clínicos,

*van psicólogos, dos psicólogos porque van para hacer sobre todo intervención psicoterapéutica grupal, con los esto, aunque bueno, va también un psiquiatra un poco para coordinar, digamos es la conexión, pero luego al final las que están son dos psicólogos con los Pires (EPSQ)*

*Yo soy más partidaria que trabajemos en Salud Mental juntos más que es que se trabaje en Primaria que luego desde Salud Mental puedes ir a Primaria hacer intervenciones, (...) haciendo grupos con los médicos de Atención Primaria, haciendo intervenciones si hace falta pero desde Salud Mental. Yo veo más ese modelo porque me parece que es más cohesivo, más coherente que permite un trabajo más, pues con más continuidad sobre el paciente (EPSQ)*

*Yo defiendo que estemos en Especializada aparte y si es posible aunque haya rivalidades con apoyo psiquiátrico, psicológico, como está ahora (EPsCL)*

*que sea una tarea dentro del resto de las tareas, el psicólogo clínico bien, ahí lo vería, quiero decirte, me parece que ahí sí que tiene y además eso me parecería más enriquecedor ¿no? para el psicólogo clínico y para el equipo y para el funcionamiento institucional, que yo creo que una de las cosas de las que, o sea, una de las cosas que se ha ido pervirtiendo a lo largo de este trayecto del desarrollo de los Centros de Salud Mental es precisamente el corte de la relación, las fisuras que se han producido entre Primaria y Especializada ¿no?, Salud Mental, yo creo que es una especialización, pero es una especialización comunitaria, es decir, es un nivel de especialización o es un campo de intervención que está a caballo entre la Primaria y la Especializada y a mí me gustaría que pudiera seguir ahí, que pudiera seguir en ese punto, (...). Cuando tú te vas al nivel de la Especialidad exclusivamente, eso lo pierdes de vista absolutamente (EPSCL)*

*Yo creo que se puede hacer desde el Centro de Salud Mental, trabajo con Primaria (GD5)*

entendiendo que la integración de los psicólogos clínicos, o no, en Atención Primaria no aportaría nada relevante al trabajo de los psicólogos clínicos, a lo sumo cambiar la 'dependencia' del psiquiatra por la del médico de familia,

*No creo que nos dejen un lugar, nos dejarían un lugar peor en el sentido de que si ahora hemos estado detrás de los psiquiatras a lo que los psiquiatras nos quieren derivar, luego estaríamos detrás de los médicos, a los que a ellos les dé la gana (EPSCL)*

e incluso perder una parte importante de las funciones profesionales y limitar su desarrollo profesional.

*Esta idea del psicólogo en Primaria, del psicólogo clínico en Atención Primaria como un lugar específico, no como una tarea dentro del desarrollo de las funciones, sino como una ubicación, como un ámbito de aplicación exclusivo, a mí me parece eso, que es una disociación más, o sea, es como una disociación de la atención y una limitación, una castración en cuanto a tus funciones profesionales y está solamente en ese ámbito. (EPSCL)*

*Yo creo que lo que no puedes hacer ahí es dedicar un psicólogo clínico sólo a Atención Primaria porque entonces también lo que haces es cortar el desarrollo profesional ¿no? para una persona que le has formado como un especialista, es como si formas a un cirujano y le dejas para que haga cirugía menor (EPSCL)*

Los PIRes, por su parte, encuentran muy interesante el trabajo que se hace en coordinación con Atención Primaria.

*de infantil llegan niños que no les pasa casi nada, que son cosas muy relacionales, son muy de pautas educativas y muy sencillas. Entonces hacer un grupo en Primaria y estaban los papás, las psicólogas y los pediatras en el mismo grupo, los pediatras más bien como observadores y que luego se les haga un es-*

*pacio para que pudieran comentar y tal y después de ese grupo que duró unos meses, en posteriores reuniones que hemos tenido con los pediatras y tal y en las cuestiones que les hemos pasado decían que ellos se sentían mucho más seguros ahora de qué derivan a Salud Mental y que no, y eso es genial. (GD8)*

*ella y los residentes nos desplazamos como Atención continuada y ella como las demás, pero hicimos un grupo de Escuela de Padres en Primaria (GD8)*

## ***Un filtro útil: el Psicólogo Clínico entre Atención Primaria y Salud Mental.***

Esta segunda postura es defendida por psicólogos clínicos vía homologación, vía PIR y Residentes de todos los enfoques. Postula la inclusión de psicólogos clínicos en los Equipos de Atención Primaria sin depender de los Centros de Salud Mental.

*Esa atención tiene que ser donde se produce la demanda, es decir en Atención Primaria y coordinada con los Centros de Salud Mental, se evitarían muchas cronificaciones y mucho desarrollo procesual de esa demanda. Cuando alguien va al médico y cree que tiene un problema y le da una medicación, le está ratificando que tiene un problema, lo está cronificando (EPSC)*

*yo he hecho Atención Primaria después del Centro de Salud Mental y por haber hecho el máster yo pienso que sin haber hecho esos catorce meses del Centro de Salud Mental, bueno pues era bastante variado, bueno, algo hubiera hecho pero vamos que la calidad no hubiera sido la misma en las intervenciones (GD8)*

Los argumentos se refieren, de nuevo, al ahorro económico en fármacos que podría suponer,

*Todo lo que esté en Sanidad tiene que ser Clínica, haber seguido el itinerario de clínica evitarían un montón de cosas, un montón de gastos en fármacos y sería el psicólogo en el contexto del Centro de Salud el primero que viese al paciente, lo filtraría. Tiene que tener la Especialidad lo que implica que ha hecho un itinerario tutorizado por especialistas. El problema es que con 130 plazas al año eso es imposible (EPSC)*

ayudaría al profesional de Atención Primaria, conteniéndole,

*en el Centro de Atención Primaria recibiendo las primeras visitas y el de un contacto mucho más directo con los médicos de Atención Primaria ¿no? y eso es una función de un psicólogo clínico en ese sentido, porque a veces, es que la contención también es hasta el profesional que está tratando, los profesionales que están tratando a ese paciente. (GD4)*



contribuiría a la prevención de problemas psicopatológicos haciendo buenos diagnósticos diferenciales,

*para evitar psicopatología tienes que saber psicopatología también, tienes que saber dónde andas y cuál es el riesgo. Todos tenemos la experiencia que para hacer las intervenciones más breves, es donde más formación necesitas (GD4)*

*Yo digo clínicos porque estamos hablando de que en Atención Primaria, pues tienes que hacer un buen diagnóstico y tienes que hacer una buena evaluación y esa formación te la da el PIR, no te la va a dar un máster dónde vas a dar cuatro clases, no cuatro clases, pero no es la misma calidad (GD5)*

mejorarían la derivación hacia la atención especializada de Salud Mental,

*Yo desde luego, defiendo que existan psicólogos dentro de Atención Primaria en plantilla, es decir, yo creo que eso sería una labor fundamental, porque eso sería un trabajo, al lado de los médicos generalistas y de los pediatras que harían que nos llegarán a los servicios especializados otro tipo de pacientes con una psicopatología clara y en el caso de infantil, ya os he dicho antes que hay muchos casos que no hay una verdadera psicopatología, pero que colapsa mucho los servicios (GD5)*

*yo creo que Atención Primaria prefiere un psicólogo clínico porque precisamente porque los casos que llevan es la puerta de entrada muchas veces, y quién conoce mejor el proceso de derivación que alguien que ha trabajado en cada dispositivo de Salud Mental, pues un psicólogo clínico y yo creo que la derivación es esencial, alguien que deriva mal está haciendo que el paciente dé mil vueltas, gaste recursos, a nivel económico, totalmente (GD7)*

y aliviaría la lista de espera de Salud Mental dando una respuesta adecuada a la demanda que llega a Atención Primaria.

*la figura de especialista consultora existe hace ya unos años, con un psiquiatra que trabaja allí y es un psiquiatra que va, que sus nuevos los ve en Atención Primaria (GD8)*

*con trabajo psicoterapéutico, quizás poder hacer grupos para personas que no les pasa nada, de corta duración, de normalización de las emociones y de las cosas que pasan en la vida. (GD8)*

### ***Un Psicólogo General Sanitario. ¿Amenaza u Oportunidad?***

Esta tercera postura es defendida por psiquiatras de orientación más biológica y psicólogos clínicos vía homologación, de orientación cognitivo-conductual e integradora. También por los psicólogos hospitalarios más identificados con la Psicología de la salud. Postula la inclusión de psicólogos

generales sanitarios en los Equipos de Atención Primaria como una oportunidad de incrementar la presencia de profesionales de la psicología en el campo sanitario desde una perspectiva más de la Psicología 'de la salud' que desde la Psicología clínica.

Los argumentos son bastante similares a los anteriores y la diferencia es que no se ve imprescindible que sean psicólogos clínicos.

*Para los trastornos de la vida, asegurándose de este primer screening por parte de algún médico (Atención Primaria o Psiquiatría) es el psicólogo el que debería ocuparse de esta problemática con todas las responsabilidades y autonomía. Hay que hacer Educación sanitaria con los problemas de la vida y explicarle a la gente que no están enfermos y no necesitan tratamiento. Y ése es un problema que absorbe una gran cantidad de recursos, una gran cantidad de recursos y además una población muy demandante, mucho más demandante curiosamente que los que están malitos de verdad. (EPSQ)*

*En Atención Primaria hay un montón de problemas desadaptativos que cualquier psicólogo con un formación mínima en salud pudiera hacerlo y luego habría que hacer una especialización para temas mucho más complicados (EPSCL)*

*Las dos cosas. Yo creo que debería de haber psicólogos en Atención Primaria y psicólogos en Salud Mental. La especialidad de los psicólogos de Atención Primaria o, si especialidad o no especialidad o vía ésta de máster, yo eso no lo tengo claro. A lo mejor en Atención Primaria no haría falta tanto una especialidad de Psicología clínica, no lo sé, yo ahí no lo sé. Pues mira, yo creo que se aliviarían bastante las listas de espera. Yo creo que sí, sería un filtro importante. (GD1)*

*en la consulta de Primaria van a tener un setenta por ciento de problemáticas vinculadas a lo psicológico, a lo social, pero garantizado, entonces... ¡Ah! y los psicólogos en el Centro de Salud podrían yo creo que hacer muchas cosas ¿no?, de apoyo a enfermería, a los propios profesionales y en programas de prevención y de intervención, antes cribas antes de pasar a Salud Mental, etc. Pero cómo está la sanidad ahora, hay que pensar en lo ideal ¿no?, pero obviamente, yo creo que tienen que hacer equipos interdisciplinarios, siempre hemos optado por eso. Es decir, como está la trabajadora social, el psicólogo clínico o el psicólogo de la salud y el médico de cabecera, quizás ésta sea, es la figura de los psicólogos de la salud como se plantea (...) ahí quizás entrasen bien los psicólogos, esta nueva figura ¿no?, de que hablábamos ahora (EPSCL)*

*Cuando hablamos de Primaria, a mí me parece que nos abre paso a la promoción, a la prevención, al abordaje de problemas comportamentales y no de psicopatología, que también, (GD9)*

Sin embargo los psicólogos clínicos vía homologación de orientación no conductual (sistémica, dinámica) lo ven claramente como una amenaza para la especialidad de Psicología clínica todavía en proceso de consolidación.

*Yo no tengo claro, yo no tengo claro esa relación, no la tengo clara, te digo la verdad. Yo creo que a mí particularmente me asusta, me asusta porque creo que la Psicología clínica no está aún consolidada en el sistema de salud suficientemente como para, no tiene la fuerza, el peso, o sea, no es un paradigma todavía o que dentro del modelo médico tenga un reconocimiento, para nada, para nada y no sé si la inclusión de psicólogos generalistas en estructuras sanitarias en este nivel, ayudaría o dificultaría el desarrollo en este sentido de la Psicología clínica, la consolidación de la Psicología clínica, no lo tengo claro. Yo creo que generaría confusión fundamentalmente y eso en un momento en el que dentro de la propia profesión, la identidad yo creo que está aún en construcción porque está..., por lo que te decía al principio ¿no?, porque me parece que ahí hace falta otra generación para que esto tenga una identidad, me parece pues eso que colabora a generar más confusión no colabora a consolidar esa identidad desde ahí (EPSCL)*

*Y eso a mí a la larga me parece que puede perjudicar porque indudablemente llegaría un momento en que pues la especialidad clínica no se va a considerar. Y sería una marcha atrás (GD3)*

La amenazas proviene de que esa figura de psicólogo en Atención Primaria se asocie exclusivamente a una orientación teórica: el enfoque cognitivo-conductual ignorando o infravalorando otros enfoques,

*Bueno, una cosa que me pareció horrible, horrible, horrible y es que yo no sé cómo se han organizado y no sé quién es el responsable. Me parece terrible que fulanito esté haciendo este trabajo piloto en Atención Primaria porque no sé, con todos mis respetos, qué demonios pinta un tío que no sabe lo que es trabajar en un Centro de Salud Mental haciendo un estudio piloto (...) Porque allí cognitivo-conductual, cognitivo-conductual, cognitivo-conductual..., o sea, todos los demás, tontos, pero tontos, tontos (EPSCL)*

dando cabida a que otros profesionales sanitarios, como enfermería, que con el aprendizaje de algunos instrumentos o técnicas psicológicas, puedan hacer la función de filtro hacia Salud Mental quitando el lugar a los psicólogos,

*Yo creo que nos vamos a quedar muy aislados los psicólogos clínicos que estamos trabajando en la Pública, que ahora con el famoso tema de los psicólogos en Atención Primaria que yo en el colegio les veo muy entusiasmados con el tema a mí me da muchísimo miedo, porque más que psicólogos lo que sí que puede ser es un coladero de enfermeros especializados en psiquiatría y en técnicas psicológicas (EPSCL)*

dando lugar a dos categorías de psicólogos: de primera, los especialistas de Salud Mental y de segunda, los generalistas de Atención Primaria.

*Pero podía haber entonces, yo es que voy por otro derrotero, lo comparo porque es la única manera de entenderme; médicos de primera y médicos de segunda. Es decir, ponte en el lugar de los médicos, tú cómo lo verías eso de que hubiera médicos especialistas y otros médicos que hicieran otras cosas menores (GD3)*

*los psicólogos recién licenciados con un máster, carísimo, por cierto, nada, eso, que si evaluación, tal, una serie de cuestionarios, o sea, volvemos a los psicólogos, somos test para todo esto, unos cuestionarios, tal y luego ya con el criterio del cuestionario va para arriba, o sea, al especialista y si no, no (GD7)*

*El problema es que una persona con novecientos o mil euros haciendo eso, yo creo que se infravalora el propio trabajo de los psicólogos (GD7)*

Dado que todo el mundo es consciente de las pocas plazas de PIRes que se convocan anualmente, y por lo tanto de los pocos psicólogos clínicos que existen se desliza una posición pragmática que defiende que, si hubiera la oportunidad de crearse plazas en Atención Primaria y no hubiera bastantes psicólogos clínicos, que no los hay, pues estarían a favor de contratar a psicólogos generalistas, a pesar de los riesgos que, según ellos, supondría para la especialidad.

*El número de Especialistas es muy insuficiente y que hay un amplio margen de atención no especializada que podría ser atendida por el generalista y podría hacerse en Centros de Salud. El problema es dónde está la frontera, la ignorancia es muy atrevida y no conoce el grado de patología del paciente al que está atendiendo. Hay pacientes que no pueden ser atendidos por un generalista. No sé que criterio filtro podríamos crear para que a un paciente le atienda un generalista y a otro no lo atienda, iatrogenizar una patología es muy fácil (EPSCL)*

*Me gustaría que hubiera pues 6000 psicólogos clínicos que pudieran incorporarse 3000 a la Atención Primaria, (...) veo que los psicólogos tenemos instrumentos para incorporarnos a la Atención Primaria. Yo creo que evitaríamos que muchas de esas demandas acaben bloqueando la puerta de entrada a otras patologías mas graves. A mi me gustaría que fueran psicólogos clínicos pero si tengo que elegir entre psicólogos clínicos, que no hay suficientes para las previsibles plazas que se necesitaran, me parece que se podrían incorporar otros psicólogos que tuvieran alguna experiencia de intervención en salud, de intervención clínica. Imagínate que se crearan 1 o 2 mil plazas de psicólogos en Atención Primaria no podríamos dejar de ocuparlas porque no hubiera suficientes psicólogos clínicos (EPSCL)*

*-Yo creo que es una trampa, es una manera de...*

*-Hombre, a no ser que estuviera muy claras, muy claras ¿no?, las tareas entre comillas, es decir, el tipo de patología que pudieran ver. Yo qué sé, pues que se limitaran a ver o hacer grupos de relajación, o sea, tendría que estar muy especificado (GD3)*

## **LOS SERVICIOS INDEPENDIENTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Conocer la opinión sobre la creación de Servicios independientes de Psicología clínica como unos Servicios más del Hospital compuesto por Facultativos Especialistas en Psicología clínica, como cualquier otra Especialidad 'médica', ha sido uno de los temas centrales de esta investigación.

Evidentemente en la Comunidad de Madrid no se ha establecido a lo largo de la historia ningún Servicio de Psicología clínica independiente en ningún hospital pero sí se han dado algunas circunstancias 'atípicas' en las que algunos psicólogos clínicos han ocupado algunos puestos directivos en el organigrama de algunos hospitales.

Así en el Hospital Universitario Gregorio Marañón figuran en su plantilla 2 plazas de Jefes de Sección de Psicología clínica ambas cubiertas actualmente pero sin psicólogos clínicos adjuntos adscritos a dichas Secciones. A juicio de los entrevistados parece que el hecho de no estar operativas estas Secciones se puede atribuir tanto a la oposición de Psiquiatría como a las dificultades por parte de los propios psicólogos.

*Hay una sección transversal de psicología. El Hospital está compuesto por un jefe de departamento y luego tres jefes de servicio de psiquiatría y un jefe de la sección transversal de psicología.(...) oficialmente sería nuestro jefe, en la práctica quien firma las vacaciones es cada jefe de servicio del lugar donde estamos ubicados, o (...) en la práctica funcionamos como si no estuviera (EPSC)*

*en el anterior hospital en el que estuve es que se luchó muchísimo allí porque hubiera una Sección de Psicología, pero fue inviable porque Psiquiatría no lo permitió. En este hospital aunque estoy, digamos como más sola, sí que veo que hay mucho más respeto a la figura de la psicología en cuanto a competencias. (GD1)*

*Y nosotros además hemos perdido una oportunidad de oro porque en el hospital se pretendió hacer una sección de psicología ¿eh? y eso pues no se pudo llevar a cabo al final, pero por responsabilidad de los propios psicólogos ¿eh? Hombre, ahí no intervino nadie más que los psicólogos. (GD4)*

En la plantilla del Hospital Niño Jesús aparece la plaza de un Jefe de Sección de Psicología clínica pero sin que esté cubierta.

*En el Niño Jesús también se intentó separar a psicología y psiquiatría y no se pudo, (GD4)*

Igualmente pasa en el Instituto Psiquiátrico José Germain con otra plaza de Jefe de Sección de Psicología clínica.

En el Hospital Santa Cristina desde el año 2004 al 2011 la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria fue dirigida por una psicóloga clínica hasta su sustitución por una psiquiatra. La trayectoria de esta psicóloga clínica es ilustrativa de las dificultades de los psicólogos para ser independientes y mucho más para dirigir dispositivos más o menos independientes de la Psiquiatría. Primero en el Servicio de Psiquiatría de un gran hospital donde, según sus palabras, mientras 'servía' a los intereses del Jefe de psiquiatría y se adaptaba a sus requerimientos, no había problema pero cuando quiso *tener nombre* comenzó '*un acoso laboral terrible*'

*Los informes los firmaba el jefe de Psiquiatría para cubrirme de posible responsabilidad. Yo en un momento determinado le dije que quería firmarlos yo y, a partir de ahí comenzó la guerra. Él me dijo claramente "ah yo no sabía que tu querías tener nombre" y también a partir de que el TCA cogió gran proyección social, todo su interés fue robarme lo mío y pasárselo a los psiquiatras de la Unidad. Yo tuve un acoso laboral terrible a partir de que yo tuve nombre (EPSC)*

y luego dirigiendo la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de donde fue sustituida por una psiquiatra por presiones de sectores médicos.

*Tengo una denuncia de un sindicato al Colegio de Médicos de que cómo yo estoy dirigiendo una Unidad si yo no soy médico (EPSC)*

*y vino el psiquiatra, al que muchos del hospital se dirigen como jefe, que no a mí (...) este psiquiatra sufrió bastante persecución de los compañeros del hospital al que pertenecía por haberme apoyado a mí le llamaban el psiquiatra-psicólogo (EPSCL)*

En la Clínica de La Concepción de la Fundación Jiménez Díaz desde el año 1984 al 2008 funcionó una Unidad de Psicología clínica dependiendo del Servicio de Psiquiatría con un psicólogo clínico como responsable y con autonomía para la programación de la asistencia, la docencia y la investigación.

*Yo no estaba a disgusto con el grupo de Psiquiatría pero lo que nosotros hacíamos era distinto, éramos complementarios, el Jefe de Servicio lo entendía así y estuvimos así bien pero siempre y cuando hubiera una jerarquía clara de manera que si, en algún momento, había que dar prioridad siempre sería al residente de psiquiatría nunca al de psicología, ni siquiera al adjunto de psicología, nosotros estábamos siempre en situación de subordinación y complementación.*

*Al plantearlo en la Junta Facultativa, a partir de 1996 se constituyó la que se llamó después Unidad de Psicología Clínica, no Servicio ni Sección. El Director Médico entendió que teníamos suficiente entidad como cuerpo disciplinar y relaciones con 8 o 10 servicios. Se contrató a un adjunto y la Unidad empieza a funcionar mucho mejor. Empieza a haber subespecialidades: neuropsicología, psicología del dolor, psicooncología ... y el hospital se hacía eco del buen funcionamiento. Con Psiquiatría valorábamos los pacientes y aceptábamos para psicoterapia. No era del todo Servicio de Psicología, en términos administrativos, estaba dentro del organigrama del Servicio de Psiquiatría, pero tenía plena autonomía para la planificación asistencial, docente y de investigación (EPSCL)*

*no era del todo Servicio de Psicología, estaba en el organigrama en el Servicio de Psiquiatría pero tenía plena autonomía para la planificación asistencial, docente y de investigación (EPSCL)*

En el Hospital Central de la Defensa desde el año 2010 existe un Servicio de Psicología separado del Servicio de Psiquiatría.

*se ha ido independizando el Servicio de Psicología y queremos estar o intentamos estar a la misma altura que un servicio más dentro del hospital, estamos en ello, no lo estamos consiguiendo del todo ¿no?. La discusión con los psiquiatras es de, en el fondo es de cuotas de poder, quién tiene más poder o... A mí me cuesta hacerles entender, yo vengo de otros, de fuera ¿no?, yo no he estado siempre en este hospital ¿no?, claro yo le digo: "mira, yo estoy acostumbrado a trabajar con psiquiatría pero no para psiquiatría", ésa es la diferencia (GD6)*

*se ha hecho la escisión del Servicio de Psiquiatría y de Psicología, al principio ha sido un poco duro porque claro, el separar los Servicios implica que tanto psiquiatras como psicólogos tienen el mismo nivel de poder y eso genera pues lo que podéis imaginar. Entonces, ¿vamos a tener más acceso al trastorno mental grave o menos acceso?, depende, porque muchas veces, a lo mejor los psiquiatras tienen esa noción de que para los psicólogos es como el tabaquismo, estas cosas, es una concepción que tienen ellos de*

*muchos años atrás y para ellos el trastorno mental grave, ¿qué ocurre?, que cuando ellos están con el trastorno mental grave, ellos medican, ellos tratan, pero luego quieren que se le haga un tratamiento también a nivel psicológico y como están diciendo las dos compañeras que ellas lo han visto y yo lo estoy viendo, ¡jojo!, no solamente nos necesitan para que les pasemos unos test y que formemos parte de su servicio, que en algunos sitios se trata así y en otros no, en otros sitios te dan el paciente y tú lo llevas como tú profesionalmente crees que los tienes que llevar, que es lo adecuado, pero claro, al pertenecer el Servicio de Psicología a psiquiatría, sí puede caer en el error de utilizarnos como ayudantes en vez de cómo profesionales cien por cien. Cuando se separa el Servicio y nosotros adquirimos competencias plenas, podemos hacer, y sería lo ideal, asumir ese trastorno mental grave como estaban comentando las compañeras, en tanto y cuanto hasta los psiquiatras lo ven necesario ¿no? (GD7)*

De estas situaciones la única que actualmente está vigente y funcionando como tal es el Servicio de Psicología del Hospital Central de la Defensa, aunque hay que señalar que formalmente las prestaciones de dicho Servicio de Psicología no están incluidas en el convenio que tiene dicho Hospital con el SERMAS, al contrario que las prestaciones del Servicio de Psiquiatría que sí están incluidas.

Además, desde el año 1995, en los más de 30 Centros de Salud Mental, solo hay un psicólogo clínico como Jefe de uno de ellos: el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.

En algunos dispositivos como Hospitales de día y Unidades de Rehabilitación hay psicólogos clínicos como Responsables/coordinadores que ejercen, 'en la práctica' como Jefes de Sección pero sin nombramiento al efecto.

*El poder lo ejerce el psiquiatra, mientras estemos en un segundo plano, mientras las jefaturas sean de psiquiatras, de sección, de servicio, de unidades ¿eh?, incluso hasta de programas en la gran mayoría de los sitios, va haber esa diferencia (...) hay una filosofía ahí que llevamos veintitantos años y creo que no hemos sido capaces de romperla y es que los psiquiatras no quieren romperla tampoco y son los espacios de poder (...) veintidós años haciendo de jefe de sección ¿eh?, siempre me han puesto torpedos a la hora de reconocimiento oficial ¿eh?, lo ejerces y te lo consideran como tal, pero te lo consideran a nivel de responsabilidad, no de dinero (GD3)*

Los psicólogos con responsabilidad directiva, al menos en el ámbito hospitalario, y más en temas 'cercanos' a lo biológico, como puede ser el caso de los Trastornos de la Alimentación, se sienten más exigidos y



'mirados con lupa' por parte de la Administración y de otros directivos médicos que los propios médicos.

*A los psicólogos no nos han exigido rendir como al resto de los profesionales sino como diez veces más y además no se nos ha dado la oportunidad de fallar. Hemos estado hipere exigidos, sin posibilidad de error y si han podido atribuirte un fallo te lo atribuyen (EPSCL)*

Las posiciones de los psicólogos clínicos respecto a la unión/dependencia con Psiquiatría las hemos organizado en tres categorías:

- A. Unidos para siempre
- B. Independencia: *we can*
- C. La Tercera Vía: compartir un poco más el poder

### ***Unidos para siempre***

La primera posición es defendida casi unánimemente por los psiquiatras responsables de Centros, por un sector de los psicólogos clínicos vía homologación y de los PIRes, preferentemente de orientación psicodinámica.

En opinión de los primeros la posible separación en dos Servicios diferentes debilitaría a ambos. A la psiquiatría porque les podría reducir su campo de acción a los trastornos mentales graves sin el 'apoyo' que tienen actualmente de los psicólogos clínicos para complementar el trabajo 'psiquiátrico' con esos pacientes. Además si no estuvieran junto a los psicólogos clínicos probablemente los psiquiatras verían reducida su intervención en aspectos de interconsulta no específicamente relacionados con los trastornos mentales y que no requieren generalmente uso de la medicación.

*No estoy de acuerdo con Servicios de Psicología independiente, en el hospital (se omite el nombre) no ha funcionado (EPSQ).*

*No le veo yo ninguna ventaja, ¿tú sí? No le veo yo ninguna ventaja, me parece mejor trabajar con todos, es que estamos trabajando sobre el mismo tipo de pacientes, por eso me parece mejor trabajar juntos y con la interconsulta hospitalaria, que en la parte de interconsulta con los pacientes es mejorar las condiciones de los servicios que ahí tienen muchísimo que hacer los psicólogos, pero creo que es mejor trabajar juntos. Es que a lo otro no le vería yo ninguna ventaja, a no ser que dejemos reducido la psiquiatría, determinada parte del trabajo pues reduccionista, pero eso tiene una visión más amplia de mejorar las condiciones de los pacientes y mejorarlos, pero todos los pacientes y atender a los que tengan dificultades me parece que es mejor hacerlo juntos (EPSQ)*

En opinión de los psicólogos *"si nos separamos perdemos nosotros"* ya que consideran que gran parte del lugar alcanzado por los psicólogos clínicos ha sido posible por haber estado unidos a la Psiquiatría y, temen que si hay una separación entre ambas en estos tiempos de crisis y recortes, se pueda prescindir más fácilmente de los psicólogos, si están solos.

*Pero eso es un error porque cargarse la Salud Mental como tipo de red y de varios profesionales. El que haya varios profesionales y varias tareas a mí me parece más rico que el psicólogo por aquí y el psiquiatra por ahí. Lo primero porque el psicólogo va a perder ahí su lugar porque aquí va a ser todo la psiquiatría, de hecho ahora lo que viene es una cosa hospitalaria y psiquiátrica y va a caer algún psicólogo en los hospitales, con lo cual yo no le veo viabilidad y además yo prefiero, yo apoyo lo que hasta ahora han sido los Servicios de Salud Mental Comunitarios por lo menos yo lo veo así, más rico de trabajar. Es complicado, no lo sé (EPSCL)*

*Tal y como están funcionando que nos vamos quedando como alguien aislados en la consulta. Yo cuando veo consulta de psicología, a mí me chirría y me incomoda, vamos acabar externalizados, ése es mi gran pesimismo, ¿por qué? porque acabamos con una tarea muy específica y muy aislada del resto. Nuestra propia tumba ¿no?, o sea, aislada, aunque sea... (GD1)*

*Entonces somos pocos todos los psicólogos, que somos pocos en el Colegio de Psicólogos como institución que nos agrupa a los psicólogos; clínicos y no clínicos, entonces yo creo que hemos ido teniendo espacio y poder a base de unirnos en Salud Mental con psiquiatría (GD6)*

Igualmente ven peligrar el trabajo del psicólogo clínico con los denominados trastornos mentales graves y quedar reducida su intervención a los problemas más leves.

*lo que podemos es efectivamente convertirnos de verdad en un escalón inferior ¿no?, porque el trastorno mental grave va a caer en manos de los psiquiatras y luego ya veremos si en algún momento, en algún dispositivo ya de rehabilitación o no sé, o porque tú le caigas bien al psiquiatra de al lado, te diga: "oye, pues este psicótico, míramelo tú también". Entonces quizás es lo que digo, que quizás por ganar independencia, lo que hacemos es quedarnos para la neurosis así ¿no? y duelos y cosas así que están muy*

*bien, que también hay que trabajarlo y que nadie lo desdeña, pero nos podemos quedar un poco... (...) creo que valemos para mucho más y de hecho a mí el trabajo me parece más interesante, a mí personalmente, el trastorno mental grave (...). Entonces si lo separamos del todo, Psicología clínica de psiquiatría, yo creo que sí que nos van a derivar muchos menos, a lo mejor, nos pueden derivar más otras cosas, que igual tienes tú razón que hay que diferenciarlo en ese sentido (GD7)*

La separación también conllevaría la ruptura del modelo comunitario, uno de cuyos ejes es el trabajo en equipo.

*ahí hay mucho cacao, hay una confusión terrible. Pero bueno, el argumento de que no hubiera servicios de Psicología clínica era defender la psiquiatría comunitaria, entonces nos está bien empleado lo que nos está pasando porque ni una cosa ni otra (EPSCL)*

*¿qué es un psicólogo en un hospital general funcionando como una entidad?, pues bueno, pues sí, posiblemente podía funcionar, pero igual tan libremente como puedes funcionar dentro de un equipo con todas las ventajas que supone funcionar en un equipo ¿no? Cuando en ese equipo te encuentras, te encuentras bien, claro, si estás ahí absolutamente a matar, estás con muchas diferencias de opiniones, de manera que no se pueda hacer un trabajo, pues claro, eso es un bloqueo (GD5)*

Por último señalan que esta separación puede redundar en perjuicio del propio paciente al dificultarse la comunicación entre Servicios.

*todo esto de separar servicio y no sé qué, lo único que hace es montar un cipostio administrativo, que al final no sabe uno dónde termina el paciente, no hay comunicación entre los equipos y bueno todo esto está, se está viniendo abajo y se lo están cargando poco a poco (GD7)*

*Yo el inconveniente que le veo es igual que la criba que hace el médico de cabecera de psiquiatra, psicólogo, que al final el departamento de psicología esté supeditado al de psiquiatría y no sea tanto profesionales de Salud Mental, que es lo que yo es la pega que le puedo ver. (GD8)*

*se me ocurre otro inconveniente más ¿no?, que es que si hay dos servicios divididos, se sigue peloteando al paciente (GD8)*

## **Independencia: we can**

La segunda posición de creación de Servicios de Psicología clínica y de la salud es defendida por un sector de los psicólogos clínicos vía homologación, los vía PIR y de los PIRes, de orientación sistémica, integradora y casi unánimemente por los psicólogos de orientación cognitivo-conductual, sean o no especialistas.

*yo era de las que votaban porque se hicieran servicios independientes de Psicología clínica, entonces ahí me tuve que confrontar a todo un sector de mis compañeros que andaban todavía con la poesía de la psicología comunitaria que por cierto, yo es que creo que no la he conocido, pero bueno ellos seguían diciendo que ¡claro!, que si había servicios independientes que se desmantelaba el modelo comunitario (EPSCL)*

*yo echo de menos que haya un equipo de psicólogos, un Servicio de Psicología de la Salud o un Servicio de Psicología en el hospital, en el que podamos compartir experiencias más allá de eso, de problemas mentales (GD9)*

Los psicólogos que, con más claridad, plantean esta independencia son, sin duda, los de orientación cognitivo-conductual que parten de la premisa teórica de que psiquiatría y psicología tienen dos paradigmas diferentes.

*La jefa trabaja muy bien lo de que debemos ser iguales, a mi me parece que iguales no debemos de ser porque tenemos dos paradigmas distintos, yo nunca me he considerado que me parezca a un psiquiatra, ¿qué pasa?, que, desgraciadamente muchos de ellos quieren también pensar como nosotros, y ha habido conquista de la psicoterapia, como yo les digo o somos uno y todos tenemos los mismos privilegios o entonces deberíamos tener cada uno nuestra propia identidad con los beneficios y perjuicios de cada identidad (EPSCL)*

El argumento fundamental para la independencia es no depender de lo que decida el psiquiatra que tiene que hacer el psicólogo

*La idea es no ser unos meros adláteres de Psiquiatría (...). Con Psiquiatría nosotros jamás vamos a tener estatus propio (...). Psiquiatría no quiere que nos independicemos, está aprovechando la formación, la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental para volvernos a llevar al redil. (EPSCL)*

*ahora lucho por la independencia, quiero decir, vamos a ver que yo pueda tratar con psiquiatría, tratar con pediatría, con neurología, con medicina interna ¿no?, pero no que el psiquiatra decida qué es lo que yo veo o que el psiquiatra me diga cómo tengo que trabajar (GD6)*

y ganar independencia para relacionarse con otros especialistas.

*llega un momento en que los psicólogos teníamos que tener capacidad de autogestionarnos, de salir estrictamente del Centro de Salud Mental y de decir, bueno, vamos a tener un servicio y entonces nosotros tenemos nuestros programas de intervención con psiquiatras (EPSCL)*

*pero que igual sí, que igual por ese lado, podríamos convertirnos en un Servicio que tuviera relación con otros servicios ¿no?, que no sea sólo solamente psiquiatría.(GD7)*

*Si esto fuéramos dos secciones y yo tengo que negociar con el jefe de Oncología pues es mucho más fácil, porque ya vemos, nos partimos de qué forma (...) Por supuesto, yo creo que el destino tiene que ser ése,*

*evidentemente, porque hay un desarrollo porque un psicólogo clínico, ahora los de gastro lo quieren desarrollar un Programa de psicología, no quieren hacerlo con psiquiatría, quieren hacerlo con psicología. En oncología no hace falta un psiquiatra, sí hace falta un psicólogo, porque ya para médicos ellos ¿no? y así si hace falta algo más específico, pues yo mismo como psicólogo clínico interconsulta con un psiquiatra. Sí, yo creo que nos daría, nos daría un posicionamiento, poder que es de lo que se está hablando (EPSC)*

**Este Servicio agruparía a todos los psicólogos y desde ahí se establecería la relación con el resto de los Servicios,**

*era una cuestión de hacer una organización que realmente se agrupara y, sobre todo, que nosotros diseñáramos nuestros programas de intervención, o sea, pues vamos a trabajar con el digestivo, así con cardiología, así con tal, tal, tal y con psiquiatría evidentemente, pero vamos a trabajar como un servicio pues que tiene programas de colaboración y además así te quitas esa especie de coladero ¿eh?, de todo lo que no le gusta a los psiquiatras te lo manda a ti para que hagas psicoterapia, aunque sea un psicótico deteriorado de hace veinticinco años (EPSC)*

*Yo he trabajado con Oncología y el jefe me ha pedido que vaya a trabajar con él, en la propia Dirección médica y yo le he dicho que sí, pero claro, a mí no me sueltan, ¿me explico?, si esto fuera independiente, yo lo organizo (EPSC)*

*La Psicología como Especialidad tiene que ocuparse de muchas cosas primarias pero también de cosas secundarias, tan importante como las primarias, todo eso hay que repartirlo desde Servicios de Psicología en el organigrama del sistema público. Igual que medicina se ha ido subespecializando en Psicología clínica tendría que ser igual, a lo mejor un psicólogo más generalista en Centros de Salud Mental, otros que atendieran lo derivado de patologías graves, los problemas oncológicos, cardiológicos, (EPSC)*

*Pero yo creo que nos hacen pensar así, nos hacen pensar así, me refiero, no habéis pensado en tabaquismo, que os puede derivar en relación al tabaquismo, cardio, neurología, onco, hay muchísimos servicios que necesitan psicología y estamos, y de hecho, alguien en neuro puede estar tomando una medicación farmacológica y puede estar viendo al psicólogo al mismo tiempo (GD7)*

*eso es lo que debería haber a nivel hospital integrarse, todos los psicólogos clínicos tanto si trabajan en Salud Mental como en otras unidades, debería haber una Unidad de Psicología clínica que diera cuerpo y supiera saber cuál es el objetivo en un hospital en los distintos campos, eso sería el ideal desde mi punto de vista (EPSC)*

*estructuralmente aunque funcionalmente dependiera del jefe del Servicio de .... ¿vale?, porque eso me llevaría a tener sesiones clínicas también con los psicólogos, formación permanente, investigación en común, etc., y dinámica de apoyo mutuo, porque a veces me siento solo y estoy más perdido... (GD9)*

**incluyendo de manera preferente el de Psiquiatría de manera que, desde la coordinación en igualdad, no se pierda el modelo comunitario.**

*Yo quería aclarar que cuando yo he dicho que habría que separar los servicios, en ningún momento he querido decir, la separación para que luego no se pueda hacer este modelo que estamos comentando que yo creo que todos estamos de acuerdo, en que hay que trabajar en un modelo comunitario que sería lo ideal y que por supuesto en conjunción, porque yo no puedo ser un servicio independiente de psicología sin relacionarme, pues esto es, con el terapeuta ocupacional que yo también tengo la suerte de estar con él y aprender muchas cosas, interaccionar con él. Con los enfermeros de Salud Mental que tenemos allí, con los psiquiatras y hay muy buen rollo en plan equipo, porque es que trabajamos en equipo, pero los Servicios están separados. (GD7)*

*yo creo que puede haber dos servicios que funcionen de una forma coordinada y en equipo, pero con una valoración independiente. (GD6)*

**Otra ventaja la establecen en la posibilidad de creación de más puestos de trabajo,**

*podríamos aumentar el número de profesionales de la psicología ya que ahora mismo somos muy pocos ¿no?, al separar los servicios y a lo mejor equiparar en vacantes, en plazas, en puestos de trabajo el Servicio de Psiquiatría y el Servicio de Psicología, se me ocurre, es como algo que he aventurado ahora mismo ¿no? Como siempre son mayoría psiquiatras y minoría los psicólogos.(GD7)*

*Sería interesante que hubiera un Servicio de Psicología clínica, donde el jefe fuera un psicólogo o una psicóloga y con una independencia en funcionamiento, en dotación o recursos, (GD6)*

**aumentar la visibilidad de la Psicología en el hospital**

*a lo mejor nos ayudaría a crear realmente una posición en un hospital y que nos conociesen porque no nos conocen. Cuando en oncología piden un psicólogo de afuera o de la Asociación contra el Cáncer es porque, "¡ah!, ¿pero eres de Psicología clínica?, ¡ah!, si no sabíais que existíais, que estabais", es desconocimiento. (GD7)*

*mientras no haya un Servicio de Psicología clínica, las dificultades para ser visibles las vamos a seguir teniendo, en otros sitios, los psicólogos no pueden presentar sesiones clínicas a no ser que estén acompañados con un psiquiatra que lleve ese caso (GD4)*

**y defender mejor los intereses de los residentes de Psicología clínica.**

*a mí me vendría muy bien que existiese un Servicio de Psicología y que mi tutora sí que fuera jefa de un Servicio de Psicología clínica y tuviera un puesto fijo y pudiera defender a los residentes de psicología desde un Servicio de Psicología, siendo jefa de un Servicio de Psicología, eso probablemente a mí me beneficiaría y sería pues..., aunque dijeseis antes que esto al paciente en qué lo beneficia o al hospital, yo creo que sí que se reconocería más el Servicio y se conocería más y eso nos haría más..., más fuertes.(GD7)*

*en el departamento de psicología y llevamos cosas diferentes, quizás podría ser un poco a este tipo de pacientes que imagino que también habéis visto que os llegan derivados de médico de familia que no les pasa nada, que son códigos zeta ¿no? o problemas de relación (GD8)*

Los Residentes se muestran escépticos con esta posibilidad fuese admitida porque no sería un Servicio que recetase fármacos y por lo tanto sin interés para las compañías farmacéuticas.

*Y la psicología, bueno, pues un elemento allí incipiente que está surgiendo, que ha generado incomodidad en muchos colectivos, porque todo al final, porque al final no deja de ser una especie de ecosistema, en el cual, bueno, unos depredadores que quieren cogerse una presa tal y entonces compiten entre ellos ¿no?. Problema fundamental que veo yo, que desde el punto de vista económico que al final es casi lo que mueve todo, el dinero lo mueve todo (GD8)*

*rentable socialmente, claro, rentable socialmente pero no para las farmacéuticas, que es el problema, que es el poder que tienen (GD8)*

En definitiva ayudaría a la consolidación de la Psicología como ciencia y como disciplina.

*Es decir, tendrían que tener el mismo desarrollo que tienen otras especialidades, sin embargo no en todos los hospitales está la Unidad de Docencia, la Unidad de Psicología clínica con sus jefaturas, todo eso está sin desarrollar, pero se tendría que desarrollar porque normativamente está previsto. Entonces ahí estamos a años luz de que se consolide como ciencia y como disciplina y como especialidad a nivel hospitalario y ahí hay que desarrollar todo eso, a ver quien lo desarrolla. Los jóvenes que vengan y que exijan jefaturas, que exijan Unidad de Psicología clínica o Servicios de Psicología (EPSC)*

Una variante en la búsqueda de independencia es la inclusión de psicólogos, clínicos, o no, en diferentes servicios,

*igual que creo que tendrían que existir en otras plantas de hospitales no solamente en psiquiatría, en la UHB, sino en oncología, en la clínica del dolor, en no sé qué, creo que sí, que limitarnos a lo que es la Salud Mental, nuestra profesión es mucho más amplia que todo eso y hacemos falta en más sitios (GD1)*

aunque las desventajas son grandes y lo que se puede hacer se cubriría desde un Servicio de Psicología clínica y de la salud.

*Pero me parece un empobrecimiento enorme estar trabajando tú en una isleta ahí, tú sólo buscando, a mí me parece un error, me parece un error, porque el psicólogo en un equipo de trabajo, tiene muchas cosas que aportar y no estar trabajando sólo ahí en una isleta, yo qué sé, en neurología o en pediatría o con cirugía bariátrica como decías, que claro, que puedes ejercer unas funciones tú individualmente para*

*ahí y eso va a depender de que respeten tu cualificación ¿no?, si la respetan pues perfecto que lo puedes hacer, pero yo creo que nos interesa como psicólogos no estar ahí como cuenta gotas, así cuatro gotitas salpicados en cuatro hospitales, eso qué se llevan el gato al agua, cuatro psicólogos que estén en cuatro hospitales, no creo que eso tenga mucho sentido, bueno, sí, cuatro contratos laborales ¿no?, pero si es que se consiguen hacer y en esta época lo veo bastante complicado, creo que debe hacerse desde una visión más amplia y sin perder ahí posibilidades de intervención en distintos niveles, no montar un chiringuito en un departamento porque el jefe de pediatría, de neurología o de hematología o de cuidados paliativos vean la necesidad de tal, estoy hablando como un programa de psicología. (GD5)*

*Gravisísimo error integrarse el psicólogo en otros servicios, va perdiendo su especificidad y debe pertenecer a un cuerpo disciplinar de especialista y desde ahí participar en los otros sitios (EPSC)*

**En los intentos de ganar más autonomía también hay una cierta dosis de autocrítica,**

*Yo, yo, al principio pensaba que era mucho mejor esto ¿no?, lo que estabais comentando, un Servicio de Salud Mental integrado, pero luego me he dado con la cabeza en la pared y he dicho, es que hay cosas que son imposibles y punto (GD3)*

*Pero a mí esa especie de igualitarismo, yo de verdad, lo tengo que decir aquí siempre me ha desesperado, me ha irritado desde los tiempos de mi formación, cuando era joven, tenía una sensación de que me estaban estafando, de que me estaban proponiendo ser psiquiatra, picaba, quería serlo y con el tiempo me he dado cuenta que yo no soy psiquiatra y que no quiero serlo. (GD1)*

*hemos estado luchándolo por ello, planteándolo, discutiéndolo, debatiéndolo, sufriendo durante muchos años los psicólogos de la Sanidad Pública, que es el reconocimiento y que se plantee, a donde haya que plantear, el Servicio de Psicología clínica, como un servicio, una especialidad más dentro de la Sanidad Pública, pues yo me alegraría muchísimo.(GD4)*

*yo lo defendería también, o sea, una independencia; Servicio de Psiquiatría, Servicio de Psicología clínica porque me parece que si no estamos siempre como supeditados al jefe del servicio que va a ser un psiquiatra siempre y que en función de quién sea, bueno pues se le puede notar menos o más (GD6)*

*la formación que tenemos los más viejos y los vicios que tenemos de organización, de desarrollo profesional, yo creo que en muchos casos nos hacen marcarnos un techo en ese sentido y colocar la posibilidad de ese desarrollo en estructuras organizativas (EPSC)*

**incluyendo el miedo de asumir altas cotas de responsabilidad por falta de una identidad consolidada**

*De repente yo me veía ante la posición de decir, y a ti te dicen que: “venga, tú, jefe del Servicio de Psicología”, me entró tal acojone que no vi claro eso.(GD1)*



*Yo creo que más que por nuestros más y nuestros menos con psiquiatría, que también, por nuestros más y nuestros menos con nosotros mismos,  
...sí también, no tenemos una identidad...  
...para poder,  
...una identidad digamos muy consolidada.  
o estamos convencidos, al menos yo eso es lo que palpo a veces, de que lo nuestro vale, de que somos capaces de resolver, de que somos eficaces, de que esto funciona (GD6)*

y el no haber valorado bien las resistencias del propio sistema sanitario, y sus profesionales, al cambio que podía suponer tener más poder y más capacidad de decisión por parte de los psicólogos,

*El gran error que cometí es que no me dí cuenta de dónde estaban los demás, yo con un modelo de capacitación, de compartir, lo que generé fue inseguridad y miedo (...) lo que no tuve en cuenta fue al sistema (EPSCL)*

*o poniendo las expectativas en la creación de Servicios independientes por la imposibilidad de alcanzar desarrollos profesionales en el marco actual la formación que tenemos los más viejos y los vicios que tenemos de organización, de desarrollo profesional, yo creo que en muchos casos nos hacen marcarnos un techo en ese sentido y colocar la posibilidad de ese desarrollo en estructuras organizativas (EPSCL)*

reconociendo la necesidad de la formación en el manejo de la dinámica institucional para dirigir o que funcione bien un Servicio independiente en el marco del hospital.

*El final sería el Servicio de Psicología independiente pero para llegar ahí habría que tener una formación muy grande que te permitiera tener un dominio del hospital que si no lo tienes te vas a convertir bueno como un...¡que venga el psicólogo! (EPSCL)*

*Si no se sabe de otras cosas y no se hacen rotaciones de otras cosas, un Servicio de Psicología solo sería una catástrofe (EPSCL)*

### **La Tercera Vía: compartir un poco más el poder**

La tercera posición es defendida por la mayoría de los psiquiatras responsables de Centros, por el sector mayoritario de los psicólogos clínicos vía homologación y de los PIRes, de todas las orientaciones, incluyendo algún profesional de orientación cognitivo-conductual.

Esta postura intermedia, por parte de psiquiatras, plantearía un mayor acceso de los psicólogos clínicos al poder partiendo de la integración de los mismos en los Servicios de Psiquiatría: es compartir algo más el poder de los psiquiatras.

En todo caso, los más 'atrevidos' plantean el cambio de denominación de Servicios de Psiquiatría a Servicios de Salud Mental (una denominación que utilizan algunos es transicional entre las dos: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental) para dar cabida a las dos especialidades en 'igualdad' de condiciones

*yo soy defensora de una estructura conjunta de Salud Mental, no veo el sentido esto de los servicios diferenciados, lo mismo que me parece un anacronismo lo de Servicio de Psiquiatría, me parecería un anacronismo el Servicio de Psicología clínica, pero entiendo que ahora mismo partiendo de la base de que claro, si fuera un Servicio de Salud Mental podría ser el responsable o la responsable un psiquiatra o un psicólogo clínico (EPSQ)*

*Yo no sería favorable a que estuvieran independientes los servicios de psicología, creo que ganamos más estando juntos, nos podemos entender, lo que pasa es que claro, eso tendríamos que tener la suficiente también flexibilidad como para que los responsables de esos servicios de psicólogos y psiquiatras pudieran ser indistintamente psicólogos o psiquiatras, cosa que a día de hoy por la legalidad vigente no se puede (EPSQ)*

*a lo mejor hacemos algún tipo de estructura en alguna jefatura de sección al menos dentro para que lo mismo que en enfermería tiene una estructura, aunque sea dentro de esa cosa matricial que nosotros tenemos, pues que exista como una Unidad de Psicología clínica que tenga también un funcionamiento autónomo pero dentro de Salud Mental. A mí esto de la diversificación me parece que es ir para atrás, lo mismo que me parece que es ir para atrás un centrado por un lado, otro centrado por otro, me parece que es ir para atrás, entonces yo lo vería a nivel general, ahora entiendo que tiene que haber un reconocimiento explícito más claro que el que hay (EPSQ)*

Los psicólogos clínicos que se colocan en esta posición mayoritariamente aceptan la unión entre Psicología clínica y Psiquiatría (el término Salud Mental englobaría a ambas) pero reivindican un mayor reconocimiento del psicólogo clínico y una mayor apertura de ambos al trabajo con otros Servicios hospitalarios a través de la interconsulta.

*Claro, en relación a esto ¿no?, de hacer pues una Psicología clínica independiente de la psiquiatría o el tema éste del psicólogo general. Yo me parece que es rizar el rizo, yo creo que la clínica está unida a la clínica, a psiquiatría ¿no?, pero no supeditada ¿no? y lo que sí que me parece es que lo que se necesita es un reconocimiento del psicólogo clínico, la función del psicólogo clínico ¿no? que es una pelea, que bueno, pues se sigue haciendo ¿no? y que parece que no se termina nunca. (GD5)*

*que hubiera sólo un Servicio de Psiquiatría y no hubiera sólo..., o de Psicología clínica que no tenía por qué ser nosotros ganamos o vosotros ganáis ¿no?, sino puede ser de Salud Mental y estar todos integrados y aquello está allí en el aire, ésa es la idea que se dejó ahí y no sigue, también porque hay muy pocos facultativos en el hospital (GD6)*

*a mí me parece que los servicios deben ser de Salud Mental, que luego haya secciones de psiquiatría, secciones de psicología y que si el jefe de ese Servicio de Salud Mental pudiera ser cualquier facultativo psiquiatra o psicólogo que esté trabajando ahí, totalmente de acuerdo, pero el hacer servicios, el atomizar la Salud Mental me parece un riesgo enorme, me parece una desventaja.(GD3)*

*Una Unidad de Salud Mental que no desdeñara la psiquiatría por un lado, pero por otro lado reforzara la Psicología clínica lo que es en ámbito general en un hospital trabajando en las distintas especialidades, (GD6)*

*si hay una buena relación, si el Servicio de Salud Mental es que no es el Servicio de Psiquiatría, es el Servicio de Salud Mental y el Servicio de Salud Mental está compuesto por psiquiatras, por psicólogos, por enfermeros especialistas, por trabajadores sociales, por terapeutas ocupacionales. Me parece que habría que cambiar ya de por sí la denominación (GD7)*

*Habría que pensar yo creo por una sección dentro de un hospital, de interconsulta o una interconsulta bien montada de psicólogos clínicos o con un psiquiatra de referencia o lo que sea, diferenciado del Centro de Salud Mental, (GD7)*

*Claro, sí, yo también estoy un poco de acuerdo de que, o sea, tan malo es unido ¿no? como separado, o sea, yo abogo un poco más por el hecho de Salud Mental ¿no?, el nombre de Salud Mental los dos unidos, pero con Salud Mental habría un cambio (GD8)*

Los psicólogos clínicos más veteranos, aunque opten por la independencia y la igualdad organizativa, por ejemplo, son conscientes de las dificultades y 'se conforman' con ganar grados de autonomía, por ejemplo Unidades o Secciones de Psicología clínica dentro de los Servicios de Psiquiatría,

*En el hospital debiera haber un equipo de Salud Mental que tuviera sus dos cabezas, o sea, de Psicología clínica y Psiquiatría que trabajaran en comunidad de Salud Mental, pero yo no creo que se entienda eso, lo más que se hará es que tendrán en la Unidad de Psiquiatría una Unidad de Psicología clínica, que ya no sería poco y luego ya sería un trabajo de profesionales de que trabajar interconsulta y coordinadamente, pero esa idea de que la Salud Mental en equipo donde todos somos muy majos y nos coordina-*

*mos y nos complementamos, pues yo llevo ya no sé cuántos años, treinta y tantos diciendo, coordinación, coordinación y complementariedad (EPSCL)*

*Nos serviría todas las discusiones nuestras internas son discusiones de poder, si no es que yo no quiero el poder, yo tampoco quiero que lo tengan ellos de esta manera ¿no? Es decir, que nos usen porque ahora, para algunas cosas somos todos iguales, pero para otras no somos todos iguales (EPSCL)*

*creo que tiene que haber, no nos podemos separar tanto, pero creo que tendríamos que partir de una autonomía que no tenemos para poder coordinar, porque, o sea, creo que podemos ser complementarios pero estamos en precariedad siempre. (GD5)*

*yo vengo planteando hace mucho tiempo que se separen en dos secciones: psiquiatría por una parte y psicología por la otra, de manera que nosotros podamos tener nuestra propia Jefatura, nuestras propias decisiones y trabajando con ellos, pero separados y no revueltos, para que podamos hacer nuestra propia estrategia y nuestras condiciones. Los psiquiatras no quieren, ninguno, ni desde el jefe hasta el último psiquiatra, nadie, porque no les conviene simplemente. (EPSCL)*

*A nivel organizativo a lo mejor tienen que estar adscritos a Psiquiatría pero desde un punto de vista funcional, porque en algún sitio tienen que estar, ahora también algunas especialidades, en la medida que les dejan, contratan directamente a psicólogos, no sé si para los pacientes o para los propios médicos que tiene mucha movilidad emocional pero tienen que depender de algún sitio, del Servicio de Psicología (EPSCL)*

**dadas las dificultades relacionadas con la falta de madurez y formación profesional.**

*Si no se sabe de otras cosas y no se hacen rotaciones de otras cosas un Servicio de Psicología solo sería una catástrofe porque se quedaría en pequeños consejos, no sé cómo se articularía, pero la formación del psicólogo que no haya tenido la oportunidad de ver la patología neurológica y psiquiátrica se queda muy pobre, muy pobre y muy escaso y con muchos errores diagnósticos o te quedas como he visto a algún compañeros pues dando consejo, haces la visita de no sé qué, das apoyo, pues esa figura del psicólogo como..que a mí me parece empobrecida, del apoyo psicológico. Yo no me ,desvincularía de Psiquiatría del todo, no sé si a nivel de función (EPSCL)*

*hay que tender hacia Unidades de Salud Mental porque el paciente es uno, entonces y se le supone que el protagonista es el paciente el que está en el centro del círculo y entorno a él estamos los distintos profesionales ¿no? Eso yo creo que a lo que tenemos que tener, ahora me falta, o sea, me da la impresión de que no tenemos madurez profesional todavía para eso. (GD6)*

## LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Analizaremos en este apartado la percepción que sobre la Especialidad tienen los entrevistados.

Es unánime la consideración de los psicólogos clínicos como Facultativos Especialistas a todos los efectos legales, equiparados en cuanto a condiciones administrativas y laborales a cualquier Facultativo Especialista Médico. Eso no se cuestiona, incluso los psiquiatras con más poder se jactan de haber contribuido a dicha equiparación, a pesar de que la cultura sanitaria dominante le reserva en exclusiva al médico el patrimonio de ser facultativo.

*Yo tenía entonces un eslogan que repetía despertando muchas, vamos no hacía amigos precisamente, quiero decir, que los psiquiatras y los psicólogos clínicos teníamos que ser como los cardiólogos, entonces que si no había distrito de cardiología pues porque ¡puñeta! había distrito de Salud Mental y eso pues no me hizo amigos precisamente (EPSQ)*

Para todos, y en especial para los psicólogos clínicos, la consecución de la Especialidad, supone un avance significativo

*somos facultativos y tenemos la misma, digamos titulación profesional y por tanto autoridad para hacer diagnósticos, lo mismo que el neuropediatra o el psiquiatra y yo creo que esto sí que se ha avanzado, o sea que se ve y de hecho la demanda, pues yo te puedo enseñar mis demandas, pues todos los días Psicología clínica y aquí están llenas las consultas, incluso ya si conocen a los profesionales pues piden ir con la agenda, que abran la agenda del profesional tal y te piden, o sea que se acepta ya la importancia y el aporte que pueda hacer el psicólogo clínico tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio en el campo de la salud, o sea que en eso hemos avanzado mucho (EPSCL)*

y la autoimagen del colectivo es bastante positiva debido al notable reconocimiento de los psicólogos clínicos por parte de la población y de otros profesionales sanitarios tanto de Atención Primaria como hospitalarios,

*somos una perita en dulce, somos una perita en dulce; primero, porque la gran mayoría de los psicólogos clínicos tienen una formación tremenda, una experiencia tremenda, un saber hacer impresionante, se han estado formando en montones de ramas, en montones de aspectos, de formas de Terapia, bueno, yo*

*todos los que conozco, o sea perita en dulce. Un reconocimiento por los médicos de Atención Primaria increíble, un reconocimiento por la población increíble, quiero decir que en ese sentido, perita en dulce y sin embargo, pues ahí, ahí estamos. (GD4)*

*La Psicología clínica cubre un amplio espectro que no cubre ni la medicina ni la psiquiatría y tiene una gran demanda social (EPSCL)*

*Yo conozco a mucha gente en los Centros, la verdad es que están encantados, o sea, el paciente que va allí cumple con él las expectativas que tiene (GD4)*

## **a pesar de la escasez de recursos**

*hay pocos recursos y en eso pues a veces pues es lo que genera la mala imagen, es decir que no es que la psicología no sea reconocida y que los profesionales no estemos capacitados, sino que a veces la gestión del trabajo pues debido a la demanda excesiva, a todas estas variables que contaminan las intervenciones pues no se perciba la eficacia o la rentabilidad que pueda tener la intervención de la Psicología clínica, pero nadie cuestiona ya hoy el protagonismo que pueda tener y el papel que puede desempeñar y lo rentable que puede ser la figura del psicólogo clínico (EPSCL)*

**y de la poca consideración que desde la Administración se tiene a la Psicología clínica.**

*Desde la organización y planificación por parte de los responsables se tiene poco en cuenta a la Psicología clínica o a la psicología en general (EPSCL)*

*Cuando se planifica qué recursos hacen falta siempre piensan en el doble de psiquiatras que de psicólogos y esto contrasta con la demanda de la gente, por ejemplo, en Atención Primaria donde la gente dice “por favor, mándeme a un psicólogo” porque quieren que un psicólogo les oriente sobre su malestar, no voy a decir patología (EPSCL)*

*La psicología se consolida mucho a nivel social pero no tiene ese correlato a nivel profesional (EPSCL)*

## **Jóvenes, somos aún tan jóvenes.....**

El principal argumento común a todos los investigados para explicar muchas de las dificultades encontradas por la Especialidad es su juventud. La juventud de la Especialidad en Psicología clínica (el primer Especialista con el título oficial data del año 2003) y su histórica dependencia a todos los niveles de la profesión médica, principalmente de la Psiquiatría, no le ha permitido todavía alcanzar, dentro de la cultura sanitaria general (y menos

en la hospitalaria) el estatus y reconocimiento que le proporciona la actual legislación.

*quizás porque estamos muy desorientados y también somos una especialidad joven, estamos recorriendo lo que otros han recorrido durante muchos años, somos una especialidad joven y nos ha pasado esto pero tendremos que ir encontrándonos (EPSC)*

*Los psicólogos no hemos tenido medios, somos una profesión joven, poco valorada, que se ha considerado fácil, se han perdido conceptos globales de qué es la psicoterapia, se han hecho escuelismos en la Facultad, de radicalismos que son más bien ignorancia, en la Facultad ha habido mucha ignorancia, defensiva, yo lo entiendo pero.... (EPSC)*

*yo creo que falta tiempo o madurez en la especialidad (GD3)*

*Yo creo que la psicología es una ciencia recién nacida ¿no?, es decir, la medicina no tiene que demostrar nada, la arquitectura tampoco, el derecho tampoco, pero nosotros somos recién llegados, aunque sea, un segmento de nuestra vida lo ocupa toda nuestra vida ¿no? Y nosotros sí tenemos que demostrar cosas, tenemos que demostrar que eso sirve para algo, la necesidad del psicólogo, etc, etc, etc. (GD4)*

*Pero quiero decir, que todavía la profesión que estamos es nueva, aunque nosotros seamos viejos, todavía la profesión es nueva, más nueva que nosotros. Nosotros nos acabamos y la profesión sigue y avanza ¿no? (GD5)*

*hay muchas dificultades, una de ellas es ésta ¿no?, que tenemos poca historia y tenemos nuestros más y nuestros menos con la psiquiatría y yo creo que todo eso hace, bueno, pues como colectivo no seamos fuerte y yo creo que por cuestiones políticas y económicas cada vez más reducida. (GD6)*

Esta juventud todavía es más atribuible a la Psicología en el campo más médico y no exclusivamente psiquiátrico.

*es una ciencia muy joven la psicología y venimos a entrar en un mundo médico que es normal que esté dominado por médicos, porque lo que estamos viendo en Psicología de la Salud que son enfermedades físicas porque todavía no hemos trabajado mucho el tema de la psicoimmunología, o sea, estamos muy en pañales como decías antes ¿no?, entonces todavía queda mucho trabajar. (GD9)*

Otra característica importante de la Especialidad es que, a fecha de hoy, la gran mayoría de Especialistas lo son por homologación, por la vía extraordinaria para adquirir el título dado que ya estaban trabajando en el sistema sanitario público cuando se aprobó la creación de la misma. Esto implica que más de un 75% de los actuales psicólogos clínicos no se han

socializado en lo sanitario a través de la formación PIR y que la formación adquirida fue por la práctica y por canales privados con una notable heterogeneidad y diferentes niveles de calidad. Estos psicólogos clínicos son los que han ido dando cuerpo a la Especialidad, al ser los tutores de los PIREs, y han ofrecido una imagen no demasiado uniforme cara al resto de Facultativos sanitarios.

Es unánime la percepción de que la Especialidad ha sido un extraordinario logro para la profesión y que ha cobrado carta de naturaleza con la instauración del programa de formación PIR primero en tres años y a partir de 2009 en 4 años como el resto de las especialidades sanitarias.

Igual de unánime es la opinión de que las plazas de PIREs convocadas anualmente, y por lo tanto los que acaban siendo especialistas, son claramente insuficientes para atender adecuadamente los problemas psicológicos de la población desde el sistema sanitario público. Inevitable es la comparación con las plazas de Psiquiatría que superan con creces las de Psicología clínica.

*yo estoy a favor ¿no? lógicamente de que se aumente el número de plazas, de que se aumente el número de profesionales, siempre y cuando sean especializados, es decir que tenga la especialidad de Psicología clínica porque podemos poner parches aquí o allá, o sea, pero realmente la buena forma de hacer las cosas yo creo que es aumentar el número de plazas de Pires a la necesidad que tenga la población en un momento dado, y ahora vemos que la necesidad supera con creces el número de profesionales que hay, pero dichos profesionales deberían crecer con la misma calidad que tienen ahora los Pires (GD6)*

### **.....Y ya en peligro de extinción**

Junto al reconocimiento de los problemas de juventud se encienden todas las alarmas en la situación actual y para el futuro próximo, como si antes de consolidarse la Especialidad ya estuviera en peligro de extinción debido a varias causas.



*Es decir que ha evolucionado mucho ¿no? yo creo que a peor, a peor y ¿qué consuelo me queda?, que me quedan dos años de estar en la sanidad pública (...) yo veo que el desarrollo está cada vez más coartado ¿no?, cada vez más coartado el desarrollo. (GD5)*

**Por un lado a la falta de un modelo de intervención común por parte de los profesionales,**

*el futuro de la Psicología clínica yo lo veo chungo, lo veo chungo, por eso porque creo que estamos como muy desprotegidos, nos hemos dividido muchísimo y entonces ahora pues es una dificultad el intentar saber, que no sabemos ni qué modelo queremos, porque yo incluso en el peor de los casos, digo pues a mí tampoco me importaría si le hospital me dice, pues trabaja por programas, pues trabajo por programas. Es que yo ahora yo ya no definiendo nada más que la calidad profesional (EPSCL)*

**por la creciente disminución de puestos de trabajo y en condiciones precarias,**

*yo también soy pesimista, pero en otro sentido, no en el sentido de que el psicólogo tenga menos consideración que el psiquiatra, que en qué vamos a quedar, sino de la situación de la sanidad, a mí me parece horrorosa dónde vamos ¿no? Creo que en lugar de hacer una atención en Salud Mental Comunitaria nos vamos a convertir en consulta, consulta, consulta, por una cuestión obvia y es que cada vez somos menos, cada vez la población es más exigente de atención en Salud Mental, por lo menos en los Centros de Salud Mental (GD1)*

*Sí, sólo hay dos, había tres y se acaba de jubilar la tercera en diciembre y parece ser que la van amortizar. (GD6)*

*estamos, poco respaldados por la administración porque el noventa por ciento de los facultativos que estamos, el noventa estamos eventuales, es decir, de once psiquiatras más seis psicólogos que hay entre adultos e infantil, hay tres indefinidos, el resto estamos eventuales (GD6)*

*voy a causar los menos problemas posibles porque la gente que causa problemas, pues al final acaba saliendo, sobre todo si eres interino o eres eventual (GD6)*

**por la escasa consideración por parte de la Administración de la especificidad de un trabajo psicológico de calidad,**

*con estas normativas que nos están dando, se ha perdido completamente la especificidad del trabajo psicológico, o sea, a mí no me pueden decir que vea a nueve pacientes, ya de entrada ver a nueve pacientes me parece una locura (EPSCL)*

**por el progresivo desmantelamiento de la Red de Salud Mental,**

*en los Servicios de Salud Mental tenemos un lugar más, o sea, como más estable que si esto se acaba porque entonces ¿qué lugar hay para el psicólogo?, muy poco, ya te digo, en el lugar médico, muy poco (...) los psiquiatras son los que ahí no van a perder, pero nosotros vamos a perder mucho con esto (EPSCL)*

*No somos un colectivo en el que tengamos una identidad compartida ni tengamos una pertenencia clara ni tengamos una pertinencia con nuestro trabajo para nada, o sea, somos un agregado de sujetos y en algún momento el tema de la Salud Mental Comunitaria yo creo que nos sirvió como proyecto y nos unió en un momento determinado y nos dio una cierta identidad, pero eso ha cambiado, eso se ha deshecho absolutamente a lo largo de estos años, eso se ha deshecho, se ha deshecho...(EPSCL)*

**por la competencia de los psiquiatras que también pueden hacer la mayor parte de las funciones del psicólogo clínico, especialmente psicoterapia y**

*creo que vamos a la extinción, vamos desde hace tiempo ya a esa extinción porque no tenemos nada específico precisamente porque nosotros nos diremos que tenemos la formación en psicoterapia pero habrá pocos, pero algunos psiquiatras hacen lo mismo que nosotros (GD1)*

*yo añadiría que me parece que va más a fondo de todo eso, es, ¿cuál es el futuro de la salud mental?, porque si detrás de todo esto realmente interesa tal y como van las cosas que nosotros dentro, bueno, tal y cómo estamos trabajando en Salud Mental se va acabar, pero los psicólogos tal y cómo estamos insertados en la Salud Mental posiblemente también se va acabar, o sea, ¿no querrán otro tipo de intervención psicológica a otros niveles?, como tú estás tratando en Primaria, ¿no les interesará también a los psiquiatras, a los colegios médicos que la Salud Mental quede en manos solamente de los psiquiatras? (GD3)*

**porque la Administración entienda que, en tiempo de crisis, la atención psicológica es prescindible.**

*Tenemos que tomar conciencia que, en esta época de vorágine y de crisis, justo la psicología sea una de las cosas que quede mas sacrificada. Que sea más excluida del sistema cuando se haga planificación. (EPSCL)*

**Así el temor de los profesionales es que, aunque no sea posible su desaparición, la Especialidad puede quedar reducida a la mínima expresión.**

*Yo creo, quizás no tiene porque desaparecer la especialidad, porque se puede quedar como una cosa ahí de, en lo público como unos raros que están ahí ¿no?, que se llevan mejor con los psiquiatras que otros psicólogos que no les tienen tanto miedo ¿no?, que incluso en determinados lugares se tratan de igual a igual sin ningún problema y luego lo otro será pues eso ¿no?, lo más general y bueno, (GD7)*

## ***Somos facultativos, facultados para...¿Qué?***

Para empezar valga como muestra, de la confusión y desorientación general de los propios psicólogos clínicos alrededor de la problemática de la Especialidad y de la nueva figura del Psicólogo General Sanitario, la dificultad para explicar las diferencias entre ambas figuras por parte de algunos PIRes.

*Yo recuerdo un día, que un adjunto, estamos hablando de esto, de ijelines!, '¿que tal?, esta gente con el máster y me dijo. "bueno, pero es que los psicólogos clínicos, vía PIR, ¿en qué os diferenciáis?" y fue alucinante pero yo no le supe dar una respuesta clara y concisa como la que yo creo que deberíamos poder dar y poder responder (GD8)*

No es por lo tanto extraño que los profesionales sanitarios no discriminen al psicólogo clínico del psicólogo sin la especialidad.

*médicos en general no son conscientes de que el PIR es igual que el MIR y aceptan la presencia de psicólogos que no han hecho el PIR, pero nunca aceptarían la presencia de un médico que no ha hecho el MIR, esa diferencia creo que si se la explicamos claramente lo entenderán, pero creo que muchos no han hecho este traslado mental de que es similar. Yo creo que es diferente, que es diferente la actitud también con la que uno va, la prueba es que la categoría profesional de un psicólogo clínico es la misma que la de un psiquiatra, a efectos de sueldo y de categoría profesional en el hospital y eso permite poder hablar de tú a tú mucho más fácilmente (EPSC)*

Ni, por supuesto, la falta de reconocimiento del propio especialista por parte de otros profesionales que, si bien ocupan un lugar jerárquicamente inferior, tienen gran poder por su historia en la institución sanitaria como puede ser los profesionales de enfermería.

*la propia enfermería no nos reconoce en el estatus que estamos (EPSC)*

Reconocen el esfuerzo diario que tienen que hacer para ganarse ese reconocimiento

*Y bueno, los inicios bien, luego a la hora de modificarlo ya ahí hemos dado con la administración y con la equiparación a lo médico que por un lado, nosotros defendemos porque somos facultativos y creo que estamos al mismo nivel, no creo que nadie piense que no estamos al mismo nivel, pero luego allí codo con codo eso hay que demostrarlo todos los días (GD6)*

y la consideración ganada gracias a entrar en el mismo tipo de formación que los médicos especialistas.

*De hecho, pues yo creo que la psicología hoy en día, está teniendo entre los profesionales médicos y de la sanidad más prestigio, porque hemos conseguido que no todo el mundo pueda acceder a ello y cualquiera y cualquier cosa se pueda llamar Terapia, sino que tienes que hacer un proceso selectivo complejo, tener una formación, unos años y yo creo que en muchos hospitales ahora mismo, sí que se valora la figura del psicólogo, gracias a este esfuerzo que nos ha llevado tantos años conseguir, (GD7)*

A pesar de lo cual los PIRes no tienen mucha confianza en su futuro profesional al no ver garantizado un puesto de trabajo en la sanidad pública por el simple hecho de tener la especialidad, sino que tendrán que competir también en el campo privado con todo tipo de psicólogos.

*yo salgo de aquí y voy a llegar a un mundo laboral en el que sabiendo que soy muchísimo más competente y competitiva que otras personas, ¡ostras!, es que igual ellos se venden mejor y es que para mí ésa es una preocupación que el público general muchas veces no sepa diferenciar las cosas (GD8)*

*También es verdad que nosotros llegamos y decimos, ¡hala!, hemos aprobado el PIR y ya está ¿no?, es como a mí ahora me tienen que aceptar en cualquier lado porque ya tengo el título de clínico ¿no? y quizás sí que hay que saber venderse ¿no?, qué le ofreces al paciente ¿no?, vale, tienes una formación y legalmente tú puedes hacerlo y quizás el otro pues legalmente no pueda, pero qué le estás ofreciendo al paciente (GD8)*

¿Para qué dice la ley que está facultado el psicólogo clínico? se preguntan los psicólogos clínicos incluso los más veteranos a propósito de la firma de ingresos hospitalarios. La respuesta no es clara por más que la cultura de la institución sanitaria se incline por la negativa requiriendo la firma de un médico para el ingreso.

*¿si los psicólogos clínicos como facultativos tenemos poder o no, potestad de firmar un ingreso hospitalario?, porque ésa es la clave, si yo puedo firmar un ingreso, pues ya está. Sé que en otros sitios sí pueden y aquí la respuesta que me dio la Dirección, que no sé con quién consultaron, pero no me dieron ningún artículo ni nada, que yo lo pedí, dice que no (...) si tengo que tener el poder para ingresarlos, no me voy a estar peleando con los psiquiatras por una cama (EPSCL)*

No es extraño pues que las aspiraciones de un psicólogo clínico 'comunitario' en el marco de la Reforma Psiquiátrica se dirigieran más a parecerse a un

psiquiatra comunitario en la medida que en el discurso de muchos de éstos se apostaba por la "igualdad indiferenciada" y que un psicólogo clínico vía PIR en el marco de la institucionalización de la Especialidad aspire a una identidad propia diferenciada del psiquiatra aún cuando esa diferenciación suponga una cierta aceptación de la subordinación del psicólogo hacia el psiquiatra.

*la psicología ya se había sanitarizado antes mucho más de lo que a mí me hubiera gustado. Los residentes, a mí me da la impresión de que se forman como pseudo mini psiquiatras, encima soy tutor PIR ¿eh? y no sé a dónde vamos, yo la sensación que tengo es de confusión, tal, también la comparto ¿eh? Lo que pasa que no se sabe muy bien a dónde van ¿no?, los veo por ahí por el hospital haciendo las interconsultas y yo así también les veo como marcianos a los propios Pires. Yo creo que se había medicalizado, se ha sanitarizado demasiado la psicología antes ¿no?, es mi opinión, que los psicólogos siempre hemos estado ahí con esa especie de pretensiones de ser medio pseudo o parapsiquiatras (GD1)*

*yo creo que un psicólogo es un psicólogo y un psiquiatra es un psiquiatra y yo no estoy de acuerdo en que el psiquiatra es como un psicólogo pero encima médico. (GD1)*

### **Los homologados y los vía PIR**

La percepción que sobre la Especialidad tienen los especialistas que trabajan en la sanidad pública madrileña viene determinada por las características de sus integrantes, a saber: psicólogos que en el momento de promulgarse el decreto de la Especialidad llevaban años trabajando en la institución sanitaria y que obtuvieron la especialidad vía homologación en base a dicha experiencia (psicólogos clínicos vía homologación) y psicólogos que cursaron la especialidad por la vía PIR y que fueron contratados una vez acabado su período de formación de especialistas.

Todos los participantes en el estudio señalan una gran diferencia entre los psicólogos clínicos vía homologación y los psicólogos clínicos vía PIR, lo que ha contribuido a que no se haya construido una imagen homogénea de la Psicología clínica. Para los psicólogos clínicos vía homologación los psicólogos clínicos vía PIR sí han conformado un colectivo con una identidad más clara

entre ellos, básicamente por haber pasado por un proceso de formación con elementos comunes para todos (examen, programa de la especialidad, rotaciones, etc.)

*pensamos que la Psicología clínica es una cosa homogénea para todos y que todos estamos de acuerdo en que es lo que es y qué es lo que debería desarrollarse, y yo creo que eso no es así, o sea que los que tienen esa identidad más clara son precisamente los Pires, los que se han formado a través de la vía de la residencia. (EPSCL)*

Los psicólogos clínicos vía homologación por el contrario han tenido una formación muy desigual realizada en circuitos privados y en aspectos muy específicos lo que ha marcado prácticas recortadas y sesgadas (por las teorías, por las técnicas o por el campo de aplicación) llegándose a considerar más 'mestos' que verdaderos especialistas, consideración que sí le atribuyen a los psicólogos clínicos vía PIR.

*Son en general buenos profesionales, pero a lo mejor te encuentras con alguno que su especialización pues es interpretar el Roscharch, se han quedado un poco desfasados ¿no? con los tiempos o también pues personas muy expertas en una rama determinada, aquí por ejemplo, pues la psicóloga que se nos ha jubilado era una experta bárbara en neuropsicología porque había trabajado siempre cerca de los neurocirujanos y de los neurólogos ¿no? Pero sin embargo pues menos flexible y propensa para lo que podía ser una psicoterapia de corte más humanista o de apoyo, de interpretación, todo eso lo hacía con menos gusto y se le notaba. (EPSQ)*

*El problema nuestro es la diversidad que nos hemos formado, que empieza aquí, allá, hemos podido ¿no?, yo me repesqué por no sé dónde, a mí tal y luego por unos filtros, unos requisitos, pues ahora cada vez yo creo que más serios, pero en años anteriores muy laxos. Entonces yo creo que eso nos perjudica como grupo porque no somos un grupo compacto, no tenemos una idea común de lo que hay que hacer cuando, qué es un paciente, dónde está el límite para ser tratado (GD6)*

*yo sólo estoy deseando que pase el tiempo y que todos sean Pires vía PIR ¿sabes?, o sea, que todos sean especialistas en Psicología clínica vía PIR porque yo creo que ése será el momento en que verdaderamente ¿sabes? esté consolidado y no sigamos siendo estos que somos ¿no?, pues porque nos ha tocado ese momento de la historia ¿no?, estos mestos así que somos. Vamos sería un paso atrás que la clínica la pudiera hacer gente que no tuviera más especialidad que lo que supone cuatro años de formación (GD3)*

Las prácticas de los psicólogos clínicos vía homologación son más clínicas/psicoterapéuticas de carácter ambulatorio (evaluación y psicoterapias) y las de los psicólogos clínicos vía PIR incluyen además el

campo de la hospitalización y el contacto con los denominados trastornos mentales graves.

*los que no hemos hecho ese tipo de formación, estamos como más asentados en estilos de funcionamiento que tienen mucho más que ver sólo con la clínica, con la clínica de la consulta, del trato con el paciente (EPSCl)*

*yo creo que ellos tienen mucho más claro por ejemplo, todo lo que es la atención en lo que hace la continuidad de cuidados, por ejemplo, el trabajo con los pacientes más graves. Yo creo que eso lo tienen mucho más..., que es un campo que tradicionalmente está más adjudicado como campo de trabajo al psiquiatra, para el psicólogo queda como un poco restringido al tema de los hospitales de Día, a los Centros de Día, a los CRPS ¿no?, a estos dispositivos...(…) a la Rehabilitación fundamentalmente ¿no?. Y yo creo que en ese sentido, los psicólogos clínicos vía residencia tienen otra perspectiva completamente distinta, no tienen la misma visión, mucho más cercana, más completa, tienen más... bueno, han pasado por la urgencia ¿no?, han pasado por la planta (EPSCl)*

Frente a la mayor experiencia de los psicólogos clínicos vía homologación, los psicólogos clínicos vía PIR tienen una formación más completa, sistematizada en la teoría para pasar el examen PIR y completada en la práctica por las rotaciones en el circuito de la Red de Salud Mental.

*tienen la homologación, la tienen porque han tenido mucha experiencia clínica, mucha más de la que he tenido yo o de la que han tenido mis compañeros vía PIR y eso se nota; alguien con veinte años de experiencia no es lo mismo que alguien con seis años de experiencia, se nota mucho. También creo que ahora mismo la formación teórica, el haber pasado el examen PIR da una formación completa que en algunos aspectos, como la neuropsicología o cosas así, pues sí que nos hace tener una formación un pelín más completa para algunas cosas, pero es verdad, también, que ellos tienen la baza de la experiencia que sin duda es importantísima (EPSCl)*

*seguramente cuando todos, cuando todos hayan tenido una formación vía PIR y hayan estado en urgencias y hayan estado en la Unidad de agudos y hayan hecho atención continuada en las guardias y no sé qué, tendrán otra visión, porque lógicamente, porque es lo lógico. Yo creo que también hay gente que arrastramos una formación un poco coja (GD3)*

*ya a ningún psicólogo formado ya PIR se le ocurrirá dudar de muchas cosas de las que ahora dudan otros psicólogos clínicos (GD3)*

Los propios psicólogos clínicos vía PIR se reconocen más en la cultura médica versus los psicólogos clínicos vía homologación que se socializaron más en la cultura 'comunitaria'

*la especialidad vía PIR en ese sentido te da una formación como más cercana a lo mejor a todo lo que es médico, yo creo que la formación anterior y que a lo mejor en ese sentido sí tienes como más en cuenta todo, todos los aspectos médicos (EPSCL)*

*Creo que a través de la residencia se ha conseguido entrar como en un sistema médico, no médico sino de la sanidad, pero sí más médico lógicamente y conseguir una formación muy buena pues eso, con mucha experiencia, o sea, con mucha práctica y supervisión y muy amplia, muy heterogénea y con posibilidad de, pues eso de conocer muchas cosas sobre las que tú ya luego puedes profundizar ¿no? y tener una formación complementaria (EPSCL)*

## **Los no especialistas deterioran la imagen de la Especialidad**

En el totum revolutum que es la sanidad pública, durante este proceso de puesta en marcha de la Especialidad, algunos Servicios hospitalarios, en la mayoría de los casos, no en todos, diferentes a los de Psiquiatría, han contado con profesionales de la Psicología sin la especialidad.

Los dos perfiles que hemos encontrado han sido: profesionales de la Psicología con contratos eventuales en Servicios de Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología, Cardiología o Nefrología, con cierto grado de cualificación (generalmente obtenido a través de algún máster universitario) y profesionales de la Psicología con contratos eventuales, o becas, a cargo de Fundaciones, Asociaciones diversas o proyectos de investigación.

La 'contratación' de estos profesionales responde a intereses particulares de Servicios y/o profesionales determinados y, formalmente, no están autorizados legalmente a ejercer la práctica clínica pero, realmente, en muchos casos, hacen algún tipo de trabajo clínico que, cuanto menos, 'les equipara' a ojos de otros profesionales médicos, y de los usuarios, con los psicólogos especialistas en Psicología clínica con la consiguiente 'devaluación' de la figura del facultativo especialista en Psicología clínica en igual de condiciones con el facultativo médico.

*Pero bueno, en cualquier caso que es un psicólogo con una formación, una capacitación frente a las becarias contratadas que proliferan ¿eh? (...) y no solamente le ponen a pasar los tests sino a darle la pal-*



*madita, pues entonces es como suplementario, entonces ahí yo creo que hay que hacer y de hecho, nosotros hemos tenido que hacer mucha labor de decir: "oye, no que aquí hay unos clínicos, unos psicólogos clínicos que son como tú y como él, tú eres especialista en nefrología, pues ésta es especialista en Psicología clínica y es alguien más que no está para decirle lo que tú haces, para ser tu mandado ¿eh?" (EPSQ)*

*tienen un becario en un proyecto y claro que estoy segura que ve pacientes ¿entiendes?, estoy segura, no tengo ninguna duda y en no sé donde igual y en no sé qué igual, no tengo ninguna duda, eso descalifica la profesión (EPSQ)*

*Me preocupa más en la presencia de psicólogos sin especialidad (...) y no se sepa muy bien qué función diferencial tenemos unos u otros, eso es un problema serio, las competencias, me da la sensación de que no existe una buena diferenciación de competencias entre lo que hace un psicólogo clínico y lo que hace un psicólogo que no ha hecho la especialidad. Y eso es un riesgo grave para el desarrollo de la especialidad (EPSCL)*

*Mi opinión es que si eso se abre, en este escenario desAParece la Psicología clínica (...) yo en todas las cosas siempre pongo psicólogo clínico, en todas las cosas lo pongo para esto porque no se tiene que confundir, no se tiene que confundir porque la gente lo confunde y a mí me parece que eso perjudica la Psicología clínica (EPSQ)*

*Y hay gente contratada en dispositivos públicos que no son clínicos.*

*...claro. Por eso, yo por lo menos lo que he visto muchas veces es eso, contratos que hacen diciendo que son de investigación porque son personas que no son clínicas y que acaban teniendo una consulta, que obviamente no les abren una agenda informatizada para que no se vea, pero que yo creo que todos conocemos casos en distintos servicios donde pasa eso, no sé, me parece una cosa preocupante. (GD8)*

*en cambio cada vez hay más personal psicólogo no especialista, haciendo labores tangenciales de investigación, apoyo psicológico desde asociaciones, cosas así, eso hay, ha habido, en mi opinión ha habido un incremento en los últimos tres años. Y claro, si sigue la tendencia de los recortes, el temor que todos tenemos es que la Psicología clínica se vaya reduciendo progresivamente hasta llegar a una, bueno no sé si anulación, o sea que la situación no es muy optimista (EPSCL)*

*en calidad de prácticas, en calidad de becarios y se están haciendo cargo de cosas que por ejemplo, a veces los residentes intentan hacer y se les veta (GD1)*

*Crea una situación de ambigüedad y da a entender a los otros profesionales médicos de las distintas especialidades que nuestro trabajo se puede pagar con un infra-trabajo, con una beca de investigación o que no hace falta sacar una plaza de psicólogo clínico, que bueno, pues si no viene de voluntario, porque total como quiere trabajar gratis y tampoco me parece que sea bueno para un profesional de la psicología trabajar gratis ¿no?, porque estás dando la impresión de que tu trabajo no merece ser pagado (EPSCL)*

*En la pública cada vez menos porque lo dice la Ley de Salud Pública que solo pueden ser Especialistas. los contratos no se están renovando, pero a lo mejor se les hace otro tipo de contrato, investigadores...y trabajan bajo cuerda (EPSCL)*

*En mi hospital que si la Unidad de Dolor, si el psicólogo, el cirujano, haciendo neuropsicología en la Unidad de Oncológicos, en plan, no sé como prácticas, voluntariado, alguno con contrato, un contrato como para investigación, pero haciendo función realmente de clínica, porque si tú haces valoraciones, terapias, al final es el trabajo de un clínico que están haciendo personas con la licenciatura y con un máster a lo mejor de neuropsicología u oncología y están haciendo trabajos de clínicos (GD7)*

Además de estas contrataciones de psicólogos no especialistas, los hospitales, cuales verdaderos reinos de taifas, tienen numerosos convenios de colaboración con Universidades públicas y privadas en virtud de los cuales los alumnos de los másteres, que ya son licenciados en Psicología, hacen prácticas en los hospitales. Estas 'prácticas' teóricamente consisten en participar en actividades clínicas que llevan a cabo psicólogos de staff u otros profesionales relacionados con la temática del Máster, lo que, obviamente, no siempre se cumple.

*La mayoría realizan labores de investigación o están cursando algún tipo de máster y las prácticas se ofertan en un hospital y luego se quedan allí en un limbo (EPSCL)*

*el problema es que con los del máster es que se pasan aquí un año, dos años ¿entiendes?, con lo aquí lo que ocurre es que tenemos como colaboradores, con convenios, con tal, cientos de personas, (...) casi todos con convenio, con universidades que es lo que exige el hospital (EPSCL)*

*cogen fuerza y bueno... (...) estos psicólogos están haciendo un trabajo que nos corresponde a nosotros, que el hospital lo ha prohibido explícitamente, pero que hacen la vista gorda (EPSCL)*

*los médicos usan esto en contra nuestro y a veces a favor de ellos ¿no?, (...) psicólogos que vienen de fuera están de mano de obra barata de los psiquiatras, porque es que no hay ningún psiquiatra que esté en ese lugar, el problema es que hemos producido más psicólogos y muy mal formados de lo que la sociedad realmente puede absorber. Tú te encuentras que si das una patada a una piedra y salen mil psicólogos desesperados a estar dispuestos a pagar por trabajar gratis aquí y aprender algo ¿no? (EPSCL)*

*este hospital se hizo universitario, con la idea de empezar a admitir residentes, pero también se ha abierto mucho a universidades privadas y públicas con el tema de los másteres, (GD1)*

*hay muchísimos alumnos de máster y gente, ya no hay tantos voluntarios, pero hay mucha gente haciendo evaluaciones a niños con TCA, gente que no tiene formación, que no tiene PIR, que no es legal tampoco hacerlo, tampoco son mis enemigos, ellos hacen lo que pueden y están ahí sin cobrar, se levantan todas las mañanas, hacen más horas que yo, sin cobrar porque es la única posibilidad que tienen de practicar, esto por ejemplo, me parece que echa por debajo todos los principios y la calidad. (GD7)*

yo cuando roté por la interconsulta, daba la psicología que estaba en la Unidad Oncológica no estaba reacia a que yo viese un poco su trabajo o que hubiese podido rotar por allí y, vamos estuvimos una chica que tenía un máster de oncología que estaba haciendo un trabajo de clínico en la Unidad, en pacientes terminales (GD7)

## **Los paradigmas, haberlos, háylos**

A pesar de la evidente multiplicidad de paradigmas teóricos existentes en la psicología y su histórica relación con los posicionamientos profesionales no hemos encontrado grandes enconamientos ni interés en poner de relieve tales diferencias, antes al contrario parece que los entrevistados tratan de minimizar al máximo esas diferencias entre paradigmas y su relación con las posturas que se defienden

*los que estamos en la práctica clínica pues yo creo que ya por experiencia no nos peleamos, pero los que creo que se siguen manteniendo todavía un grado de fundamentalismo o de rigidez a la hora de defenderse el territorio que te marca tu enfoque, lo que pasa que ya somos mayores, ya estamos civilizados, sabemos que la vida es más compleja que lo que cabe en tu paradigma y entonces están atemperados por lo menos en el campo clínico las cosas, pero luego en la práctica yo creo que hay sesgos todavía que yo no comparto (EPSCL)*

*los que son clínicos al final saben que diciéndolo de una manera u otra, lo esencial lo entendemos, nos entendemos, luego en otra cosa ya, a la hora de manejar. Pero yo digo que antes que ser psicólogo clínico es muy importante aprender ¿qué es la clínica?, de caso único y cómo comprender ese caso y ahí cuando topas con psicoanalistas o psiquiatras ortodoxos del modelo que sea, pero son buenos clínicos te entienden porque sabemos dónde está fallando el sujeto en su integración de, bueno, saber gestionar su vida y su existencia en el medio en el que vive y se desarrolla y se muere (EPSCL)*

*hay una gran variabilidad en cuanto a la configuración de los equipos, dentro intra equipo, luego siempre está lo que es una tara para mí que yo no la tengo, pero que también a veces predomina que es los paradigmas estos psicológicos que cada uno usa como recurso orientador de su práctica clínica. Yo me llevo bien con todo el mundo pero aquí por ejemplo, en el Área mía, el único que queda con enfoque que yo digo de psicología científica porque yo ya no digo ni conductista ni conductual ni ¡lechés!, yo digo psicología basada en la evidencia (EPSCL)*

*hay psiquiatras que ven mejor lo cognitivo-conductual porque está más protocolizado, más medible, más, se puede medir mejor los resultados, la eficacia, la eficiencia ¿no? y la rentabilidad. Entonces yo creo que hay psiquiatras, pues que prefieren quizás esa orientación que por ejemplo la psicoanalítica, que la ven como algo más abstracto y también es un encuadre que requiere citas mucho más frecuentes y, o sea, es un encuadre que no se puede hacer en la pública fácilmente (...) hay otros pues que quizás no*

*hacen como tanto énfasis en esto y que son más abiertos y pues a otro tipo de enfoques, pues a lo mejor como el psicodrama o lo sistémico o lo psicoanalítico (EPSCL)*

*Hombre, cada uno tendremos nuestra opinión. Para mí no es lo más importante.  
No, ni para mí tampoco (GD6)*

*no estoy yo muy convencida que con dos sesiones o tres de con cognitivo-conductual y poco más, fracasas, luego haya que volver. Entonces le somos rentables al sistema sanitario ¿no? porque es diferente, digo el sistema sanitario preferiría yo creo otro tipo de, bueno, pues más nuestro perfil. (GD7)*

*la Terapia cognitivo-conductual sí que ha hecho muchos esfuerzos ¿no? por investigar, bueno, por demostrar que lo que hace es eficaz, yo creo que otros enfoques deberían de tener el mismo esfuerzo (GD8)*

*creo que la única cosa que los psicólogos podríamos hacer en el Centros de Salud Mental, por lo menos en el mío, los que estamos formados y creo que los psiquiatras no se han formado en eso, porque no les interesa o no sé por qué, pero es Terapia cognitivo-conductual pura (GD8)*

*hay distintas especialidades dependiendo de la afiliación teórica en la que uno se coloque. (GD9)*

*no es tanto una cuestión de si es psicoanalista cognitivo-conductual sino más bien desde qué escenario, yo creo que los escenarios es muy importante porque ubican relación con otros y relación con el propio sistema (GD9)*

## **¿Existe vida más allá de la Psicología clínica?**

La población objeto de este estudio está constituida, como ya hemos dicho en la metodología, por psicólogos especialistas en Psicología clínica que trabajan en el sistema sanitario de Madrid. Esta afirmación requiere de dos matizaciones. La primera es que algunos psicólogos que trabajan en el sistema sanitario de Madrid intentaron obtener la especialidad por la vía de la homologación, pero no lo consiguieron, y otros, que sí la tienen, trabajen en la Red de Salud Mental o en otros Servicios sanitarios (básicamente hospitalarios), no se identifican con la Psicología clínica *sensu strictu*.

Estos últimos que plantean su insatisfacción con que solo exista una especialidad en psicología relacionada con la salud a través del sistema PIR se preguntan ¿son posibles otras especialidades de Psicología en relación

con la salud que se obtengan a través del sistema de Residencia en el sistema sanitario?

Los psicólogos clínicos que trabajan fuera de los Servicios de Psiquiatría/Salud Mental o que no han obtenido el título de Especialista pero están trabajando 'como clínicos' reivindican el establecimiento de otras Especialidades, también vía PIR, en torno a la denominación genérica de Psicología de la salud en contraposición a la Psicología clínica o a denominaciones más específicas como Neuropsicología o Psicooncología.

*Nació mal la Especialidad, el llamarla Psicología clínica cerró un poco el espectro de...Psicólogo Interno y Residente pero que dé lugar a más Especialidades, por ejemplo Neuropsicología como una Especialidad diferente pero con una troncalidad común, 18 meses y luego cada uno seguir sus derroteros, Neuropsicología, Atención Primaria y Psicología preventiva, y Preventiva y de la Salud y tal... otros en Paliativos, Oncología y VIH y tal, pero superespecialidades pero integrados en un Servicio de Psicología porque si no estarían fagocitados por los distintos Servicios médicos. (EPSCl)*

*Si a mi me dices que elija a un compañero que tenga un formación PIR o que tenga una formación especializada en Psicooncología como compañero en mi puesto de trabajo no tengo ninguna duda, un compañero PIR no tiene esa formación, somos muy pocos y es posible que tengan menos posibilidad de rotar. Es una formación académica de máster, de 600 horas, muy, muy específica, si no hay un sobrediagnóstico habitualmente.*

*La formación de máster no habilita como especialista pero es el que yo elegiría como compañero. La formación PIR carece de ese tipo de formación que a lo mejor si la tuviera pues las cosas cambiarían y podríamos estar hablando de otra forma, esa formación no la tienen, trabajan muy bien con agudos, con psicóticos, en drogas pero con estos pacientes hay una laguna en formación ¿podría existir otro tipo de formación? Pues no lo sé (Silencio) (EPSCl)*

*puede tener una cierta lógica que hubiera un psicólogo por Centro de Salud, un psicólogo general sanitario, que trabajara toda la cuestión de adherencia a los tratamientos en pacientes crónicos, el trabajo con las familias de prevención de claudicación familiar, mil historias a poder trabajar ahí y puede haber un psicólogo de la salud que trabaje más en el ámbito hospitalario y socio-sanitario, desarrollando pues eso, como estoy yo trabajando, como está trabajando ella, como está trabajando él, etc, etc. ¿no? Y luego un psicólogo clínico para temas de Salud Mental, ¿por qué no puede haber tres especialidades?, si el problema está en que eso conceptualmente tiene mucha lógica, pero el sistema no financia porque no le interesa, (GD9)*

*en la última revisión del currículum formativo pone un año más para incorporar psicología de la salud de alguna manera, pero yo creo que hay identidad suficiente para que sean dos especialidades distintas al mismo nivel. (GD9)*

*a mí me parece que habría que hacer un esfuerzo importante el reconocimiento de la especialidad de la psicología de la salud, yo me siento más psicólogo de la salud que psicólogo clínico ¿eh? y mi papel pone, especialista en psicología-clínica. (GD9)*

## **Autocrítica**

El discurso de los profesionales de la psicología participantes en el estudio no ha sido especialmente introspectivo y, por lo tanto ha sido poco autocrítico.

*Yo creo que hay muchos sitios en los que todavía la Psicología clínica es aún muy dependiente de la Psiquiatría y eso yo creo que tiene más que ver con los psicólogos que con los psiquiatras, muchas veces no sólo tiene que ver con los psiquiatras (EPSCCL)*

En algunos casos se ha referido al modo de entrada en el sistema sanitario,

*en este hospital; primero, nos han ido quitando plazas obviamente, el acceso no siempre ha sido limpio, también hay que decirlo, sabes que hay gente que ha entrado por puertas inciertas (EPSCCL)*

en otros a la poca resistencia mostrada en la defensa de 'lo comunitario', del trabajo en equipo,

*Se ha ido cada vez más ¿no?, deshaciendo el tejido comunitario, el tejido de equipo, el tejido grupal, eso se ha ido deshaciendo. Se ha ido deshaciendo yo creo desde las estructuras superiores, es decir, han hecho todo lo posible para que eso se fuera deshaciendo y yo creo que nosotros no hemos sido capaces de mantenerlo tampoco, no hemos sido capaces de mantenerlo. (EPSCCL)*

a la falta de autoestima e identidad profesional

*es un tema de visibilidad que pasa por también creernos quiénes somos ¿no?, porque a veces yo creo que también, yo, a mí me pasa que a veces me quedo callada porque no tengo mi propio argumento ¿no? para presentarme, para darme a mí misma el valor (GD9)*

*porqué no había departamentos o Unidades de Psicología-clínica en los hospitales ¿no? porque todavía pese a la especialización, seguíamos dependiendo de gente del Servicio Psiquiátrico ¿no?, entonces yo, además de tener en cuenta, la hegemonía sanitaria médica, también es que nosotros igual no nos hemos sabido colocar ¿no? para hablar como de tú a tú.(GD9)*

y como autocrítica de fondo la sensación de estar atrapados por el diagnóstico psiquiátrico en una especie de 'síndrome de Estocolmo' teórico.

*Me gustaría reflexionar sobre los propios profesionales sobre hasta qué punto no descalificamos la comprensión de las causas que hacen que la gente tenga malestar psicológico, las hipótesis psicológicas, porque somos los primeros que cuando viene un paciente descompensado o más agravado lo primero que el psicólogo se plantea es que ha dejado de tomar la medicación, yo creo que, a la vez, hay que plantearse hipótesis psicológicas, lo estoy viendo más en el ámbito de la rehabilitación donde hay un discurso sobre el estigma que no se quita porque lo digamos sino porque no transmitamos a la gente lo que no está demostrado "es que su hijo tiene una enfermedad que es del cerebro" ¿está demostrado eso? Pues ¡no lo digamos! (EPSCL)*

La crisis aparece como una oportunidad de 'insight' en relación con la práctica profesional en la asistencia pública.

*Yo creo que también estamos en un momento en el que nosotros también nos tenemos que replantear qué tipo de trabajo hacemos en la pública (GD6)*

## **LA FORMACIÓN PIR**

Consustancial a la valoración de la Especialidad se ha dado el discurso sobre la formación PIR que ha surgido en todas las entrevistas y en los grupos.

De entrada todos defienden la formación PIR, aunque según van hablando aparecen más aspectos críticos, e igual que se valora muy positivamente su puesta en marcha, también se llama la atención sobre su estancamiento y limitaciones en los últimos años, al compás del deterioro de los servicios públicos

### **Un logro de todos**

A pesar de que en 1999, al poco de aprobarse el Real Decreto de la Especialidad, las Sociedades de Psiquiatría más conservadoras (la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal), junto con el Consejo General del Colegio de Médicos, presentaron un recurso contra ella, que fue rechazado

por el Tribunal Supremo en el año 2002, hoy día todos, psiquiatras incluidos, reconocen la formación PIR como un logro de todos

*he defendido la importancia de la formación PIR y de la especialidad de Psicología clínica como garante pues del nivel de calidad y de formación en los profesionales ¿no? También entiendo que bueno, que las plazas PIR son poquísimas ¿no? y que el número de psicólogos que se han formado pues es grandísimo y que probablemente en eso, pues habrá matices (EPSQ)*

Los psicólogos clínicos vía homologación también reconocen el paso de gigante dado con la Especialidad,

*ha costado mucho que la Psicología clínica entrase y que fuese ¿no? como el MIR que estaba toda la vida, el PIR ha costado muchísimo, pero yo creo que a pesar de eso tiene un lugar, tiene un lugar cada vez más reconocido (EPSCL)*

*Yo creo que lo de la especialidad de Psicología clínica es un logro ¿no? que hemos conseguido como para estar al mismo nivel no sé, de otros especialistas sanitarios y el Colegio debería de defender eso ¿no? (GD5)*

sin ocultar cierto sentimiento de envidia que les produce el tipo de formación obtenida por los psicólogos clínicos vía PIR frente a la que ellos tuvieron.

*A mí me dan muchísima envidia los Pires, porque yo creo que están mejor formados que yo.*

*Yo tengo unas lagunas tremendas, me dan también envidia.*

*Y una cosa muy buena es que rotan por los programas...*

*Claro, es una formación tan completa.*

*Una formación que nosotros no tenemos.*

*Por los programas y con diferentes perfiles de profesionales ¿no?, donde lo mismo están con un psicólogo que es de la línea dinámica, con otro no sé qué, es una formación tan completa que te permite luego elegir lo que quieres hacer realmente. (GD1)*

*el nivel que tienen no tiene nada que ver con lo que nosotros conocimos en nuestra época, gente formadísima, probablemente poco encorsetados (GD4)*

*Y es verdad que los Pires tienen una formación, bueno a años luz de la nuestra o del coste que nos supuso a nosotros formarnos (GD4)*

*...ellos en general yo tengo la sensación de que están muy contentos, muy a gusto con su profesión y valorados ellos mismos (EPSCL)*



## Más luces que sombras

Señalan a continuación los aspectos positivos (luces) y negativos (sombras) que encuentran en la actual formación PIR

Las luces:

- El acceso mediante examen lo que garantiza la igualdad de oportunidades para todos

*y que en una tienes que pasar un examen muy difícil que cuesta mucho esfuerzo, y que en la otra pagando un dinerillo que es lo que cuesta el máster, pues te lo sacas y que al final, va a dar igual tener una cosa que otra (EPSCL)*

- La formación amplia y heterogénea

*lo que verdaderamente da, da potencia a la psicología es la formación que tienen esta gente. Los residentes de psicología son extraordinariamente formados por encima de cualquier residente de psiquiatría, con mucha diferencia (GD4)*

- El obtener una visión global en un contexto sanitario, orientada a la investigación

*Y no es retórica decir que para la Sanidad Pública están más capacitados que aquellos que no lo han hecho. Yo nunca he pensado en la retórica, es verdad, conocen el mundo de la sanidad pública y de la Salud Mental mucho mejor que cualquier otro profesional. (GD1)*

*yo creo que tienen una formación más heterogénea, más heterogénea ¿no?, en el sentido de que han rotado por diferentes servicios y tienen una visión mucho más global, por ejemplo, en lo que es el desarrollo de la Psicología clínica en un contexto sanitario que es donde se tiene que dar ¿no? No sólo en un contexto de equipo, sino que tienen una perspectiva mucho más global. Por ejemplo, tienen mucha más formación y tienen más orientación de cara a la investigación, eso es clarísimo, tienen una formación mucho más amplia y tienen eso muy presente en su desarrollo cotidiano (EPSCL)*

- Hacer rotaciones en dispositivos variados

*Yo creo que es muy buena la formación PIR sinceramente, o sea el hecho de... Yo los envidio, o sea, el hecho de que puedan pasar por una Unidad de agudos, por todos los sitios y tal, me parece fantástico, o sea, yo creo, me da, digo qué suerte tienen (GD5)*

- El ser una experiencia compartida en común con los MIRes de Psiquiatría

*Yo creo que ellos tienen más mentalidad de profesionales de la Salud Mental que nosotros, o sea, que ese terreno que en algunos sitios se quiere marcar tan delimitado entre psiquiatra y psicólogo, mi experiencia con los Pires es que no lo ven así, a lo mejor porque desde el primer momento desde que son R1 están conviviendo Pires, Mires, se hacen amigos, ahora hacen las rotaciones juntos. Yo los veo más como que se sienten más profesionales de la Salud Mental (GD1)*

- El fomentar el interés por la formación y específicamente por la Neuropsicología

*ellos hacen su formación PIR y a la vez hacen tres másteres, es que, es una capacidad de trabajo y querer aprender que a mí me impresiona. (GD1)*

- La ampliación a cuatro años del programa de formación

*a mí me pareció magnífico el avance que hizo aquel programa, me pareció, vamos muy completo, que además iba economizando pues todo esto que estamos hablando, desde el mundo hospitalario, con la interconsulta, el Área de formación específica, la Atención Primaria, o sea, ahora mismo, los Pires tienen que hacer teóricamente tres meses (...) ¿eh?, que no lo harán casi en ningún sitio, pero lo tienen que hacer. A mí me pareció el programa, vamos, ¡chapeau!, vamos a mí me encantó, manteniendo lo que ya había. (GD1)*

**Las sombras:**

- El escaso número de plazas convocadas
- El voluntarismo, el poco reconocimiento de las funciones docentes (tutoría especialmente) y el que no todos los psicólogos de plantilla quieren ser tutores

*es una tarea de un voluntarismo de la leche porque no se paga, es un trabajo que duplica las funciones de los que tienes que hablarles, explicarles y encima es un trabajo añadido que ni te pagan, ni te reconocen, ni ¡leche! Entonces pues es otro lío que la formación, la docencia tampoco, hay muchos follones, ¿cómo organizarla?, ¿quiénes son los responsables?, ¿qué reconocimiento se tiene? (EPSCL)*

*también es una pena que muchas de estas cosas dependan del voluntarismo del profesional que lo hace ¿no?, es decir, dedicarte mucho a la docencia de los Pires, prepararte las clases, darlas, las supervisiones, quiero decir, es que está dependiendo mucho del voluntarismo porque eso no está contemplado, entonces, claro, vamos a ver dónde queda en el nuevo modelo (GD6)*

*Bueno, eso en cada sitio lo tienen de una manera, pero lo que te digo es que a nosotros nos ha costado en algunos sitios que algún psicólogo del Centro, ¿sabes?, admita supervisar la tarea de un residente (GD3)*

*Pero es que es difícil, es difícil reivindicar eso cuando te encuentras por ejemplo, en un Área como la nuestra, donde dices, ¡la rotación de infantil! y te encuentras un Centros de Salud Mental donde los psicólogos clínicos vía ésta, ¿VÍA, QUÉ?*

*La vía ésta nuestra, de convalidación del título, Homologación.*

*...homologación, dicen que no, que ellos no reciben residentes, pero es que te quiero decir, que entre los psicólogos clínicos que venimos cada uno de nuestro padre y de nuestra madre, hay a veces tal confusión de lo que es la formación del psicólogo clínico, de lo que es tu responsabilidad en la asistencia, en la docencia, que es que dices, oye, es que a veces también la gente está, o sea, que tú estás muy implicada y muy comprometida y muy entregado, pero dentro de la Psicología clínica que está trabajando ahora en la pública, hay un sector que de verdad que está, que yo no sé...*

*Sí, que no quiere responsabilidades (GD3)*

*pero claro, pero a nivel oficial y con los compañeros en el equipo, dices, bueno, si quieres pasa tu consulta y luego se te extiende un certificado de que colaboras en la formación y entonces la gente sí abre las puertas a la hora a su consulta (GD3)*

*La formación debería darse según el programa y con todos los criterios de calidad, el libro del Residente, las supervisiones y sus criterios, las tutorías porque nadie quiere ser tutor, además de la asistencia, todo eso debería respetarse, está regulado (EPSCl)*

- **La falta de organización para una formación más centralizada**

*Entonces yo aquí me he encontrado de todo; gente súper formal, seria, que se preocupa por formarse y luego gente que bueno, sí, va pasando y hace lo menos posible ¿no? Yo creo que falta una organización central y un concepto de lo que es realmente la Psicología clínica y en qué línea, que haya un cuerpo realmente de supervisores y de gente que diga, bueno, por aquí, por allá, alineamientos, quiénes están acreditados para formar, cuál es el derrotero básico que debería seguir un PIR, creo que depende de la suerte que tenga el PIR donde caiga más bien ¿sabes? y de con quién esté (EPSCl)*

- **La formación teórica sobrecargada de psicofarmacología, al ser común con MIRes de Psiquiatría**

*nuestra docencia es conjunta con psiquiatría y si hemos pedido alguna vez como alguna hora suelta, que fuera un poco diferenciada porque en una sesión, o sea, nosotros consumimos muchas horas de docencia en psicofarmacología y entonces cuando llega un momento en el que has dado el mismo módulo de psicofarmacología todos los años, echas de menos a lo mejor cosas más específicas que en mi hospital, por ejemplo, no se vienen a dar muchas veces porque interesan a una minoría, entonces yo ahí por*

*ejemplo, yo qué sé, pues aparece neuro psicológica, pues es algo que si tú no te formas específicamente en ello, por ejemplo, en mi hospital nadie te va a enseñar (GD8)*

- Una calidad desigual, dependiendo del Centro por donde rotan, que en muchos casos empieza por el Hospital, sin que se cumpla el programa en su totalidad, con déficit en la formación en gestión y con escasas rotaciones por Servicios no psiquiátricos

*La formación PIR es muy desigual, si te toca un buen Centros de Salud Mental pues aprend es un montón, que si te toca un borde....otra cosa que no me parece es que lo primero que hacen es empezar por el hospital (EPSCl)*

*Si se realizaran auditorías un 80% no cumplirían los criterios establecidos. El certificado de final de recorrido del Residente no siempre se hace con rigor (EPSCl)*

*tenemos una formación que nos falta una parte que es gestión (GD9)*

*En la formación de las Unidades Multiprofesionales de Salud Mental estamos hablando de un Psicólogo clínico basado y dirigido su itinerario y su diseño curricular hacia Salud Mental, entendido como trastornos mentales, luego sí que roten un poco por Neuropsicología, paliativos.....(EPSCl)*

*yo no dudo de la capacidad del psicólogo que tiene la especialidad y el papelito éste de clínica pero trabajar en Psicología de la Salud, en muchos Pires dudo ¿eh?, en muchos Pires dudo porque además les he visto intervenir frente a la experiencia de muerte y echan para atrás. (GD9)*

- Un enfoque excesivamente centrado en los 'trastornos mentales' y en el psiquiatra como jefe y modelo

*La formación PIR mucho de muchas cosas y poco al final, muy parcial, muy parcial, está muy sectorializado a un determinado tipo de patologías*

*La sensación desde fuera es que son muy observadores de intervención de psiquiatras y menos de psicólogos, que eso no es lo que van a hacer en un futuro, un psiquiatra va a ser su compañero pero no va a ser su modelo (EPSCl)*

*Se pensaba que la Unidades Docentes multiprofesionales serían para la formación de especialistas en régimen de igualdad y que serían más creativas pero esto se ha pervertido y la UDM suele estar al servicio de uno, psiquiatra para desde ahí organizar por Real Decreto todo el sistema que tiene bajo su mando, eso no es razonable, ni siquiera ético porque no permite la paridad de especialistas (EPSCl)*

- La falta implicación personal y cierto temor a ser críticos

*Me defraudan y me decepcionan más los psicólogos porque de los psiquiatras yo no puedo esperar nada o lo que espere, bienvenido sea, pero de los Pires sí, creo que falta, que la formación tenga una parte de implicación personal como la que nosotros teníamos porque claro, eso era en nuestra época y a lo mejor eso ya no se volverá a dar nunca ¿no? (GD5)*

*y además el que protesta sale de la foto, no hay denuncias internas (EPSC)*

## **Juntos pero no revueltos**

La formación PIR en Psicología clínica se organiza desde cada Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental junto con la de los MIR en Psiquiatría y la de los EIR en Salud Mental.

En general está bien valorado que la formación sea conjunta con los MIR en Psiquiatría (los EIR en Salud Mental se han incorporado muy recientemente y todavía no hay mucha experiencia) especialmente en las Sesiones clínicas. Los cursos también se programan para que los hagan juntos todos los Residentes de cada Unidad Docente.

*la formación es exactamente igual el cien por cien (GD3)*

*Es la misma formación, salvo unas horitas que tienen el miércoles por la mañana de farmacología.(GD8)*

*Cuando ellos hacen farmacología, los Pires se van hacer otra cosa, pero fuera de eso, prácticamente es todo igual y con los EIRs también. (GD3)*

En los programas de las Especialidades de Psiquiatría y Psicología clínica los entrevistados no aprecian diferencias sustanciales lo que justifica que la formación, en la práctica, sea la misma y conjunta.

*Yo hoy miré el programa formativo de la psiquiatra ¿no?, por curiosidad ¿no?, por ver qué tal y tiene una serie de dudas muy grandes, parece casi como si fuera una copia del otro, casi (GD8)*

*Yo pienso que estar junto con la MIR nos enriquece ¿no?, porque también aprendemos cosas y herramientas que no tendríamos si no estuviésemos en conjunto ¿no? en la docencia con ellos, pero también*

*un poco lo mismo, somos muchos menos PIRes que Mires, entonces las sesiones clínicas muchas veces, la charla va más enfocada a fármacos, a pacientes graves con manejo farmacológico (GD7)*

Sin embargo hay una queja unánime y es que en esa formación conjunta los psicólogos clínicos 'salen perdiendo' porque el diseño de la misma está más pensado para las necesidades de los MIREs que de los PIREs de ahí que, por ejemplo, los psicólogos se saturan de formación teórica en Psicofarmacología y les 'quede corta' la formación en psicoterapia.

*Juntos y eso tiene algunas ventajas; para algunas cosas es enriquecedor y para otras es un problema, porque se ven muchos contenidos de psicofarmacología, que hay que saber un poco de psicofarmacología, pero a veces es excesivo o algunos aspectos biológicos se hace demasiado hincapié y en algunos aspectos más desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud más psicoterapéuticos, está muy organizado como psicoterapia para psiquiatras y no psicoterapia para psicólogos clínicos, entonces parte del contenido nos resulta demasiado alejado, parte del contenido nos resulta demasiado redundante (EPSCL)*

*la formación que dan para los Mires, es una formación que es muy pobre para los Pires en muchas cosas y luego cuando se meten en territorios estrictamente psiquiátricos (...) estos les interesa muchas veces o a veces saber incluso más también porque los Pires salen con una muy buena formación también en farmacología e historias de éstas ¿no? y en neurología para qué te cuento, o sea que yo creo que eso sí sería bueno diferenciarlo (GD4)*

*Yo creo que lo que ha querido decir ella, es que la formación de la que partimos, parece, yo he entendido como que fuera mayor en los psicólogos porque hacemos cinco años de formación en la carrera, luego hacemos..., los que hacen el PIR o los que hacen un máster, o sea, como que tuviéramos mayor formación a nivel psicoterapéutico que los psiquiatras, (GD7)*

*que ese espacio de docencia no lo tocan porque tener un miércoles entero dedicado a la docencia es esto ¿no? primordial para que esto también tenga sentido. Con respecto a estar juntos o separados, pues yo creo que alguien pues esto, yo creo que se está haciendo bien pero aún así hay momentos como de tensión ¿no? de, bueno, es que los Pires, es que también esto es un poco paradójico también ¿no? porque los Pires parece que decimos, no, es que no nos interesa los fármacos, lo que pasa que a veces estamos cansados ya porque es todo el rato lo mismo, lo hemos estudiado también para el PIR (GD7)*

Por lo que es bastante unánime la opinión de que una cierta diferenciación y especificidad para los psicólogos clínicos, sería conveniente.

*Los residentes de psiquiatría están mucho más centrados quizás en la enfermedad o, bueno, trabajando en infantil se ve mucho y el psicólogo clínico muchas veces está más centrado en el desarrollo cognitivo y social de un niño, sí son diferencias que se ven (EPSCL)*

*Se intentó hacer una formación específica y diferenciada pero es que el número de Pires, si mal no recuerdo siempre ha sido mucho menor en las Áreas, se intentó hacerla en Madrid ¿no?, en todo Madrid, no sé si llegó hacer alguna cosa conjunta, pero por lo menos en nuestro hospital hay una parte común, una parte diferenciada, no sé cómo...(GD4)*

*Se juntan todos los residentes de Psicología clínica de todos los hospitales y hacen su formación teórica, cada vez viene una persona, dan sus charlas, sus sesiones clínicas y así van funcionando, eso me parece muy enriquecedor, el fomentar la relación de los residentes de distintos hospitales y también porque actualmente el psicólogo clínico hace su formación teórica con el residente de psiquiatría (EPSC)*

*tenemos un miércoles al mes, que las tres primeras horas del miércoles es partida y los resis de psiquiatría eligen qué adjunto quieren que venga a dar yo qué sé y nosotros elegimos qué adjunto nos venga a dar no sé qué (GD8)*

*a lo mejor yo creo que eso sería algo que nos beneficiaría mucho en la docencia ¿no?, juntar varios hospitales, todo el miércoles entero y a lo mejor pues ahí hacerlo más flexible, algo más para R4, pues para R1,(GD7)*

*yo creo que al hacerla conjunta en varios hospitales, se puede adaptar más y flexibilizar a las necesidades de cada residente (GD7)*

*en cuestión de evaluación, sí podría haber algunos aspectos más diferenciados (GD8)*

## ***EL PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO***

Sobre la nueva figura profesional de Psicólogo General Sanitario aprobado en la Ley General de Salud Pública de 2011 y la creación de un Máster General Sanitario al que se accederá desde el Grado/licenciatura en Psicología existe mucho desconocimiento y confusión.

*Yo pienso que todo esto da lugar a la confusión ¿no?, que si psicólogo general sanitario, si máster en salud, psicólogo clínico, al final, la gente tampoco sabe diferenciar una cosa de otra ¿no? Ya de por sí mucha gente dice que psicólogo clínico porque cuando estudias la carrera antes, pues hay unas cuantas asignaturas de clínica y ya te salía como clínico, no sé, al final es como que tampoco se valora la especialidad ¿no?, es como todo solapado y todo un poco de confusión. Haces un máster ahora en clínica, que si psicólogo sanitario, al final yo creo que es confusión y tampoco están las funciones diferenciadas porque hay gente que podemos ver nosotros en consultas supuestamente con el máster, con el tema éste de psicólogo sanitario los van a poner y al final es como, se solapan ahí las funciones y la gente está confusa (GD7)*

*Mi opinión es que si eso se abre, en este escenario desaparece la Psicología clínica porque vamos a ver a los gerentes que quiero decir lo veo, lo veo y si tienes la opción, lo único que protege ahora mismo que se contrate a psicólogos clínicos porque es que aquí si todos los especialistas o sea, salvo que conozcan a*

*alguien y APrecien la diferencia entre lo que es uno y lo que es otro, ya con sólo la palabra psicólogo, yo soy un poco obsesiva y cuando en todas las cosas siempre pongo psicólogo clínico, en todas las cosas lo pongo para esto porque no se tiene que confundir, no se tiene que confundir porque la gente lo confunde y a mí me parece que eso perjudica la Psicología clínica (EPSQ)*

*si las empresas privadas acaban ocupando, un poco el tema del psicólogo generalista, el psicólogo sanitario, etc. ¿no?, qué va a pasar ahí, con estos máster que están saliendo, que están cobrando un pastón a los alumnos pero que a la vez todavía no está claro qué títulos se les va a dar, ni qué competencias van a tener, ni qué tipos de trabajos van a tener, todo está en el aire pero ya son máster que están funcionando y bueno, creo que ahí también hay mucha incertidumbre respecto al qué va a pasar con los clínicos, los facultativos (GD6)*

**En primer lugar si para trabajar en la Sanidad pública es requisito necesario tener el título de especialista.**

*¿Qué pasa, que el psicólogo clínico sería el jefe del psicólogo general sanitario?, eso es un poco raro, pero habría que definirlo o ¿el psicólogo general sanitario es como el psicólogo clínico pero ganando menos dinero?, porque si ésta es la diferencia, da la impresión de que es lo que están buscando, ir cerrando las plazas de psicólogo clínico, ir abriendo plazas de psicólogo general sanitario y que los psicólogos ganemos menos y tengamos una posición de menos igualdad con el psiquiatra o con el resto de los médicos, no sé si con ese interés por abrir la psicología, en realidad en vez de llenar los hospitales de psicólogos, lo que vamos a conseguir es una conversión del psicólogo clínico a psicólogo no clínico, pero sanitario que está allí y tiene menos estatus,(...) dentro del marco de recortes generales pues el intentar ahorrar costes de cualquier manera posible, puede incluir esto (EPSCL)*

*pero no puede estar en un hospital trabajando, es que legalmente tienes que tener la especialidad, no puedes estar haciendo funciones de lo que no tienes la especialidad en un hospital público. (GD7)*

**En segundo lugar si la Sanidad privada puede contratar a psicólogos generales sanitarios en lugar de especialistas en Psicología clínica.**

*Hasta lo que yo conozco, el tener el título del máster éste, de psicólogo sanitario, daría opción a trabajar en el ámbito privado no público, con lo cual el tema de los Pires no correría peligro, en tanto y cuanto la Sanidad Pública no se llegará a privatizar. (GD7)*

**En tercer lugar si las empresas privadas que asumirán la gestión externalizada de los servicios públicos están obligados, o no, a contratar a psicólogos especialistas o pueden contratar a psicólogos sanitarios.**

*Pero yo pongo en duda incluso, no sé, será otro debate, de que en el futuro, una sanidad privatizada realmente requiera una formación PIR para contratar (GD3)*



*y que nos quieran vender el máster como que va a ser independiente del PIR y que con ese máster uno puede trabajar en la práctica privada, es que ese máster les va a dar acceso a la sanidad pública porque se va a privatizar (GD7)*

*El COP lo tiene que tener claro, pienso que va a tener que haber un Colegio de la parte clínica (risas) va a tener que haber una escisión porque no puede defender intereses contrapuestos (EPSCL)*

**En cuarto lugar si al programa PIR se va a acceder desde el grado o desde el Máster.**

*Pero uno de los problemas concretos que vamos a tener ahora o los tendremos en poco tiempo, pues es el tema de eso, de psicólogos generales de Atención Primaria (...), si son especialistas, si con un máster valen, si después de ese máster como, parecía que la última noticia pueden hacer acceso directo lo que pasa que es una petición del Colegio ahora, pasan directamente a Pires. Yo creo que hay ahí juh!, una confusión entre nosotros, tremenda. (GD4)*

*Entonces yo creo que si no, o sea si realmente el Colegio de Psicólogos tiene interés en que la Psicología clínica se mantenga y no sea una chacha para las cosas de problema de "dile la mala noticia", "dile no sé que".(EPSQ)*

*pero yo no sé dónde se puede adquirir fuera del Sistema Nacional Público, un nivel de contacto con el paciente grave como la que se adquiere en la residencia. Yo eso que me digan dónde estás en contacto con pacientes psicóticos desde que te levantas hasta que te acuestas. (GD7)*

*EL Psicólogo General Sanitario con un máster en el que no se sabe ni cómo van a ser las prácticas ¿Quién va a diferenciar al generalista del especialista? No debería haber atajos para llegar a la Especialidad. La Academia y el Colegio también tienen intereses economicistas ¿con quién se alía el COP? Con la verdadera Especialidad o con los atajos profesionales (EPSCL)*

*la mayor reivindicación, es que se pueda realizar la especialidad después del máster, que el itinerario curricular para poder ser psicólogo clínico sea PIR, grado máster, no, sea grado-máster-PIR, perdón, eso, porque lo que tiene pinta que va a pasar es que va a ser, que uno primero hace el grado y luego decide si hace un máster o hace el PIR y al final parece que uno puede escoger y que es lo mismo hacer una cosa que otra y que en una tienes que pasar un examen muy difícil que cuesta mucho esfuerzo, y que en la otra pagando un dinerillo que es lo que cuesta el máster, pues te lo sacas y que al final, va a dar igual tener una cosa que otra (EPSCL)*

## **Un gol en propia puerta**

Los psiquiatras son muy críticos con esa figura ya que consideran que, al no tener el mismo nivel de facultativo especialista, será mano de obra más

barata lo que, en tiempos de recortes, irá en detrimento de la contratación de psicólogos clínicos especialistas.

*La figura de psicólogo general sanitario es un gol que se han metido los psicólogos a ellos mismos. Será mano de obra más barata que los psicólogos clínicos. Muchos catedráticos de psicología no están de acuerdo en haberla definido como profesión sanitaria porque no toda la psicología es sanitaria (EPSQ)*

*Entonces no puede ser que llegue a un espacio clínico, alguien que no ha tenido contacto desde un grado, no puede ser, entonces es indispensable que se haga el máster sanitario y sea un paso necesario para poder acceder a la Psicología clínica, sino, digamos, yo creo que se pierde la batalla y desAParecerán los psicólogos clínicos, quedarán como algo a extinguir. Si queremos que la Psicología clínica esté en nivel de igualdad con las otras especialidades sanitarias, se tiene que APostar indudablemente por eso, sino se pierde la batalla porque se va, esto es, ¿cómo son los de los mejillones estos del Ebro que hay unos que se van comiendo a los otros? (EPSQ)*

Y los psicólogos clínicos también lo consideran como una categoría profesional 'inferior' que se puede doblegar y supeditar a los psiquiatras, y a los médicos en general, más fácilmente que ellos mismos.

*Si de pronto aparece un psicólogo con una, entre comillas, categoría inferior, bueno categoría profesional, llamémosle inferior, no de modo despectivo pero realmente es así, pues es más fácil que adopte un papel menos reivindicativo de lo que supone la psicología y adopte más fácilmente un papel de, bueno, segundón o de, bueno, hago lo que me dice el médico o el psiquiatra y no tanto lo que a mí me parece que hay que hacer con un caso y eso me parece peligroso (EPSCL)*

Tanto psiquiatras como psicólogos clínicos consideran que esta nueva profesión puede ser una puerta de atrás para entrar en la sanidad pública a bajo coste,

*Creo que ha sido un logro tal el lograr la especialización de la Psicología clínica que no se debe echar por tierra y desde luego está claro que ahora mismo tal y como está estructurado o se logra un itinerario para la formación, la Psicología clínica pasando del grado de psicología que en la mayoría de las facultades no es sanitario al máster sanitario y para acceder a la especialidad de Psicología clínica se pasa desde el máster o si no nos vamos a encontrar con dos tipos y se va a intensificar eso que yo te decía de los becarios que hay por aquí repartidos que son los psicólogos sanitarios y los psicólogos clínicos. En este momento que estamos con los recortes, te puedes imaginar por dónde irían los tiros porque evidentemente un psicólogo clínico ahora mismo vale lo mismo, bueno económicamente cuesta lo mismo a la institución que un psiquiatra o que otro especialista. Si tu abres la puerta a que un psicólogo sanitario que va a valer, que va a tener un valor menor porque va a ser no especialista generalista puede entrar en el sistema, va a sustituir y se lo va a comer a los tres minutos entre por Primaria o entre por donde quieras, a los tres minutos.(EPSQ)*

*me parece una cosa tramposa el decir en Atención Primaria, sí porque haces no sé qué en detección, prevención, promoción, o sea, a mí me parece tramposo, porque en cuanto un psicólogo puede ser contratado de una manera más barata, oye, pues contratados para prevención pero 'ya me ves estos' ¿no?, es que...Y me parece una cosa clarísima. (GD3)*

*yo lo que veo es una puerta de atrás, la entrada por la puerta de atrás en un Centro de Salud Público de psicólogos no clínicos (GD7)*

*Yo lo que creo es que eso puede ser muy peligroso ¿sabes? porque entonces va a haber como doscientos mil tipos de psicólogos, va haber que hay una confusión de quién es clínico y quién no es clínico (EPSC)*

*por eso es tan importante la Psicología clínica planteada dentro del Sistema de Salud Pública y que eso no lo toquen de ninguna manera y que no haya puertas de atrás ni puertas falsas, porque lo importante, igual que la residencia en un médico, es el acceso a los pacientes, (GD7)*

*Ahora cuando haya psicólogos clínicos y psicólogos sanitarios, ¿cuáles son las competencias de cada cuál?, ¿por qué se devalúa la clínica?, ¿por qué se permite que alguien pueda acceder a un puesto de trabajo sin haber visto nunca a un paciente? No hay profesión así nada más que la psicología. Entonces es, como nosotros mismos lo vamos devaluando, yo creo que habría que potenciar más la vía PIR, a mí me parece fantástica, quizás había que potenciar que haya más plazas o ese tipo de historias, fenomenal, pero devaluarla nunca, nunca y lo estamos haciendo. (GD4)*

o simplemente que no merezca el esfuerzo de los cuatro años de PIR para llegar al mismo sitio que con dos años de máster, es decir a poder ejercer en las consultas privadas y poder ser contratados por empresas privadas que, a su vez, concierten o gestionen los servicios públicos externalizados.

*ya me contarás a ver como aboradas tú, toda la especialidad de Psicología clínica simplemente con el título de psicólogo sanitario generalista. Yo no lo veo, claro va a venir la movida de los cuatro años de PIR porque se seguirá haciendo para acceder a lo público, pero entonces ¿cuál es la especialidad de la clínica si los generalistas pueden hacer lo mismo que el clínico? Si todos somos clínicos y todos pueden intervenir, hacer evaluación, tratamiento y diagnóstico, ¿para qué haces cuatro años de PIR?, para poder acceder al campo sanitario de lo público cuando lo están privatizando y además no te contratan. Va a decir la gente, para qué voy a perder el tiempo yo con el PIR si yo ya tengo el título de psicólogo sanitario generalista, puedo trabajar en la clínica. (EPSC).*

### **Una salida 'paliativa' para la práctica privada**

Sin ser una alternativa que convenza a ninguno de los entrevistados, una parte de ellos, los más vinculados al Colegio, comprenden la defensa que el COP ha hecho del derecho de los psicólogos a seguir trabajando 'como

clínicos' en su centros privados y consideran que la figura del psicólogo general sanitario ha sido la salida más digna que la institución ha encontrado para los psicólogos que, estando trabajando en la práctica privada, no obtuvieron el título de especialistas y se quedaron fuera de la consideración de sanitarios por obra y magia de la LOPS.

*el Colegio ha defendido una postura que a mí me parece que resuelve problemas que teníamos con todos los compañeros de la Psicología clínica que es lo que ha predominado en el desarrollo de la psicología, pero va a generar muchos y gordos desde mi punto de vista, en cuanto a formación de las generaciones que vengan y de cómo resolver esta problemática que se crea entre el psicólogo-sanitario generalista para trabajar como especialista en Psicología clínica. Eso vamos a ver, lo que se prevé porque tampoco está desarrollado, es que los que vayan a estudiar el PIR, le den la formación clínica ésa, pero es que si los otros pueden ya ejercer de clínicos y pueden hacer las mismas funciones, ¿para qué ¡coño! vas hacer cuatro años de PIR? (EPSCL).*

*ese nuevo invento lo han hecho para acallar a doscientos mil colegiados y que están pagando ahí una cuota y darles ahí una salida y darles una cobertura a nivel de lo privado sobre todo, porque tampoco eso está claro, quién podría o no ejercer privada, entonces creo que aquí faltan desarrollos más finos realmente ¿no?, de la Psicología clínica, en general de adultos, de creación de una Psicología clínica infantil que me parece clave, igual aquí están planteando con la psiquiatría (EPSCL).*

*El COP tiene que preocuparse por esa gran mayoría de gente que tiene que alcanzar el título de generalista con el amplio problema que se va a dar, aquéllos que puedan acceder al Master, que el Master tiene que contratar prácticas externas y hay que darlas en centros y a los profesores tienen que pagarles..es muy complejo todo esto que se está generando, es muy complejo y luego habría unas leyes transitorias, gente que ha estado haciendo Másteres, títulos propios ¿se les va a equiparar? gente que ha estado colegiada como pasó con el PIR ¿se les va a dar? (EPSCL).*

*EL Psicólogo General Sanitario es algo paliativo de una situación que está creada en estos momentos (EPSCL).*

*Los médicos pueden trabajar en lo privado sin ser Especialistas pero normalmente lo son porque trabajan antes en lo público y para eso se exige la Especialidad (EPSCL).*

*Y entramos de nuevo en las competencias que ahora que ahora me imagino que el Colegio tiene también ¿no?, dar salida y dar cobertura legal pues a todos los licenciados que salen que hay que darles trabajo y hay que darles perspectivas de futuro, etc. (GD4)*

*hay mucha gente con formación en psicoterapia, con formación también en grupos, con formación en la Terapia de grupos que aunque no haya pasado por aprobar un examen, sí que puede tener acceso a, bueno, pues a trabajar de una forma pues clínica ¿no?, aunque no sea en servicios públicos, pero sí de ¿no?, en dispositivo sanitario (GD5)*

*pero claro, es imposible que el sistema admita o absorba una cantidad de titulados que ya sean de la clínica, incluso cubriendo todas las necesidades absolutas de la Psicología clínica digamos en serio, de la que se ve en Salud Pública ¿no? ni siquiera así, yo creo que se absorberían el número ¿no?, el número de titulados (GD7)*

*yo creo que, tampoco es una contradicción con el máster, para nada, porque también yo creo que tengo muchos compañeros que no se han sacado el PIR, a lo mejor yo creo que ellos tienen que tener una posibilidad de trabajo regulada y legal y con una buena formación, que esto, pues no es discutible ¿no?, pero tampoco estoy en contra del máster, pero creo que hay que defender la especialidad y los límites y las competencias para que sea legal para todos, para nosotros y para ellos (GD7)*

*entonces en lo privado sí que puede estar el psicólogo general sanitario que sabe menos, para lo privado es el que menos formado está y para lo público el que más, claro, esto también crea este nuevo debate ¿no?, pero bueno es lo que hay, es así, (GD7)*

*De cara un poco a trabajar en el, bueno, pues en la privada, o sea no me parece mal, quiero decir, si está ese máster ¿no? (GD8)*

*yo creo que sí que puede haber buenos clínicos que no tengan que ser necesariamente vía PIR (GD7)*

*Hombre, yo he respetado al Colegio de Psicólogos, no me importa declararme, creo que cada uno tiene sus intereses y entiendo que un Colegio profesional, debe dar, intentar satisfacer a la mayoría de sus clientes y la mayoría de sus clientes no son psicólogos clínicos, son psicólogos y entonces trata de hacer todo lo posible para que esos psicólogos no clínicos tengan salidas en el medio que les gusta a la mayoría de los psicólogos que es trabajar con pacientes (GD3)*

*en la privada también es más difícil muchas veces diferenciarnos (GD8)*

## **Másteres como 'especialidad'**

La figura del psicólogo general sanitario está asociada a un nuevo máster todavía por definir pero al que los psicólogos entrevistados equiparan a los actuales másteres bien conocidos por muchos de ellos.

La gran mayoría de los que han hecho o están haciendo el PIR han hecho antes, durante o después, algún máster de los que ofrecen las Facultades como títulos propios, citan el de Neuropsicología, Psicología clínica y de la salud, Psicooncología, Ansiedad y Estrés, etc.

Su valoración, con conocimiento personal de causa en muchos casos, como psicólogos especialistas vía PIR o PIRes actuales, es que la formación

alcanzada con el máster es sensiblemente inferior a la obtenida a través del PIR.

*El máster está muy bien, las prácticas están muy bien, pero no hay un punto de comparación con lo que es el PIR (EPSCL).*

*El máster para mí no tiene, no puede equivaler a cuatro años de práctica ¿no? real en los servicios con los profesionales que llevan un montón de años y no es equiparable. (GD6)*

*A ver, nada, yo creo que después de hacer un máster necesita otro rodaje para trabajar, vamos yo estudié al principio un máster y no me consideraba capacitada de ponerme a ver pacientes así de golpe, necesitaba (GD7)*

*la formación en Psicología clínica que ofrece, da derecho la residencia y no es comparable a lo que puede ofrecer ningún máster, o sea, yo voy a terminar la residencia con tres másteres a mis espaldas y te aseguro que ninguno de ellos me ha dado la formación que me ha dado el ver pacientes todos los días y el verlos con profesionales muy heterogéneos también, o sea, mi hospital lo bueno que tiene es que es un sitio muy grande donde trabaja gente de orientaciones totalmente diferentes tanto psicólogos como psiquiatras y poderte formar con estas personas, poderles verles hacer, poderles verles trabajar y luego tú ir seleccionando de ahí y estar viendo pacientes todos los días, creo que en las prácticas de máster ni de coña. (GD8)*

Y los psicólogos clínicos vía homologación son especialmente críticos con las Facultades de Psicología que han creado másteres, según ellos, por interés económico.

*Creo que sería un error, pensar que esa formación aparentemente fácil, pueda dar salida ¿no? a la problemática de la psicología, creo que ése es un engaño de la facultad en general a nivel así teórico ¿no? Y creo que es un engaño pues de los grupos de formación, tipo máster, etc. (GD4)*

*el máster da dinero.*

*Y además son muchas horas menos.*

*Sí, sí, si nosotros no salimos rentables para nada, lo que pasa que es la balanza de siempre, económico o de calidad.(GD7)*

*Y luego hay con másteres, que esto es más delicado aún porque claro, los que vienen son ya licenciados (...) pero vienen los alumnos con el visto bueno del jefe obviamente y ese tipo de alumnos son muy peligrosos, ¿por qué? porque van muy prepotentes, van como ya los psicólogos, aquí se crea como, las enfermeras les llaman “los psicólogos”, “vienen a rotar los psicólogos”(EPSCL).*

*tenemos convenios con prácticas, el primero lo hice yo mismo con la Universidad de donde vienen alumnos de quinto a hacer prácticas con nosotros (EPSCL).*

*yo celebré mucho la llegada de los PIR y al muy poco tiempo a mí me nombraron tutor. Me llevé una enorme sorpresa porque lo que para mí era alegría, yo percibía que no era bienvenido en otros ámbitos de la psicología, concretamente en el Colegio y mucho más en la universidad, luego pues con motivo de dar conferencias y cursos por ahí en diferentes universidades, pues en Cataluña, en Valencia por ahí, en Oviedo, yo me daba cuenta que los alumnos, los propios profesores les desaconsejaban hacer el PIR. (GD4)*

**Y cuya calidad se entrevé insuficiente como, en buena medida, lo ha sido la formación en la licenciatura.**

*eso exige preparación bien en las universidades y luego el postgrado o bien a través del máster, pero en la clínica para formar bien se necesita hacer práctica, práctica y práctica (EPSCCL).*

*durante la carrera, por lo menos cuando yo la hice, durante la carrera todo es desde un enfoque, vamos mucho más teórico por supuesto y muy parcial, o sea, no muy parcial. Pero por ejemplo, en mi facultad, básicamente era todo cognitivo-conductual y psicoanálisis estaba totalmente de lado; psicodrama, vamos o lo sistémico, o sea, eran como cosas accesorias y como más opcionales o no sé, no se entraba tanto en profundidad, es una formación muy parcial la que nos dan durante la facultad y muy teórica y sin embargo durante la residencia, tienes una formación mucho más práctica, con pacientes que yo creo que eso es fundamental, o sea que yo considero que un psicólogo al terminar la licenciatura sin haber visto pacientes en su vida porque el practicum no me parece nada válido para salir preparado, o sea, me parece como una toma de contactos para ver lo que hay pero no para salir y ponerte a ver pacientes y sin embargo el PIR sí, o sea, me parece una vía fundamental (EPSCCL).*

*lo que le va a dar seguridad a la persona es que vea a los pacientes acompañado, tiene que tener unas buenas prácticas (EPSCCL).*

*Seguimos en una cosa obsoleta, compartimentando por enfoques teóricos, académico-profesional..., todavía somos muy grupúsculos como profesión, muy pequeñitos, no hay esa integración que debería existir. Asociados de verdad en la Facultad había poquitos, a veces se ha hecho muy academicista la Facultad y ha contado una versión que uno no se encuentra en el día a día, modelos de trabajo muy estructurados que luego a la hora de la verdad no se pueden llevar a cabo. No estamos interrelacionados seguimos con lastres que no deberían existir pero....en el practicum el alumno es de lo que se queja (EPSCCL).*

*una de las cosas que me enseñó la, bueno, los primeros días de residencia es que a mí las terapias en doce sesiones que me enseñaban en la carrera no existen, o sea, yo creo que sí que muchas veces te centras en una formación excesivamente académica (GD8)*

*la universidad está muy distante de lo que es la clínica en realidad, entonces a mí, pues el PIR también me ha servido para desaprender todo lo que ha aprendido en la carrera ¿no? y decir, pues ahora tengo que partir de cero y el pensar que es una formación que es como, bueno, pues como continuar con la formación académica de las universidades, pues me parece que es..., bueno que no se adapta a lo que es el trabajo clínico (GD8)*

## EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES CIENTÍFICO-PROFESIONALES

Dada la fractura existente entre grupos de psicólogos clínicos y el Colegio de Psicólogos, un objetivo relevante de la investigación era conocer la opinión de los entrevistados sobre las Asociaciones científico profesionales relacionadas con la Psicología clínica en relación con la Especialidad y con el propio Colegio de Psicólogos.

En los discursos de los entrevistados las Asociaciones más presentes fueron AMSM-AEN y ANPIR, además del COP. Las Asociaciones más 'científicas' prácticamente no existen en el discurso de los psicólogos clínicos y no son ni siquiera nombradas por los PIRes.

Las referencias a las conflictivas relaciones entre las tres Asociaciones más político profesionales (AMSM-AEN, ANPIR y COP) las exponen los psicólogos clínicos vía homologación más veteranos y con más vinculación a dichas Asociaciones.

Las acusaciones y reproches mutuos mantienen una estructura bastante similar.

Del lado de personas participantes activas en el Colegio de Madrid a la AMSM-AEN por su vinculación '*a muerte*' con la Psiquiatría y del lado de personas participantes activas en la AMSM-AEN al Colegio por colocarse '*del lado de la privatización*'. En ambos casos se atribuyen un papel *nefasto*.

*lo que ha hecho la AEN sí tengo claro que ha sido nefasto, o sea, yo personalmente creo que ha sido nefasto, yo no entiendo por qué tenían, por qué esa vinculación a la psiquiatría porque en definitiva era una vinculación a muerte con la psiquiatría comunitaria (EPSCl)*

*Yo, el Colegio me parece que ha ido teniendo cada vez un papel más nefasto en todo esto, francamente me parece que es una estructura que cada vez es más narcisista, individualista y que se coloca del lado de la privatización (EPSCl)*



Otras Asociaciones más 'científicas' se crean, a juicio de los entrevistados, para influir en las peleas interinstitucionales relacionadas con la Especialidad, especialmente dentro de ciertas estructuras de poder, como es la Comisión Nacional de la Especialidad.

*La Asociación Española de Psicología clínica y Psicopatología ¿no?, que lógicamente nace en un momento muy oportuno, con un objetivo claro, tiene a mí me parece una función estratégica, pero yo creo que no tiene mucho peso después en el quehacer cotidiano, en la colaboración de esto que estábamos hablando de una identidad, o sea, a mí me parece que nace con un objetivo estratégico que tiene que ver con una presencia en un momento determinado en la Comisión Nacional y con pelear ahí a nivel del Ministerio y en todos los foros que fuera posible, el desarrollo de la Psicología clínica, en ese sentido chapó porque han cumplido muy bien (EPSCl)*

*hay otra que ha salido hace poco que creó el Colegio de Psicólogos o gente del Colegio de Psicólogos que han tenido ahí su función o que tienen su objetivo estratégico (EPSCl)*

*yo creo que estoy apuntado porque salió del Colegio y yo creo que sí que me apunté, pero como eso era como un apéndice de otra, yo no sé...(EPSCl)*

*Luego, hay una asociación de Psicología clínica que está la sede en Valencia, me parece ¿no? (...) que yo no la he sentido nunca portavoz de lo nuestro, nunca, más bien unida a la universidad (GD4)*

*Ha salido por ahí otra, Asociación Española de Psicología clínica que no son más de 10 que ha generado una querrela contra la Comisión Nacional de la Especialidad que creo, lo digo sin absoluta certeza, que ha sido amparada y potenciada por el COP. Si eso es así me reservo el calificativo, pero es muy grave y ésa va en contra de los intereses de la Psicología clínica (EPSCl)*

Las Asociaciones son vistas como espacios de poder copados por grupos de personas bastante cerrados con intereses afines,

*la AEN, por ejemplo, ¿no?, estructura mixta y contiene también sus espacios de poder y de intereses como cualquier organización lógicamente como cualquier organización, pero bueno, a mí me parece que sí que han tenido un papel importante y de hecho yo creo que es la única organización profesional que tiene algunas ideas bastante claras (EPSCl)*

*hay bastante amiguismo y sectarismo en muchas Áreas y en la AEN yo lo conozco todo de la información que me llega porque soy miembro y cotizo, pero a mí no me han llamado personalmente nunca para nada y cuando me apunté a una, no me llamaron tampoco y yo veo que hay unas cosas rarísimas (EPSCl)*

*En mi opinión ANPIR habrá que abrirse a la presencia de psicólogos clínicos homologados, me parece una discriminación poco justificable (EPSCl)*

entre los que no son menos importantes las orientaciones teóricas,

*yo creo que es ahí sí que está copado por el enfoque totalmente dinámico y sistémico. No sé, pocas veces que aparezca en la organización de los Congresos de todo eso, yo leo los programas y tal y creo que hay un sesgo grande del enfoque más dinámico, más sistémico y más, por la línea psicológica de esos paradigmas (EPSCL)*

*Una sección sí, pero una sección muy cerrada porque yo he ido alguna reunión y es tan cerrada que lo lleva uno o dos y no dejan muchas cosas, incluso una psiquiatra que lleva mucho tiempo ahí tampoco le dejan cosas, entonces no es abierta, no es decir, yo quiero participar o tú o que entren, claro en el psicoanálisis también hay muchas ramas ¿sabes?, (...). Ahí está muy cerrado, muy copado, cosa fea también pero bueno... (EPSCL)*

**los intereses económicos**

*las asociaciones no tienen mucho peso creo yo, la verdad, no, tienen un peso de posicionamiento, de una opinión y tal, pero no hay muchas que tengan un peso específico. Ésta que se hizo de la FEAP y todo eso, yo creo que son un invento para sacar pasta (EPSCL)*

**o los intereses psiquiátrico-corporativos.**

*y luego la AEN que ha apoyado lo público siempre, pero con la condición de que los psicólogos no levantáramos la patita ¿eh? ¡Cuidado!, porque los jefes de servicio son psiquiatras, entonces esa Asociación Española en Neuropsiquiatría, en la que ha acogido trabajadores de Salud Mental, pero yo realmente, bueno, sí, nos han apoyado cuando ya se lo hemos pedido, pero promover, promover, pues mira ¡va a ser que no! (GD4)*

*no hace falta ser muy paranoico para plantearte que es que estás chocando con otros intereses ¿no? Entonces si vamos a ese tipo de intereses, tú puedes señalar en tu informe al Colegio clarísimamente que no va a funcionar o lo mismo lo que tiene que definir el Colegio son sus propias acciones. No están claramente definidas, entonces son como grupos de poder y se va a imponer el grupo que más poder tenga, no el que más razón tenga (GD4)*

**Para los psicólogos clínicos vía PIR las peleas entre la AEN y el COP pasan bastante desapercibidas.**

*da mucha sensación de que son asociaciones quizás más psiquiátricas que psicológicas-clínicas, desconozco qué postura tienen, no tengo ni idea la verdad, ni estoy al día respecto hasta qué punto están o no enfadados con lo del psicólogo general sanitario, les parece bien, mal o regular, bueno, no lo sé (EPSCL)*

**En cualquier caso opinan que cuando se trata del poder nadie renuncia a él.**

*luego a la hora de decir: se abre una jefatura, psiquiatría; se abre una jefatura de servicio, psiquiatría ¿eh?, en la lucha por parte, es que ni de la AEN ¿eh?, ni de la AEN hay una lucha real para que eso no sea*

*así. No puede ser que después de veintitantos años, hubiera una lucha real y estuviéramos como hace veintitantos años, en eso estamos como cuando comenzó. Entonces, bueno seamos realistas, que no, hombre, que la AEN favorece, no. La AEN, mira, cuando se implica de verdad en algo, se implica en serio y consigue cosas, ahí no, vamos, yo es que creo que realmente nunca se ha implicado en serio (GD3)*

*Igual entramos en otra zona, pero no cabe duda que ésa es una cuestión dentro de lo ideológico pues puede ser a lo mejor lo ideal, yo no sé o si fuera eso sería maravilloso, maravilloso. Pero vamos, años luz, imposible y pasaran todas las jubilaciones nuestras y redoblaríamos ¿eh?, pero el servicio de psiquiatría va a estar ahí toda la vida ¿eh?, no sé si llegará a estar el servicio de psicología pero de Salud Mental con psicólogos-psiquiatras sí, yo sé que dentro de la AEN y eso y yo estoy dentro de la AEN y tal, te digo, me parece, es que ni siquiera dentro de la AEN afecta en realidad ¿eh?, una cosa creo que es que en los textos donde tengan que escribir o de eso que lo apoyen, pero la realidad para nada. Yo estoy trabajando en un Servicio que desde parece que se ha apoyado y es verdad tenemos una independencia para ejercer nuestro trabajo como probablemente en pocas Áreas, ahí estamos haciendo ingresos, estamos haciendo, vamos informes con los jueces, exactamente como cualquier facultativo pero llega luego la responsabilidad de, y como mucho la aceptes pero no la reconocen oficialmente,(GD3)*

*¿pero cuántas jefaturas de servicio hay?, ¿cuántas jefaturas de sección hay?, cuánto han hecho los reivindicadores psiquiatras con nombres y apellidos de la Laín que son los que realmente más han apoyado esto en realmente luchar por ello, casi nadie, casi nadie (GD3)*

*es que a lo mejor hay asociaciones en las que uno se ha sentido perteneciente y bien contenido y recogido y siendo compañero, que ahora mismo pues a lo mejor yo no me siento así en alguna asociación así que pertenezco, porque veo que el sesgo cada vez es más psiquiátrico, con lo cual yo no me animo a participar como participaba antes ¿no? en la Madrileña ¿no?, que yo he sido muy activo en la Madrileña, que he estado en trabajos en los Congresos, ahora mismo no, me siento, creo que no, estoy un poco enfadado con ellos. (GD5)*

## **Otros buscan juntarse con sus afines teóricos.**

*yo que soy psicoanalista pues estoy con un grupo, con una asociación psicoanalítica y me organizo y me reúno en esos lugares, no voy al colegio (EPSCL)*

*En otras asociaciones también pues te nutren de una identidad, de pertenencia, te permiten decir cosas dentro de un contexto donde ¿no? se puede decir esas cosas, no sé... Yo pertenezco como a seis o siete asociaciones y, bueno...(GD5)*

**En ningún caso nadie duda, lo afirme más o menos enfáticamente, que tanto la AMSM-AEN como ANPIR han contribuido a la defensa de la Especialidad desde su creación,**

*Yo creo que de las asociaciones un poco ligadas al psicólogo y que de alguna manera, bueno, si no una defensa como a mí me gustaría ni mucho menos, pero sí han estado siempre ahí desde reconocimiento de la especialidad hasta una continuidad, ésta es la AEN, luego ANPIR (GD3)*

*Y yo creo que se ha conseguido mucho con eso y que el temor es a que eso se pierda, a que no se, o sea, yo creo que se considera eso como una muy buena formación, la mejor posible, bueno no posible sino dentro de lo que hay, la mejor y más regulada, más, con igualdad de acceso, de posibilidades de acceso ¿no? para todo el mundo, que no prima un criterio económico, por ejemplo, sino que bueno, pues hay opción para cualquiera, para el esfuerzo personal ¿no? y que el miedo es un poco a perder eso, o sea que la lucha yo creo que desde ANPIR es más el proteger eso y luchas porque eso se amplíe (EPSCL)*

*La AEN y la AEPCyP siempre han estado Apoyando la Psicología clínica, ANPIR no claramente, era claro y defendía los intereses de la Psicología clínica y del PIR pero en este momento no está tan clara esta definición (EPSCL)*

**incluso llegando a ser beligerante con psicólogos no especialistas, aunque respetando a los que se le reconoce una alta cualificación a pesar de no tener la especialidad.**

*no hay demasiado buen comportamiento en ocasiones, a ver, psicólogos clínicos, Pires con respecto a otros psicólogos con enorme buena formación en el tema de psicología de la salud y al final lo que valía la pena era lo del papelito. Yo no he escuchado también una defensa real de esas asociaciones de que hay otros psicólogos con muy buena formación que sin tener el papelito, También llevas razón, cierto. ...y eso me parece muy serio, porque al final es el corporativo del corporativo y ya esto es... (GD9)*

*los comentarios por ejemplo de ANPIR sí que han sido en contra de los psicólogos que estamos trabajando a lo mejor en los hospitales, pero sin embargo, a mí, en las jornadas, personalmente, me he invitaron como experta en las jornadas últimas que han tenido los de ANPIR y todos saben que yo no soy especialista, entonces y no hubo ningún comentario sino todo lo contrario (GD9)*

**Respecto a ANPIR se cuestiona que solo puedan entrar PIRes o psicólogos clínicos por vía PIR lo que le resta 'representatividad' del conjunto del colectivo y se convierte en un grupo más interesado en sus reivindicaciones que en el desarrollo de la Especialidad.**

*El debate que hay en ANPIR respecto a este tema, yo creo que tiene que ver, no tanto con que aparezcan psicólogos homologados dentro del grupo de ANPIR sino que aparezcan psicólogos homologados sin experiencia clínica, gente que no haya visto nunca a un paciente (EPSCL)*

*soy socio de ANPIR, (...) porque como yo fui vía, el PIR regional hace más de veinte años, pues me aceptaron y entonces he ido algunas asambleas y te das cuenta como ellos desarrollan su propia identidad que no tiene que ver con la tuya, (...) ellos defienden más cuestiones casi sindicales, corporativas, de Pires, eso les une como nada. (GD1)*

*Está ANPIR que es la asociación de Pires y psicólogos clínicos que yo creo que sí que también se ha posicionado....se ha posicionado y que además trata de realizar un trabajo en pro de la Psicología clínica.(GD6)*

*yo tampoco conozco ANPIR y la única de la que soy socio es de la Asociación Madrileña de Salud Mental, donde bueno, pues allí se acoge a todos los profesionales de la Salud Mental ¿no? como su nombre indica y está abierta (GD7)*

Otras Asociaciones, a las que pertenecen los entrevistados, son nombradas en cuanto han contribuido al desarrollo de la Psicología en relación a la salud pero no tanto a la especialidad de clínica ni en la sanidad pública. Es el caso de la Asociación de Lucha contra el Cáncer propiciando la contratación de psicólogos que luego conciertan con la Sanidad pública o la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial que defiende el campo de la Rehabilitación Psicosocial en la que trabajan psicólogos, en algunos casos especialistas y en otros, no.

*luego claro, está la Asociación ésta de Rehabilitación Psicosocial que es muy potente también, pero bueno, pues ésta también claro, tiene, protege de alguna manera pues al psicólogo fundamentalmente de rehabilitación de Servicios Sociales (GD3)*

*Si hay una institución que ha peleado por la figura del psicólogo ha sido la AELCC, es la principal fuente de contratación....han hecho mucho. El grupo español de pacientes de cáncer implicación total con la figura del psicólogo (EPSCl)*

## **EL PAPEL DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS**

Uno de los objetivos específicos de este estudio era conocer la valoración que los psicólogos clínicos hacían del Colegio de Psicólogos respecto a la Especialidad de Psicología clínica.

Algunos de los psicólogos clínicos más veteranos y con históricas relaciones con el COP, partiendo del reconocimiento de los logros alcanzados por los psicólogos en general y por el Colegio en particular, critican el hecho de que en el Colegio en general, refiriéndose indistintamente al Colegio de Madrid

como al Consejo Estatal de Colegios de Psicólogos, las personas se mantienen mucho tiempo en los cargos directivos lo que propicia un cierto funcionamiento endogámico, por lo que sería deseable que se produjese renovación de cargos.

*Yo creo que se está haciendo cosas (...) y se han hecho y aquí estamos por lo que hemos hecho entre todos. Pero que se podría, yo pienso, algunos aspectos en la gestión mejorar y que tengo la percepción del funcionamiento un tanto, pues eso, ya endogámico y que eso debería airearse y que pudiera dar, por ejemplo, yo últimamente veo que está predominando muchísimo el enfoque dinámico, o sea que hay muy poco..., así como hay áreas que en un momento se apoderaron los enfoques más experimentales, ahora en el Colegio yo pienso que se mueven mucho más los dinámicos (EPSCCL)*

*Habría que renovar y que hubiera alternancias. Yo creo en el estado de derecho y en el sistema parlamentario y que es muy bueno que se alteren las personas que gobiernan las instituciones porque sino la tendencia del ser humano es a la apoltronamiento, al amiguismo y alguna cosa más. Yo discrepo de muchas cosas de gestión del Colegio (EPSCCL)*

Otros apoyan la línea del COP de potenciar la Psicología de la salud, además de la Especialidad de Psicología clínica.

*No, no, ahora el COP lo tiene claro en la idea y en lo que se está generando que es Salud que es donde realmente la Psicología nos hemos dado a conocer y se nos está respetando...con los psicólogos clínicos vía PIR y tal no hay mucho problema, el problema es que no hay plazas de trabajo una vez que han acabado (EPSCCL)*

Y algunos constatan las dificultades que, entre los propios psicólogos, existen en el marco del Colegio de Psicólogos, reclamando un esfuerzo profesional entre todos, y al Colegio que lidere políticamente el proceso de consolidación de la Especialidad

*Yo tuve una reunión, la única vez en mi vida que he ido, al Colegio de Psicólogos, y aquello era un maremágnum increíble, estaban los pro-clínicos, los pro-PIR, los pro...(GD4)*

*Yo creo que tienen que ser políticos los cabeza de todo esto, todo lo demás, hay que hacer un esfuerzo puramente profesional desde mi punto de vista y eso no lo hemos conseguido (GD4)*

## ***La especialidad, un hijo poco reconocido***

Los más veteranos reconocen el papel de 'progenitor' del COP en el nacimiento de la Especialidad aunque lo sitúan en un tiempo pasado y lejano, como si la Especialidad haya sido en buena parte fruto del trabajo del Colegio pero al que luego no se le ha reconocido suficiente y no se le ha seguido 'alimentando'.

*igual que en otros momentos, el Colegio ha sido una estructura que ha impulsado, que ha generado ilusión, que ha movido ¿no? A mí me parece que en este momento es una estructura muy fuerte, muy poderosa, pero con un objetivo en el que yo no me siento representada para nada, con objetivos que no me siento representada en absoluto (EPSCL).*

*en el Colegio, sabes que yo estuve entre los cien primeros colegiados, por eso te quiero decir que eso fue un impulso al que estábamos todos metidos en, ¿cómo se llamaba el Colegio de...?*

*DOCTORES.*

*Y licenciados ¿no?, que fue lo primero que tuvimos. Sí, fue un paso y un hito aquello, lo que ocurre que como ocurre también en parte en las propias universidades o en el Colegio se integran justamente gente que no tiene la motivación realmente para tirar para adelante (EPSCL).*

*Yo creo que la Psicología clínica, el Colegio de Psicólogos ha hecho mucho ¿eh? por la especialidad, en su momento lo hizo. Se empezó en el Colegio de Psicólogos, gente del Colegio de Psicólogos.*

*Sí, pero era hace veinte años.*

*Sí, no, hace veinte no, quince o así, luego lo han dejado, no si no pretendo defenderlos. Yo la psicología, la especialidad de Psicología clínica nació muy, muy vinculada a Sanidad Pública. (GD1)*

*Yo creo que nos tenemos que remontar un poco al papel que ha tenido el Colegio de Psicólogos en la reivindicación como clínicos, o sea, realmente se ha apoyado pues que hubiera psicólogos clínicos. (GD3)*

*creo que fue activo, favoreciendo también la existencia de la especialidad, creo que eso fue positivo, creo que tuvo una labor muy positiva, pero le faltó, a mi gusto, hombre, por lo que he visto ¿no?, a lo mejor una Comisión de caso a caso (GD9)*

Especialmente se critica el que el Colegio no haya sido más proactivo en la reivindicación de más plazas PIR y más puestos de trabajo de psicólogos clínicos.

*yo creo que disgustó a bastante gente ¿no?, el número de plazas que yo creo que ahí el Colegio sí que tenía que haber hincado de alguna manera el diente y haber defendido, no sé, o haber estado detrás de la creación de más plazas de psicólogos porque es que era ridícula (GD5)*

*el Colegio de Psicólogos, creo que de hecho han de ir por ahí más no del máster de psicólogo sanitario, creo que debería ir por intentar ampliar plazas de PIR y puestos de trabajo, puestos ya de psicólogos clínicos y me da la sensación que los últimos, no sé, diez años, no sé, se han centrado en esa lucha desde el máster, no sé sabe cuánto y tal y han dejado..., o sea, este año se han bajado a veinte plazas PIR y ahí nadie ha dicho nada (GD7)*

En los extremos, y de manera minoritario, se dan dos posturas: el Colegio sigue apostando por la Especialidad y el Colegio boicotea la Especialidad.

*El Colegio como institución sigue apostando por la Psicología clínica, otras Asociaciones creo que también, algunas más en el ámbito de la Psicología de la salud y con fuerte presencia universitaria no lo tienen tan claro (EPSCL).*

*yo creo que el Colegio no es que no apoye sino que boicotea directamente la especialidad (...) (GD7)*

*El COP no es que haya navegado en terrenos de ambigüedad es que creo que en muchos momentos en contra de la Especialidad y favoreciendo intereses espurios (EPSCL).*

En cualquier caso los PIRes le reprochan haber contribuido al 'enfrentamiento' especialistas/no especialistas por encima de resaltar la pertenencia común a la profesión.

*y precisamente yo creo que por estigmatizar entre comillas a la clínica con determinadas tomas de decisiones, hace que se vea como los que tienen el PIR y los que no ¿no?, que se crea un escalón, que a lo mejor no tendría porque crearse, porque al fin y al cabo, bueno, somos la misma profesión, somos psicólogos, pero tenemos, bueno, pues de forma legal estamos en diferentes lugares y ya está, ni uno más alto que otro, ni uno más ¿no? Entonces yo creo que ahí podemos tener más intereses de los que creamos, pero con estas últimas decisiones, pues (GD7)*

### **No sabe, no contesta**

Una de las críticas hacia el COP por parte de la mayoría de los entrevistados ya no es que el Colegio haga o deje de hacer sino en primer lugar que no se entera (o no quiere enterarse) de cosas importantes y que, en cualquier caso, no tiene (o no quiere tener) sólidos canales de comunicación con sus colegiados.



*ahí se han dejado pasar cosas que un Colegio de Psicólogos no debería de dejar pasar, como recursos que se han presentado a modificaciones en ese sentido, las especificaciones de lo que se entiende como facultativo, a nivel legal ya te estoy hablando (EPSCL).*

*El Colegio tiene un problema de comunicación grave con los colegiados. Yo creo que los Colegiados se hubieran merecido una respuesta de la Junta (...). Entonces, a mí eso me parece grave (EPSCL).*

*Y todavía no han hecho nada que yo sepa, pero nada, pese a la cantidad de reuniones que hemos tenido sobre este tema de reconocimiento, del servicio de Psicología clínica, o sea, llevamos ya veinte años o por ahí trabajando y hemos hecho, cuántas reuniones habremos hecho ya en esa línea ¿eh?, ni se sabe, hasta en el propio Colegio y ¿qué se ha hecho? (GD3)*

*El Colegio no hace nada por mí, cobrarme la cuota, mandarme la revista y fotos, esa sensación es la que percibes de tus compañeros, no me da nada, no hay contraprestación, no me representa, no me ofrece.... El asociacionismo como profesión me parece obligado, si no nos vemos todos como muy solitos Alejado de la realidad del día a día. Mucha visión de abrir nuevos proyectos pero poco sólidos, capitaneados por una persona o comisiones de expertos que me parecen reuniones de boy scout, que lideren como representación de un colectivo .....muy voluntariosos pero sin formación y con muy buenas intenciones se hacen muy malas actuaciones (EPSCL).*

*Y el Colegio de Psicólogos como fuera de juego, vamos, a lo mejor no tenía por qué enterarse. (GD4)*

*A mí, por ejemplo, creo que sí que no estamos muy representados en el Colegio,  
Yo también pienso así,  
Ni censados ¿no?,  
Ni censados siquiera (GD5)*

*Yo desde mi punto de vista y con lo que me ha pasado a mí ahora, he estado mucho más apoyada por la Sociedad Española y la Madrileña de Cuidados Paliativos que por el Colegio, que no he tenido ninguna respuesta de ningún tipo (GD9)*

## ***Apoyo a la práctica privada, divorcio con la pública***

Los psicólogos más críticos respecto al poco apoyo percibido por el Colegio de Psicólogos, en tanto trabajadores de la sanidad pública, son los vía homologación que interpretan el comportamiento del Colegio más de apoyo a la práctica privada (de autónomos) que a la inserción de los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público.

*es verdad que tienen absolutamente abandonada de la mano de dios el tema de la Pública (EPSCL).*

*Yo es que tengo la sensación de que al Colegio de Psicólogos no les interesa mucho los psicólogos que trabajamos en la pública. Es decir que yo creo que solamente tienen ¿no? o cuidan de alguna manera a todos los que trabajan en la privada (GD3).*

*Porque tú te imaginas al Colegio de Psicólogos diciendo esto, porque no está en su interés.*

*...claro, claro.*

*...no está en su interés defender que haya psicólogos clínicos en los Centros, en la Salud Mental.*

*O que se ampliara el número de plazas para hacer la formación,*

*...de que no haya intrusismo y que no ejerzan esa función en Centros privados, no está en su interés. (GD3).*

*sí, puede abrir nuevos contratos a gente, a personas que no tengan incluso la especialidad como clínicos, o sea que es una vía, la privatización que puede meter a gente que incluso no sean psicólogos clínicos ¿eh?, trabajando en programas de intervención, en programas de...(GD3)*

**Aún cuando reconocen una cierta pasividad por parte de ellos mismos como colegiados y comprenden la defensa de la práctica privada por parte del Colegio.**

*el Colegio creo que nos ha dejado, quizás porque también nosotros, pasa como con la política, yo la sensación es que no estamos y después protestamos y yo personalmente con el Colegio nunca me he comprometido, pero también es cierto que cuando he ido, nunca, no me he sentido recogido como colectivo de, quizás porque somos un colectivo que hay un montón de gente que representa los intereses de la privada y es así, y no de la pública y entonces los de la pública hemos estado muy poco, porque yo personalmente no me he metido, (GD5)*

**Los psicólogos clínicos vía PIR no se reconocen en el Colegio al que perciben como más interesado en buscar otras salidas a la Psicología que en defensa y promoción de la especialidad de Psicología clínica,**

*Entonces yo creo que seguramente para el Colegio se le hace difícil representar a todo el mundo, o sea, resultar representativo para todo el mundo, no lo sé, pero yo personalmente como psicóloga-clínica vía PIR no me siento representada en las decisiones del Colegio. Mi impresión pues como que el Colegio no lucha por defender el PIR, la vía PIR, está luchando, esforzándose en otras cuestiones y descuidando esta vía y a mí me parece fundamental, me parece importantísima que quizás las otras también, que quizás se podría enfocar desde, no sé, desde no sé muy bien porque no estoy en el Colegio (EPSCL).*

*donde aparezco yo allí y cuento que soy psicólogo clínico vía PIR me da la sensación de que mucha gente que me mira fatal, sí y creo que no han defendido mucho la especialidad, me da más la sensación de que lo que buscaban era abrir la psicología desde otra perspectiva, de otra manera. Yo no me he sentido respaldada por el Colegio de Psicólogos y creo que la mayoría de mis compañeros psicólogos clínicos tampoco o por lo menos cuando hemos hablado en conversaciones informales, la sensación que tenemos es*

*que el Colegio de Psicólogos, pues a veces nos perjudica más que nos ayuda, no, no es una sensación de apoyo, de ¡vamos a colaborar juntos! (EPSCCL).*

*lo que es increíble que desde el Colegio Oficial que es el único organismo oficial que nos ampara, se esté luchando tanto por máster, por el máster y a nosotros no se nos apoya... (GD7)*

**y piensan que son percibidos como privilegiados por parte del Colegio de Psicólogos, o de psicólogos en ese entorno, en la medida que el PIR supone un 'puesto de trabajo' frente al paro de muchos de los colegiados.**

*Y creo que eso ha sido un pensamiento por parte, no sé si colectivo o parte de todo el Colegio, pero sí que los que teníamos trabajo y accedimos a una oposición luego y demás, éramos unos privilegiados. Entonces, de ahí se ha creado una fractura, donde no hemos podido ir nunca, nunca nos han acompañado en nuestras reivindicaciones (GD3)*

*tampoco he estado nunca muy vinculado en el Colegio de Psicólogos, pero me ha costado encontrar un lugar desde mi posición de psicólogo clínico (GD6)*

*yo creo que muchas veces nos atacan por desconocimiento o porque nos ven como el enemigo y muchas veces, a mí a veces me han dicho: "es que tú tienes el trabajo seguro", pero, seguro ¿de qué? (GD8)*

**Ante esta situación muchos de los entrevistados, especialmente PIRes actuales, se darían de baja del Colegio, si pudieran.**

*la especialidad es una cosa que está ahí pero que si no estuviera, para los intereses del Colegio mejor. Tampoco digo, no me voy a poner como que quieren boicotearla, no o cargársela que no lo sé, que a lo mejor sí, pero lo que está claro que si no estuviera, el Colegio viviría más tranquilo y tendría otra posición. (GD7)*

*Se supone que es el COP el que nos tiene...*

*...Exactamente,*

*...que respaldar y yo no me siento nada respaldada.*

*Yo no me siento nada respaldada. Yo cada vez que me cobran, porque digo, es que encima les estoy pagando para que luchen y encuentren mis intereses, yo ahí, pues me informé muchísimo en un momento en el que dije, no quiero pagarles, o sea, es que siento que me están estafando y me estuve informando a ver si legalmente tenía que estar colegiada o no, al estar tal, bueno, al final lo dejé por imposible ¿no? y sigo colegiada pero la verdad es que lo siento que no hacen nada por mí, todo lo contrario ¿no?, que es un Organismo que está yendo en mi contra ¿no? y que ni me respalda y que no... (GD8)*

*Yo creo que el Colegio de psicólogos, mal, estoy colegiada porque me obliga el hospital si no no les pagaba, te lo digo, o sea, porque me parece que desampara completamente por lo que yo he escuchado, o sea, completamente desamparados, sus intereses van en otro tema (GD7)*

*yo lo único que hago que me llega el Infocop y lo hojeo un poco, bueno, miento, intenté borrarle hace poco porque con un cambio de, no les estaba, estaba pagando efectivo y fui a decir, bueno, voy a pagar, voy a ponerme al día pero para borrarle al mismo tiempo y no me dejaron tampoco (GD7)*

## ***En el conflicto sanitario, mutis por el foro***

Durante la realización del estudio estalló el conflicto sanitario más importante de la sanidad madrileña de los últimos años y que ha generado la mayor contestación profesional que nunca ha habido en la Sanidad madrileña, al unirse a una política de recortes y de falta de negociación con los profesionales.

En este conflicto la percepción de los profesionales es que el COP ha hecho *mutis por el foro*.

*yo no he visto que se haya pronunciado por nosotros, que haya escrito a los periódicos, yo no lo he visto, ni siquiera nada (EPSC).*

*nos han mandado a todos los Colegiados en el que informan que a 15 de noviembre se firmó un comunicado conjunto con otras asociaciones pidiendo que se retire el Plan de Sostenibilidad, pero el Colegio no apareció en ninguna de estas movilizaciones que llevan apareciendo desde el 15, 16 de noviembre, no ha aparecido, no ha dicho ni mú, no ha hecho nada, no ha estado ¿no?, no ha dicho esta boca es mía, no se ha hecho presente en ninguno de los comunicados (EPSC).*

*el Colegio de Psicólogos, yo creo que ha hecho muy poco favor a la psicología en general, intentando entender que todo estaba atravesado por lo sanitario que es un poco la defensa que han hecho. Y por ahí han dejado sectores de la psicología que no tiene que ver con lo sanitario, igualmente necesarios, enriquecedores, etc, etc. Y también han agredido como colectivo también a la parte de la Psicología clínica, ésa es mi visión. Y de hecho, bueno, y en particular con todo este lío, yo no he escuchado al Colegio Oficial de Psicólogos.*

*Sí, algo han hecho*

*Con la boca pequeña.(GD1)*

Y lo poco que ha hecho ha sido por presión de los colegiados, los PIRes en buena medida, y sin darle demasiada visibilidad

*El Colegio de Psicólogos desde mi punto de vista ha sido bastante más light, es verdad que ha rechazado el Plan, yo le mandé un par de correos a ver qué pasaba, que no decían nada y sí me dijo, me contestaron: "sí, en la revista, había venido un manifiesto de rechazo", pero desde mi punto de vista no con la contundencia ni ha hecho ruedas de prensa, ni ha hecho manifiestos, no ha dado publicidad (GD1)*

*Lo publicaron, lo pusieron en la página,*

...sí,

...en la Web pero porque lo pedimos, (GD7)

respecto a toda esta problemática de la Consejería de la privatización, pues nos ha costado, vamos yo trabajo, soy

tutora y entonces los residentes han estado súper implicados, la verdad es que ha sido una cosa muy bonita de cómo se

han despertado, han salido del libro para ver un poco así el horizonte ¿no? y la situación del marco en el que están trabajando, en el que se están formando y al Colegio de Psicólogos les han llamado, les han escrito, les han mandado emails porque en su página, no había ni rastro de aquello (GD3)

Frente a la AEN que sí se ha posicionado con claridad en contra de la privatización.

está la Asociación Española de Neuropsiquiatría sí que tiene un posicionamiento ¿no? bastante claro, en el sentido de no a la privatización (GD6)

### **Connivencia con la Universidad**

Los entrevistados atribuyen al Colegio más connivencia con la Universidad, especialmente en la lucha por el reconocimiento del psicólogo como profesional sanitario, que con ellos por el desarrollo de la especialidad de Psicología clínica.

De hecho, todas estas movidas que han hecho los de la universidad para reconocimiento sanitario, para que puedan trabajar en el campo sanitario, desde Atención Primaria hasta no sé dónde, siempre han sido apoyadas por el Colegio de Psicólogos y ahí siempre ha habido una fractura con respecto a los que por la ley ésa que se establece de reconocimiento de las especialidades de los clínicos, pues es que se contradicen, porque para trabajar en lo público y en lo clínico necesariamente, como sanitario tienes que tener la especialidad clínica por la vía que sea, (GD3)

todo lo que se está haciendo en Psicología clínica, no revierte en la facultad, no revierte, no y no revierte a nivel de organización tampoco en el Colegio de Psicólogos (GD4)

### **Ni está..... pero se le espera**

A pesar de la crítica moderada por parte del grueso de los entrevistados del discurso analizado se desprende el deseo de que el Colegio de Psicólogos, en tanto se le reconoce el lugar institucional de representación

de los psicólogos clínicos, se haga más presente en la defensa de la profesión.

*De hecho, parte de mis compañeros, conozco varios que han preguntado si podían ejercer sin estar colegiados para intentar borrarse, lo cual es bastante significativo, pero bueno, es nuestro Colegio profesional (EPSCL).*

*es que no estamos unidos, es que ella dice, deberíamos pelear por esto, ya pero es que ni siquiera tenemos un respaldo en condiciones por parte de nuestro Colegio Oficial, (GD8)*

*Que se quede como está no, hombre, que no vaya a peor, por favor, que no vaya a peor. No, yo creo que además en un momento como éste, sería un momento estupendo precisamente para que el Colegio tuviera un papel más fuerte ¿no? (EPSCL).*

*Yo creo que hace falta más apoyo, o sea más pelea, a mí me parece que en ese sentido quién más debería pelearlo es el Colegio de Psicólogos esto y yo creo que el Colegio de Psicólogos tiene otros intereses y van en una línea completamente distinta, que tiene que ver a lo mejor con promover más campo de empleo profesional para mayor número de psicólogos, pero...(EPSCL).*

*A lo mejor se podría intentar hacer como un término más intermedio, pero yo siento que descuidan la vía PIR (EPSCL).*

*Creo que el primer punto de encuentro que hemos tenido, la primera sensación de ir todos en una dirección, es el itinerario del grado, el máster y el PIR, que me parece que el Colegio de Psicólogos, la postura que tiene es defender eso también (EPSCL).*

*Me ha sorprendido este año, realmente me ha sorprendido el dar un poco cabida a los profesionales de la pública en cuanto a la exposición de casos clínicos que tengan que ver con la pública (GD6)*

*Bueno, yo creo que el Colegio lo que tendría que hacer es fijar los objetivos del Colegio y luego cumplirlos, que yo creo que eso es lo que está un poco desvaído, probablemente está también muy desparramada la psicología; especialidades, orientaciones, historias de grupos, tal. Yo creo que ese factor aglutinador lo he echado siempre de menos en el Colegio. (GD4)*

**El propio estudio es tomado como un primer paso para esa toma de conciencia por parte del Colegio para emprender, y liderar, acciones a favor de la Especialidad**

*Pues a mí me alegra mucho que el COP tome esta iniciativa, un pelín tarde desde mi punto de vista, pues porque hace la friolera de nueve años creo que empezamos los psicólogos clínicos de la Sanidad pública a reunirnos y hemos mantenido muchos contactos con el Colegio de Psicólogos, hemos planteado muchas cuestiones para resolver y es verdad que el Presidente, que Fernando Chacón reconoció ¿no? de alguna manera que había tenido a los psicólogos clínicos un pelín relegados ¿no? de la Sanidad Pública. Entonces, en ese sentido a mí me agrada mucho aunque sea con mucho retraso y si este estudio sirve*

*para retomar un tema que hemos estado luchándolo por ello, planteándolo, discutiéndolo, debatiéndolo, sufriendo durante muchos años los psicólogos de la Sanidad Pública, que es el reconocimiento y que se planteé a donde haya que plantear el Servicio de Psicología clínica, como un servicio, una especialidad más dentro de la Sanidad Pública, pues yo me alegraría muchísimo. (GD4)*

*en psicología hay un aspecto muy importante que es darte cuenta para solucionar algo, si tú no ves un conflicto no lo vas a solucionar. Yo creo que el Colegio esto no lo ha visto, no le ha interesado o tenía la mirada puesta en otros objetivos que tampoco sé cuáles son ¿eh? No hay ni crítica en lo que estoy diciendo, pero probablemente sería bueno que el Colegio recondujera todo esto si realmente quiere liderar el tema. (GD4)*

y se espera que puedan encontrarse puntos comunes que beneficien a los psicólogos clínicos de la sanidad pública y al Colegio de Psicólogos en tanto garante de la calidad de la Psicología.

*Yo también hace unos años dije, no quiero ser más del Colegio y ahora es muy difícil quitarse, pero claro, lo que todos decimos ¿no?, que es como que vemos que no nos beneficia, todo lo contrario, como que nos boicotea y da rabia, ya no tanto por pagar los doscientos euros al año sino porque es tu Colegio Oficial de Psicólogos y no creo que tengamos intereses tan incompatibles y de hecho, la defensa de la especialidad, la calidad de la Psicología clínica le puede beneficiar mucho al COP también (GD7)*

## **PROPUESTAS DE LOS PROFESIONALES**

Este estudio tiene como metaobjetivo desarrollar líneas estratégicas y actividades de defensa y mejora de la Psicología clínica en la Sanidad pública de Madrid por lo que, además de las conclusiones y recomendaciones que surjan del mismo, a los entrevistados se les preguntó qué propuestas le harían al Colegio de Psicólogos. Estas propuestas explícitas las hemos agrupado en los siguientes apartados.

### **Sobre la política general**

Mayoritariamente los entrevistados, psiquiatras directores, psicólogos especialistas y PIRes le piden al Colegio una clara defensa de la sanidad pública como marco para el desarrollo de la Psicología clínica.

*Yo creo que en este momento no hay más remedio que una solución que es más global, vamos, eso es lo que quiero decir con palabras finas, que no es un problema de arreglar una cosa de los psicólogos, una*

*cosa de los psiquiatras, una cosa de los enfermeros, es una cuestión global, es una defensa de todo un modelo ¿no? que estaba empezando a nacer y que se está truncando antes de llegar a la mayoría de edad (EPSQ)*

*Pues yo tal y como está el patio, ahora la sugerencia es que luchen porque no liquiden la Salud Mental es que la van a liquidar y los psicólogos vamos a desaparecer. (GD1)*

*una posición clara, rotunda, transparente y todo eso que tú quieras del Colegio que es el que ampara oficialmente a los Pires y a los psicólogos clínicos, de su posición con respecto a la gestión privada (GD7)*

*que el Colegio de Psicólogos igual que el Colegio Médico pues estuviera en colaboración. (GD7)*

*y que el Colegio sea más proactivo, que de alguna manera tenga pues unas directrices de qué necesidades puede haber, sino de que luego también se haga corpus de eso, o sea que no pasemos tan desapercibidos, que yo creo que a veces estamos más presentes en la sociedad de lo que representa nuestro Colegio (GD1)*

## ***Sobre la gestión de los Servicios***

Tanto los psiquiatras como los psicólogos reclaman mejoras en la gestión de los Servicios, en el establecimiento de criterios para la mejora de la calidad, la racionalización de recursos, el establecimiento de una cartera de servicios en la que se incluyan los tratamientos psicológicos y desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro con otros servicios no psiquiátricos, así como que busque el equilibrio entre la asistencia, la docencia y la investigación.

*llevamos veinte años trabajando en los Centros de Salud Mental y no hay unos procedimientos un poquito estandarizados de cómo hacer las cosas o unos criterios de indicaciones de determinadas cuestiones (EPSQ)*

*habría que ir a modelos de gestión públicos y privados que se racionalizaran y que se tuvieran en cuenta las necesidades y los recursos y se potenciara todo esto lo más que se pudiera, o sea, una inversión en Educación y Salud que nunca es suficiente y el trabajo en equipo es fundamental. (EPSC)*

*Intentar consensuar los tiempos de las terapias de las consultas. Ahora están diciendo que en marzo van ya a ponernos el primero a las ocho y media de la mañana con la idea de ver no sé a la semana a no sé cuantos nuevos y tal, al final es que va a repercutir en un empeoramiento la calidad y eso de principio no se nota pero transcurrido un tiempo, la población va asentando la selección de ineficacia, que la psicología no sirve para nada porque estás viéndolo cada tres meses y media hora, o sea, bueno, eso habría que tratar de ahí hacer un hincapié. (GD1)*



*Colegio de Psicólogos que defiendan una cartera de servicios específica en donde esté incluido los tratamientos psicológicos y desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental (GD1)*

*compatibilizar la asistencia, la docencia, la investigación, de hecho me he ocupado durante muchos años de eso, pero tal y como van las cosas, los equipos básicamente están dirigidos a la asistencia (GD3)*

*y que el Colegio sea más proactivo, que de alguna manera tenga pues unas directrices de qué necesidades puede haber, sino de que luego también se haga corpus de eso, o sea que no pasemos tan desAPercibidos, que yo creo que a veces estamos más presentes en la sociedad de lo que representa nuestro Colegio (GD1)*

## **Sobre la Especialidad**

El mayor número de propuestas se refieren a la defensa de la Especialidad.

En primer lugar, como es lógico, proponen el aumento de plazas de psicólogos clínicos en la Sanidad pública y en el número de plazas PIR que se convocan anualmente.

*que se aumente el número de plazas que es una vergüenza ¿no?, para toda España las pocas plazas que hay convocadas (GD3)*

*reivindicar la presencia de más psicólogos en los hospitales (...) en la Unidad de psiquiatría tendría que haber algún psicólogo ¿no?, pero también psicólogos en otras (GD3)*

*creo que el Colegio debería de hacer más presión y debería aumentarse ese embudo de entrada, (GD6)*

*Que no pensarán en el psicólogo clínico como una figura que ya está colocada, que tiene todo resuelto y que no se le puede ayudar en nada, sino que quizás somos un colectivo que hay que reubicar y que hay que darle una función ¿no?, con todo este cambio también y que estamos formados y que estamos ahí y que se podían conseguir muchas cosas buenas con la colaboración de ellos (GD8)*

*le pediría al Colegio un mayor protagonismo en defender la profesión, así de sencillo. (GD4)*

En segundo lugar, contribuir a la consideración 'institucional' como facultativo del psicólogo clínico en igualdad de condiciones que los médicos lo que implica la mejora de la propia 'autoestima' por parte del colectivo de psicólogos clínicos.

*el psicólogo clínico tendría que tener el mismo nivel de representación como facultativo que pueda tener un médico, un radiólogo, un anestesista, eso no está obviamente, pero es que todo lo que podría colaborar a que eso se generase y eso, tiene que ver con nombrarlo, con defenderlo (EPSCL).*

*que nosotros nos vayamos creyendo que tenemos este lugar ¿no?, que peleemos también, pero creo que queda muchísimo por hacer en este sentido (EPSCL).*

En tercer lugar respecto al programa de formación PIR proponen mejorar la rotación por las Áreas de profundización y especialmente en Psicología clínica infantil.

*ésa es otra historia. Infantil también es un lío de que haya gente formada, de que haya gente dispuesta a seguir trabajando en niños y no sé, no sé si eso también nos podría el Colegio (GD4)*

*las Áreas de capacitación específica que se propusieron hace pocos años para la Psicología clínica, es una asignatura pendiente a desarrollar claramente, no están nada desarrolladas en el momento actual, muy poco, debería estar claro qué hospitales ofertan cada Área de capacitación específica porque no todos pueden ofertar todas (...) habría que ver y articular eso en forma de rotaciones que estuvieran regladas desde el principio, de modo que cuando un residente escoge su hospital, ya sabe qué Áreas de capacitación específica puede acceder y cuáles no (EPSCL).*

*no hay un Área de infantil, no hay un Área de capacitación específica en infantil, entonces salvo que salga una segunda especialidad de Psicología clínica infantil igual que va a salir la de psiquiatría infantil, pero no parece muy probable a corto plazo, pues eso es un problema porque que exista geriatría como Área de capacitación específica en el PIR y no exista infantil, pues bueno, es un poco cuestionable, pero creo que esa parte se puede desarrollar más y dar al residente una formación más seria en esas Áreas específicas (EPSCL).*

Y que en el programa de formación PIR haya una cierta diferenciación y especificidad para los psicólogos clínicos respecto a los MIRes.

*generaría Unidades docentes disciplinares que colaboraran pero que cada una tuviera su programa independiente y que colaboraran en lo que fuera necesario (EPSCL).*

Por último proponen que Colegio defienda con claridad el itinerario para llegar a la Especialidad: grado-master-PIR y que en ningún caso después del grado se pueda pasar directamente al PIR 'equiparándose' de facto dos 'especialidades': una a través del máster y otra a través del PIR.

*la mayor reivindicación, es que se pueda realizar la especialidad después del máster, que el itinerario curricular para poder ser psicólogo clínico sea grado-máster-PIR, porque lo que tiene pinta que va a pa-*

*sar es que va a ser, que uno primero hace el grado y luego decide si hace un máster o hace el PIR y al final parece que uno puede escoger y que es lo mismo hacer una cosa que otra y que en una tienes que pasar un examen muy difícil que cuesta mucho esfuerzo, y que en la otra pagando un dinerillo que es lo que cuesta el máster, pues te lo sacas y que al final, va a dar igual tener una cosa que otra (EPSCL).*

*el itinerario debe ser el largo ¿no?; primero, el grado, después el máster y después el PIR y eso además facilita establecer unas competencias diferenciales entre unos y otros, entre lo que puede hacer un psicólogo general sanitario, que me parece un intermedio complicado en cualquier caso pero bueno, me parece mejor opción a que sean dos vías paralelas y lo que puede hacer un psicólogo clínico, porque habría que ver cómo se articula eso dentro del modelo de Salud Mental o de Servicios de psiquiatría que tenemos (EPSCL).*

## ***Sobre los no especialistas en la Sanidad pública***

Es una petición bastante generalizada que el Colegio intervenga en la 'regulación' de la presencia de psicólogos no especialistas en los servicios sanitarios, sobretodo hospitalarios y de los procedimientos de formación (tutorización, funciones de los alumnos, etc.)

*sí que me gustaría también que se pronunciaran también en relación al intrusismo ¿no?, de psicólogos no clínicos (GD7)*

*Yo agradecería que el Colegio de Psicólogos regulara realmente a las personas que están en los hospitales en situaciones ambiguas, no fomentara másteres con prácticas en hospitales donde luego los alumnos se quedan allí en una situación de ambigüedad, vamos lo agradecería del Colegio de Psicólogos y de cualquier institución real ¿no? Me parece que al final cualquier psicólogo que aparezca en un hospital y lleve una bata blanca es igual que un psicólogo clínico, es la impresión que da a los pacientes y no es lo mismo (EPSCL).*

*tener algún tipo de supervisión de lo que está pasando en los sitios públicos mínimamente y tener ahí un filtro, es que no... Y luego, porque por ejemplo si aquí viniera el Colegio de Psicólogos y dice, bueno, es que proponemos, no sé si tiene esa potestad el psicólogo, una auditoría de los procedimientos psicológicos que se usan aquí o quién los use, si son gente que realmente está habilitada profesionalmente, colegiada y que tal y que esos Convenios también puedan supervisarlos, otro tema que el Colegio de Psicólogos debería opinar, es que sí puede ser tutor de un psicólogo, o un médico, o un psiquiatra, que ahora sí, que ahora sí, aquí tenemos los de un máster, supervisados por un psiquiatra (EPSCL).*

*Entonces las sociedades éstas, Sanitas y tal, cómo puede un psicólogo trabajar ahí en una consulta viendo pacientes sin tener la especialidad, si el Colegio de Psicólogos tuviera esto bien claro, denunciaría este tipo de prácticas, (GD3)*

*Pero eso es lo que debería ser una función del Colegio de Psicólogos, perseguir ese tipo de cosas que no se permitiera eso y si tú dices que no sólo no es que lo permita sino que puede además estar ¿no?, di-*

*ciendo pues mira, hay una cantidad de psicólogos que teniendo un máster o no sé qué, van a poder ¿no? trabajar, sin ¿no?, la rigidez de la pública va a dejar de existir y se flexibiliza entre comillas. (GD3)*

*yo creo que como no podemos delimitar por competencias, es que hay que delimitar por lo que es legal.(GD7)*

*yo estoy totalmente de acuerdo de que el Colegio de Psicólogos pueda de alguna manera fiscalizar, controlar, de que todas las personas que entren a trabajar en el ámbito clínico, sean personas con una formación vía PIR o psicólogos clínicos. (GD3)*

## ***Sobre la formación continuada***

---

Otro conjunto de propuestas se refieren a la necesidad de fomentar la formación continuada de los psicólogos clínicos, así como la investigación y la visibilidad a través de las publicaciones.

*que se siga potenciando la formación de los psicólogos a través de las instituciones específicas con facultad, colegios y asociaciones que es clave la formación permanente y continuada y de base (EPSCL).*

*hay muchos profesionales que sí se siguen formando y preocupados por este tema ¿no? y por estar actualizados y dar una atención mejor, pero hay otros que no, entonces yo creo que eso también debería ser algo que esté regulado (EPSCL).*

*De eso debería preocuparse el Colegio de que los profesionales estén bien, bien preparaos (...). En todo lo que es cerebro muy flojo y es el futuro, hay una cantidad de patología cerebral en este momento impresionante. la relación con el neurólogo es importante pero al no saber cerebro se ha puesto a hacer tests que le mandaban (EPSCL).*

*se deberían hacer más espacios que pusieran más en la realidad a los demás psicólogos (GD6)*

*que participara el Colegio de Psicólogos en programas de formación de lo público (GD5)*

*somos nosotros los que, y es verdad ¿no?, que tenemos que investigar más, publicar más, estar muchísimo más de cara a la galería (GD4)*

## ***Sobre el Psicólogo General Sanitario y la Universidad***

---

En este apartado las propuestas llaman a la clarificación de funciones y competencias entre los futuros psicólogos generales sanitarios y los psicólogos clínicos

*que se perfilara las funciones del psicólogo generalista sanitario con respecto a los psicólogos clínicos, o sea, que quedara un poco claro cuál es el ámbito de cada uno, porque yo creo que eso puede crecer un montón la desconfianza también, quiero decir, que si todo quedara tremendamente claro, yo creo que a lo mejor no habría ningún problema (GD7)*

**y al diseño del Máster que dará lugar al título de psicólogo general sanitario con la participación del Colegio de Psicólogos y la Consejería de Sanidad, y no solo por parte de la Universidad.**

*si fuera un máster que viene del propio Colegio de Psicólogos, la propia Consejería de Salud, eso sí lo entiendo, si la Consejería que además sería un gran negocio se plantea un máster con unos números de doscientos y hay aulas para eso, es que lo llenas y si tú tienes un corpus que te de una formación adecuada y te llevas a los viejos (psicólogos) de toda España que te formen alumnos en dos años y que después les den el título. Así sí lo vería, ahora si dejamos eso en manos de la universidad, a Fulanito que se está montando ya otro máster que ya lo tiene en marcha, que se meten alumnos aquí y ellos negocian: “te doy una jefatura, tú me recibes los alumnos”, con un negocio que hagan vale, como siempre. Pero ese máster debería ser controlado por la Comisión Interministerial porque a la universidad yo no se lo daba (EPSCL).*

*Claro, porque lo ganan las universidades, no gente clínica, sino dicen, mira, se van a juntar personal con reconocida carrera en lo clínico ¿no? y van a dar unas partes, pues oye, o sea, al final, de tipo (...) lo que se pueda ¿no?, pero es que no me parece una solución, me parece como un remiendo para dar salida económica. (GD8)*

*al Colegio de Psicólogos si le toca en un papel, sería bueno que lo cumpla y es que trate de aglutinar y de dar un buen desarrollo de lo profesional en todos los niveles, como aquí ¿no? Y luego participar y propulsar esto de que haya Comisiones que propongan eso, una, que el máster que se proponga sea un máster serio científicamente (EPSCL).*

**En definitiva, propuestas que sirvan para tender puentes con la Universidad.**

*Es que da la impresión de que el Colegio está representado el sector de la universidad, pero no el sector sanitario más puro. Es que estamos como divididos; o sea, está por un lado la universidad, que son gente que no hacen clínica, los que hacemos clínica y por otro lado, entonces, claro, hay esa separación tan grande no nos beneficia a nadie, ni a los que estamos en sanidad, ni a los de la universidad y yo creo que una aproximación entre unos y otros sería bueno para los psicólogos. (...) Establecer unos puentes (GD5)*

*Yo creo que sería establecer un Convenio desde sanidad con las facultades (GD4)*

*A la facultad yo sí le pediría, pues un poco lo que decíamos, que cuente con la gente que está trabajando, no sé de qué manera y articulando qué cosas, pero que facilitará un poco ese transvase de la gente que tiene algo que decir y tiene algo que demostrar en la formación a los alumnos (GD4)*

*Creo que es estrictamente necesaria la investigación y unirlo también, esos tres palos que son: la universidad, la investigación y la práctica fundamental, quién lo debería de haber aglutinado, yo entiendo que el Colegio de Psicólogos, sería un buen elemento para aglutinar todo eso, pero no lo ha hecho, probablemente no ha podido, no lo sé. (GD4)*

## **Sobre el Colegio de Psicólogos**

En general proponen que el Colegio tenga más iniciativas y genere fórmulas más participativas buscando el consenso y la unidad entre los psicólogos clínicos

*Hay una parte de emprendedor del psicólogo que tienes que fomentar porque el sistema no nos va a dar nada (EPSCL).*

*Para empezar a lo mejor necesitábamos alguna jornada de reflexión seria para poner en común puntos a favor y no en contra para cambiar lo que está ocurriendo como las del Ministerio de Sanidad, siempre creo en la capacidad de la palabra y de la escucha, si hay gente que no quiere bueno, pero puede haber gente que quiere ¿Cómo recuperar lo que se nos ha perdido? Yo empezaría por ahí, no creo que sea fácil pero si creo que es posible (EPSCL).*

*Reunirnos a todos los profesionales, crear una idea de trabajo común, el corporativismo como tienen otras especialidades, empezar a ser corporativos, empezar a mostrarnos por ahí y a crear unas líneas de trabajo comunes, tener unas ideas comunes (EPSCL).*

*Yo creo que la clave estaría, igual que se montó la asociación ANPIR, montar una asociación de psicólogos clínicos que aglutinará a todos. (GD4)*

*Que las decisiones que se tomen desde el COP sean contrastadas con puntos de vista que no sean monocordes o de una línea ya previamente trazada (EPSCL).*

*aquí falta un encuentro, un consenso para encontrarse y dar peso al saber que tenemos (GD9)*

## ***CONCLUSIONES E INTERPRETACIÓN***

A continuación expondremos las conclusiones del estudio, y las principales líneas interpretativas por parte del investigador, agrupándolas en dos grandes apartados: por temáticas y por segmentos de entrevistados.

### ***Por Temáticas***

Incluiremos en este apartado las conclusiones extraídas de los resultados anteriormente expuestos y que responden a los objetivos de la investigación

#### ***Aspectos generales***

Ante la percepción de situación crítica por la que pasa la Psicología clínica en el sistema sanitario público, hay una preocupación laboral general por el no incremento, e incluso el recorte, de puestos trabajo, por la creciente precariedad e inestabilidad en las contrataciones de psicólogos y por la disminución de la calidad de las prestaciones debido tanto a la situación de crisis y recortes generales como por la integración en el modo de funcionamiento hospitalario y la progresiva externalización de la gestión de los hospitales hacia empresas privadas.

Los psiquiatras ven como disminuyen en general los recursos humanos, y en particular los psicólogos clínicos, de los que disponen en sus Servicios mientras que los psicólogos clínicos que tienen plaza consolidada se encuentran estancados profesionalmente y los que no la tienen están en situaciones de eventualidad laboral. De momento no se visualiza que el camino de la 'privatización' vaya a mejorar su situación y condiciones laborales por lo que se da un posicionamiento claro de la gran mayoría de los entrevistados a favor de la defensa de la gestión pública de la Sanidad y del psicólogo clínico como trabajador de la misma.

Este primer nivel de 'reivindicación laboral', muy condicionado por la coyuntura actual, es bastante previsible y sería extensible, con pocos matices, a cualquier otro colectivo de la sanidad pública madrileña en los tiempos actuales.

Un nivel más estructural lo podemos referir al re-conocimiento profesional de la Psicología en el sistema sanitario público por parte de la Administración y de otros profesionales sanitarios, principalmente profesionales de la Medicina. En términos generales la figura del Psicólogo clínico en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental/Psiquiatría (Centros de Salud Mental, Hospitales de día, Unidades de Rehabilitación o Unidades de tratamientos específicos) es la más reconocida tanto por los propios psicólogos clínicos como por sus jefes, los psiquiatras, y, según ambos, por los profesionales de Atención Primaria, que son su fuente principal de derivaciones. Esta situación profesional es la más regulada por la ley ya que en ningún dispositivo de Salud Mental 'se atreverían' a no tener contratado a algún profesional de Psicología clínica (titulación exigida para la contratación en la sanidad pública).

El conjunto de los profesionales, y especialmente los psicólogos clínicos vía homologación que participaron activamente en los inicios de la reforma psiquiátrica, próximos a caer en la idealización de 'cualquier tiempo pasado fue mejor', contraponen algunos 'logros' alcanzados (la gestión pública, la organización en Red, el Área de referencia, cierta autonomía en la organización, el trabajo en equipo y con la comunidad) con las 'realidades' actuales (gestión privada, Área Única y libre elección de especialista, dependencia de las Direcciones médicas de los hospitales, trabajo por



Agenda electrónica, prioridad por la cantidad de pacientes nuevos y cultura asistencialista hospitalaria).

### ***Sobre la Especialidad de Psicología clínica***

La especialidad de Psicología clínica ha nacido, y crecido, si no al amparo, sí teniendo como referente a la especialidad de Psiquiatría, lo que ha generado una relación cuanto menos de ambivalencia entre ambas. Es innegable que, en nuestro contexto, en los comienzos de la Reforma Psiquiátrica, muchos de los psiquiatras progresistas facilitaron la incorporación de psicólogos en los procesos de cambio antes del establecimiento de la especialidad, lo que también propició un crecimiento de los psicólogos a imagen y semejanza de estos psiquiatras progresistas que eran los menos médicos entre los médicos y los más 'psicólogos' entre los psicólogos. Podemos decir que fue en el período instituyente de la Reforma Psiquiátrica. La indiscriminación profesional fue dando paso a la diferenciación con la incorporación de los PIRes. La formación PIR y la salida de especialistas que se han formado durante cuatro años, igual que los MIREs de Psiquiatría, comienza a crear una identidad profesional más discriminada entre psicólogos clínicos y médicos psiquiatras que, a su vez, se acercan más a otros médicos especialistas cada vez en un contexto menos "comunitario-igualitario" y más hospitalario-jerarquizado.

En cualquier caso la Especialidad, o mejor los psicólogos especialistas en Psicología clínica, tienen actualmente una identidad poco asentada, fragmentada y frágil con riesgos para su consolidación en base a:

- su juventud
- dependencia de la Psiquiatría

- diferencias entre psicólogos clínicos vía homologación y psicólogos clínicos vía PIR
- falta de reconocimiento pleno como facultativos igual que los médicos especialistas
- presencia, en buena parte de los hospitales, de psicólogos no especialistas o en prácticas de másteres
- desacuerdos entre los profesionales sobre la Psicología clínica como Especialidad única en el campo sanitario
- la nueva figura del psicólogo general sanitario

Por otro lado es unánime la defensa del logro de la Especialidad de Psicología clínica aunque con dos posiciones globales diferenciadas:

1. La única Especialidad en el sistema sanitario debe ser la Psicología clínica
2. En el sistema sanitario debe haber, además de la Psicología clínica, otras Especialidades

### ***Sobre la Psicología clínica en la Red de Salud Mental***

Antes de existir la Especialidad ya había psicólogos trabajando en los dispositivos de Salud Mental, principalmente en los Centros de Salud Mental y en los hospitales psiquiátricos. La totalidad de estos psicólogos obtuvieron la Especialidad por la vía de la homologación, por la experiencia de los años trabajados y, a su vez, muchos de estos psicólogos han sido los tutores de los nuevos psicólogos especialistas por la vía PIR. Así es lógico que la presencia de la Psicología clínica en la Red de Salud Mental sea la mayoritaria cuantitativamente, la más 'normalizada' por parte de la

Administración, la más aceptada por los otros profesionales sanitarios y la más autorreconocida en el sistema sanitario por los propios psicólogos clínicos.

Su historia ha estado unida a la Reforma Psiquiátrica y su devenir ha estado vinculado, con un alto grado de dependencia y subordinación, a la Psiquiatría.

Su desarrollo se ha caracterizado por:

- la heterogeneidad de los dispositivos en los que está incluida, y, por lo tanto, desigual grado de autonomía y 'crecimiento' profesional oscilando desde ser el 'ayudante' del psiquiatra, a ser un 'afortunado' con posibilidad de organizar el trabajo con alto grado de autonomía, pasando por atender la demanda como 'se puede' en cada momento.
- la aceptación por parte de los psicólogos clínicos de los paradigmas psiquiátricos 'dominantes' (presupuestos teóricos, formas de intervención, modelos organizativos, etc.) en cada momento, más 'comunitarios' en los inicios, más 'hospitalarios' en la actualidad.
- el solapamiento de sus funciones más genuinas (la evaluación clínica y las psicoterapias) con la de los psiquiatras, que actualmente cuadriplican en número a los psicólogos clínicos.
- la ralentización en la creación de puestos de trabajo de psicólogos y la pérdida de algunos de los anteriormente conseguidos.

### *El cambio de 'lo comunitario' a 'lo hospitalario'*

---

Aunque desde el principio de la Reforma Psiquiátrica se consideró la Salud Mental como un nivel de atención especializada, ubicada en un segundo nivel de atención, la supervivencia de una Red de los Centros de Salud Mental de Distrito, ubicados fuera de los hospitales, aún cuando tuviesen un hospital de Área como referente para los ingresos, y la existencia de una Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental con ciertas competencias de planificación y coordinación hizo que, durante más de veinte años en algunos casos, se mantuviese un funcionamiento prácticamente 'al margen' de la cultura hospitalaria y más cercano a la cultura heredada de la salud mental comunitaria e incluso de la Atención Primaria en su vertiente más 'familiar y comunitaria'

Ya en el proceso de la Reforma Psiquiátrica con la integración de los Centros de Salud Mental del entonces Servicio Regional de Salud con los hospitales del antiguo Insalud, se produjo un conflicto de poder entre los entonces Jefes de Distritos, territorio donde se ubicaban los Centros de Salud Mental y algunos responsables de Áreas (agrupación de varios distritos) con los jefes de Servicio de los hospitales del antiguo Insalud.

Se mantuvieron los Jefes de Distritos y los coordinadores de Área, primero más comunitarios y luego, con la integración del Insalud, más hospitalarios y con el conflicto Distritos Comunitarios y Servicios de Psiquiatría Hospitalarios. Conflicto entre Comunidad versus Hospital. Posteriormente se crean las Unidades funcionales con Jefes en los Servicios de Psiquiatría de los hospitales y luego la dependencia de los Centros de Salud Mental de las Direcciones médicas de los hospitales. El hecho relevante es que paulatinamente en estos últimos diez años se ha producido un progresivo

acercamiento de la Salud Mental 'Comunitaria' al territorio hospitalario en lo que podríamos denominar el desembarco de la Salud Mental en el buque-insignia HOSPITAL si lo miramos desde el punto de vista de la incorporación de los Centros de Salud Mental a la dinámica hospitalaria, o la captura de los *piratas*<sup>5</sup> *comunitarios* por la *Marina hospitalaria*<sup>6</sup> si lo miramos desde el interés del hospital de 'controlar' las Especialidades que les pertenecen.

Estamos por lo tanto en pleno proceso de fagocitación de lo comunitario por lo hospitalario que, a su vez, está sufriendo un cambio de modelo de gestión, de la gestión pública a la gestión privada.

### *Respecto a la Demanda*

---

Los Centros de Salud Mental han constituido históricamente el eje de la atención comunitaria/ambulatoria en la Red de Salud Mental. En sus inicios cuando la Red de Salud Mental funcionaba como red paralela al sistema sanitario mayoritario del Insalud, los Centros de Salud Mental recibían los pacientes de manera no regulada siendo su procedencia mayoritariamente de las altas de los hospitales psiquiátricos y de otros profesionales del sistema sanitario que indicaban a los usuarios, de manera no pautada, que podían pedir cita en el Centro de Salud Mental.

En la medida que la Red de Salud Mental se mantenía más o menos separada de la red sanitaria general, asumía las demandas de cualquier problema

---

<sup>5</sup> *Para unos (generalmente ellos a sí mismos) los profesionales de salud mental de los Centros de Salud Mental son vistos como piratas 'buenos' (imagen idealizada y justiciera) para otros (generalmente desde la Administración más burocrática) son vistos como piratas 'malos' (imagen paranoide, de personas peligrosas, al margen de la ley de la institución sanitaria)*

<sup>6</sup> *En el hospital los especialistas van de blanco homogéneo como los marineros, cosa que no sucede en los Centros de Salud Mental que van de calle con traje de faena variopintos como los piratas*

mental dándole una respuesta singular en cada centro y sin gran presión institucionalizada por parte del sistema sanitario.

En una fase intermedia cuando los Centros de Salud Mental dependían, primero del Servicio Regional de Salud de la Comunidad y después ya integrados en el Servicio Madrileño de Salud, a partir de las transferencias del 2002, la demanda se canaliza a través de la derivaciones de los médicos de Atención Primaria pero con un gran control de su gestión por parte del equipo de los Centros de Salud Mental cuyo funcionamiento era autónomo respecto a su hospital de referencia.

Actualmente, en esta tercera fase, cuando los Centros de Salud Mental pasan a depender jerárquicamente de las Direcciones médicas de los hospitales o de los Jefes de Servicios de Psiquiatría de los hospitales de referencia, por delegación de las Direcciones médicas, la demanda la realizan los médicos de Atención Primaria al Hospital de referencia quien, a través de un dispositivo central de citaciones (Call Center), la canaliza hacia los profesionales especialistas, psiquiatras o psicólogos clínicos según criterios establecidos por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. La gestión de la demanda pasa a ser una responsabilidad individual de cada profesional especialista.

La gestión de la demanda es un elemento central en la actividad de los profesionales de salud mental ya que da paso al primer contacto entre usuario-profesional y, como los primeros movimientos en una partida de ajedrez, influye poderosamente en el curso de su desarrollo posterior.

Cómo se organiza la demanda desde Atención Primaria, cómo se canaliza desde el Call Center y cómo se recibe por parte de los profesionales determina, en gran medida, cómo abordar el proceso de evaluación de la

problemática expresada a través de dicha demanda (proceso de evaluación) y cómo se enfrentan las posibles intervenciones terapéuticas (psicofarmacológicas, psicoterapéuticas, etc.).

La relación entre Atención Primaria y la Salud Mental ha sido un punto de reflexión, y discusión, constante desde los inicios de la Reforma Psiquiátrica. Los primeros debates, en los años 70 y 80, giraron en torno a si la Salud Mental Comunitaria debía estar ubicada al mismo nivel que la Atención Primaria en lo que hubiera constituido un enfoque propiamente dicho de salud comunitaria. Lo más cercano a este planteamiento se dio en el año 1986 con la creación de las Unidades de Salud Mental por parte del Insalud integradas en algunos casos en los mismos espacios que los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y cuyos profesionales, psicólogos entre ellos, dependían de las Gerencias de Atención Primaria, y no de los hospitales. El planteamiento en esos momentos era trabajar en conjunto Salud Mental y Atención Primaria con la comunidad.

Posteriormente con la integración de las redes provenientes de las Diputaciones, luego de las Comunidades Autónomas, y por último del Insalud, los Centros de Salud Mental se colocan como centros de segundo nivel, de especialistas separados de la Atención Primaria pero 'independientes' de los hospitales. El planteamiento en ese momento era mantener potentes programas de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

Finalmente con la integración en los hospitales, los profesionales de salud mental se 'convierten' en especialistas 'hospitalarios'. El planteamiento actual es establecer criterios de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental.

La mayor experiencia acumulada en estos treinta años ha sido fruto de los 'programas de coordinación' entre Atención Primaria y Salud Mental desde la separación organizativa y física de ambos niveles<sup>7</sup>.

No es raro por lo tanto que todos los participantes en el estudio hayan hecho referencia a la relación entre Salud Mental y Atención Primaria teniendo en cuenta que Atención Primaria es la principal fuente de derivación a Salud Mental.

El punto de consenso es que, por parte de los médicos de Atención Primaria, la respuesta mayoritaria a muchos problemas de salud mental es la medicación, lo que hace necesario trabajar con ellos desde Salud Mental para disminuir el consumo de psicofármacos y el consiguiente coste económico que ello acarrea.

Esta integración en la dinámica hospitalaria ha abierto la posibilidad administrativa de derivación directa de parte de los médicos de Atención Primaria a Psicología clínica con lo que no dependen de la primera evaluación del psiquiatra, pero ha supuesto un aumento significativo de las listas de espera, mayoritariamente de población infantil y de personas con trastornos mentales leves. Por otro lado el establecimiento de criterios de derivación desde Atención Primaria, en función de la medicación y 'la gravedad', supone, en la práctica, que no evalúen, en primera instancia, a personas con trastornos mentales graves.

---

<sup>7</sup> *Todavía hay en Madrid alrededor de 50 psicólogos clínicos que dependen laboralmente de la Dirección General de Atención Primaria pero salvo una psicóloga clínica que se ha mantenido haciendo tareas de prevención y promoción de la salud, el resto se han integrado todos en los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental, mayoritariamente en los Centros de Salud Mental.*



## *Respecto a la Evaluación*

---

Si bien la historia general de la Psicología clínica está unida a la práctica del Psicodiagnóstico, en nuestro contexto, y menos en las instituciones sanitarias públicas, no podemos decir que los profesionales se hayan identificado masivamente con la práctica del Psicodiagnóstico. Más bien al contrario, la asociación del Psicodiagnóstico con el uso de tests y el consiguiente rol de subordinación del psicólogo al psiquiatra, hizo que muchos de los psicólogos clínicos pioneros de la salud mental comunitaria se negaran a ocupar el lugar de pasadores de pruebas psicológicas al servicio de un diagnóstico psiquiátrico y optaran por reivindicar un rol más simétrico al del psiquiatra a la hora de diagnosticar, como ellos, a las personas que requerían sus servicios. El abandono del mismo término de Psicodiagnóstico, además de por cuestiones relacionadas con modelos teóricos, responde, sin duda, a su aspiración de igualarse en estatus al médico-psiquiatra. El paso del Psicodiagnóstico a la Evaluación psicológica se instaura en los Centros de Salud Mental y ésta pasa a ser una tarea central de los psicólogos clínicos como miembros de los Equipos de Salud Mental Comunitaria. En este proceso de evaluación el uso de tests y pruebas psicológicas no está extendido entre los psicólogos dándose la paradoja de que, en algunos casos, son los psiquiatras (mejor dicho, los MIR en Psiquiatría) los que las pasan ante la negativa de los psicólogos clínicos.

En los psicólogos clínicos que se ubican en los hospitales este pasaje no se da con tanta contundencia, y, a pesar de adoptar también mayoritariamente el término de evaluación psicológica, los psicólogos clínicos hacen más tests y pruebas psicológicas por encargo de los psiquiatras o de otros Servicios hospitalarios (por ejemplo pruebas neuropsicológicas en Servicios de Neurología, Geriatría, etc.).

Respecto al uso de la historia clínica electrónica se encuentran resistencias por parte de los profesionales tanto por la escasa cultura telemática de los psicólogos clínicos, especialmente los más veteranos, como por las dificultades para mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes.

### *Respecto a la Psicoterapia*

---

Bajo el término de Psicoterapia se engloban, de manera genérica, todas las intervenciones no farmacológicas que realizan los psiquiatras y los psicólogos clínicos. Los psiquiatras consideran propia la práctica de la psicoterapia aunque reconocen la menor formación de éstos que la de los psicólogos clínicos.

Tienen cabida, por lo tanto, bajo el paraguas de la psicoterapia, intervenciones de apoyo, orientación y consejo psicológico, o distintos tipos de intervenciones más regladas, y generalmente más duraderas, de carácter individual, de pareja, familia o grupo, y acordes con los diferentes paradigmas teóricos.

Al ser intervenciones no farmacológicas son los psicólogos clínicos los mayores destinatarios de la 'demanda de psicoterapia', no solo por parte de los médicos de Atención Primaria sino de los propios psiquiatras a través de la derivación interna 'para psicoterapia' sin criterios claros, lo que, a su vez, incrementa la lista de espera y dificulta una atención psicológica de calidad.

La práctica de la psicoterapia por parte de los psicólogos clínicos es desigual ya que encuentran grandes dificultades para hacer cualquier tipo de psicoterapia en los Centros de Salud Mental y, sin embargo, tienen relativa disponibilidad para la psicoterapia en dispositivos más específicos como

hospitales de día, Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en coterapia con psiquiatras cuando se trata de familias y grupos.

El hecho de que sea una práctica compartida con los psiquiatras hace que éstos puedan desempeñar el rol de psiquiatra-psicoterapeuta lo que, por un lado facilita la comunicación y el trabajo en equipo, pero por otro, en la medida que pueden hacer tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, es un profesional más rentable para la Administración, en detrimento de la contratación de psicólogos clínicos.

Esta ambivalencia hace que, aunque muchos psicólogos clínicos están de acuerdo con la práctica de la psicoterapia por parte de los psiquiatras en igualdad de condiciones que ellos, otros piensan que se han 'apropiado' de una actividad específica de ellos y los prefieren en el rol de psiquiatras/psicofarmacólogos.

Todos los que están de acuerdo con que la psicoterapia es una tarea común de ambos especialistas coinciden en que la formación, adquirida en la Especialidad o 'por fuera' y las habilidades personales son los factores determinantes para su ejercicio.

---

### *Respecto a la Rehabilitación*

La Rehabilitación de 'enfermos psiquiátricos' institucionalmente depende, en casi su totalidad, de la Consejería de Asuntos Sociales, quedando fuera de la hegemonía de los psiquiatras y estando liderada por psicólogos, no necesariamente especialistas.

En la actualidad se 'impone' una cierta división técnica del trabajo entre psiquiatras y psicólogos (no necesariamente clínicos) progresivamente aceptada por parte de todos, a saber: los psiquiatras 'curan', dado que se

trata de una 'enfermedad mental' y los psicólogos, 'educan' para 'rehabilitar' a los pacientes en su vida diaria. Llevado a su punto más extremo para lo primero ('curar la enfermedad') no harían falta psicólogos de ningún tipo y para lo segundo no harían falta psiquiatras sino solo psicólogos, ni tan siquiera psicólogos clínicos al estar incluida la rehabilitación fuera del sistema sanitario.

Esta red psicosocial coordinada por la Consejería de Asuntos Sociales dispone de centros, la mayoría concertados con empresas privadas y dirigidos casi en su totalidad por profesionales de Psicología. Además en todos ellos trabajan psicólogos pero no psiquiatras. La paradoja es que al no ser una prestación sanitaria a los profesionales de la Psicología no se les exige la Especialidad en Clínica y, aunque la tengan, no se les paga igual que a los especialistas en el sistema sanitario. El fenómeno que se está produciendo en estos últimos años es que, ante la escasez, si no disminución, de especialistas en la Red sanitaria, las empresas de la Red psicosocial están contratando psicólogos clínicos vía PIR por el salario de psicólogos sin la especialidad.

No sucede lo mismo en las pocas Unidades de Rehabilitación dependientes de la Consejería de Sanidad que, aunque cuentan con un número de especialistas en Psicología clínica superior, en algunos casos, al de psiquiatras, están bajo el poder psiquiátrico aunque, eso sí, con el reconocimiento de la especialidad a todos los efectos.

Ante la escasez de puestos de trabajo para psicólogos clínicos en la red sanitaria, el campo de la rehabilitación psicosocial es una salida laboral para psicólogos especialistas pagados como psicólogos no especialistas, a bajo coste.

## *Respecto a la Coordinación*

---

Uno de los elementos intrínsecos al modelo de salud mental comunitaria es la contextualización de cualquier problemática de salud mental en el marco social donde se produce y la necesidad de intervenir sobre él, y no solo con el denominado paciente designado. Este enfoque implica trabajar con el contexto ("la comunidad") para evitar o disminuir la aparición de problemas de salud mental desde una perspectiva de Salud Pública-Promoción de la salud (prevención primaria), para la mejor atención a los problemas ya detectados (prevención secundaria) y para la mayor rehabilitación y reinserción social posible (prevención terciaria) así como para evitar la iatrogenización y efectos 'secundarios' de la psiquiatría (prevención cuaternaria).

Tanto para los directivos como para los psicólogos clínicos de los Centros de Salud Mental la coordinación con Atención Primaria ha sido desde el inicio de la Reforma Psiquiátrica uno de los objetivos fundamentales.

La Atención Primaria es la piedra angular del sistema sanitario ya que es el lugar de referencia más estable para los pacientes a lo largo de su vida. Es por sí misma un primer nivel de atención a la salud mental al ser, generalmente, el primer espacio sanitario al que acude una persona con cualquier tipo de malestar. El médico de Atención Primaria, sea especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, sea Especialista en Pediatría atiende en primera instancia a quien lo solicita dando una primera respuesta asistencial a su demanda. En muchas ocasiones esta respuesta es de carácter psicofarmacológico (básicamente ansiolíticos y antidepresivos), en otras, las menos, de carácter psicológico (apoyo emocional, consejo, pautas de comportamiento, etc.). Cuando su intervención no es eficaz, total o

parcialmente, para el paciente es cuando se produce la derivación a los Centros de Salud Mental.

El primer problema en la relación entre Atención Primaria y Atención Especializada en Salud Mental (léase Psiquiatría y Psicología clínica) es, como entre Atención Primaria y cualquier otra Especialidad, si la respuesta que da a las demandas es la adecuada o no. Es sabido el alto consumo de ansiolíticos y antidepresivos recetados en Atención Primaria y la dudosa indicación de los mismos en muchos casos (antidepresivos para situaciones de duelo normal, por ejemplo) con la consiguiente medicalización de problemas de la vida cotidiana. Por el otro lado pueden dejarse de detectar precozmente problemas que cuando se derivan ya se han cronificado.

Prácticamente descartado el trabajo de prevención primaria por parte de los psicólogos clínicos, y en conjunto desde la Red de Salud Mental, los más veteranos señalan como una de las funciones imprescindibles para una asistencia (prevención secundaria y terciaria) de calidad el trabajo de coordinación con otras instituciones, recursos y profesionales que s en la recuperación de los pacientes con problemas de salud mental. La formación en salud mental de los profesionales de Atención Primaria en general y la formación aplicada a casos reales es el primer nivel de relación que se debería implementar. Las dificultades para desarrollar actividades de formación continuada para Atención Primaria por parte de los equipos de salud mental vienen determinadas por la sobrecarga asistencial de los profesionales de Atención Primaria y por la falta de incentivación a los mismos por parte de las autoridades sanitarias.

El segundo problema lo encontramos en las derivaciones directamente a Psicología clínica. Se da en los casos que el profesional de Atención Primaria

detecta que hay un problema de naturaleza psicológica que él no puede abordar, no solo por su formación, sino también por el tiempo que dedica a cada paciente (una media de 3-4 minutos). En estos casos, haya o no el médico de Atención Primaria, la indicación para el psicólogo clínico es que se lo deriva para "psicoterapia".

Las dificultades más frecuentes están relacionadas con:

- Derivaciones "prematuras" relacionadas con reacciones de adaptación. La consecuencia es que haya un gran número de derivaciones que solicitan la primera cita pero si la lista de espera es grande (por ejemplo varios meses) cuando les toca ir ya se les ha pasado la ansiedad o "la depresión", o han acudido a otro recurso (privado en algunos casos) y no acuden al Centro de Salud Mental.
- Derivaciones sin ninguna conciencia de necesitar ayuda ni demanda de ayuda psicológica, incluso son derivaciones contra la voluntad del paciente (casi sería más propio hablar de demanda del médico que del paciente). La consecuencia es que la gente o no acuda a la primera consulta o acuda con una demanda de solución "tipo médico". En muchos casos no pasan de la primera entrevista.
- Derivaciones con inducción de expectativas irrealizables (soluciones 'mágicas' por parte de los psicólogos). La consecuencia es una gran frustración en la primera entrevista y frecuente deserción o poca adherencia al tratamiento psicológico.

El trabajo sobre la forma de derivación solo es posible con un intercambio constante de información entre los dos niveles y con la formación de los médicos de Atención Primaria, por ejemplo con sesiones clínicas conjuntas.

El tercer problema se da por el hecho de que también es un recurso compartido por pacientes que pueden estar en tratamiento simultáneamente en ambos dispositivos, tratamiento psicofarmacológico por parte del médico de Atención Primaria y psicoterapéutico por parte del psicólogo clínico. Las dificultades más frecuentes tienen que ver con la posible manipulación por parte del paciente de alguno de los dos tratamientos, la falta de comunicación entre los dos profesionales y la deserción de alguno de los dos tratamientos, generalmente el psicoterapéutico que exige un mayor compromiso e implicación por parte del paciente. Las alternativas de mejora pasan por potenciar la fluida comunicación utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación (correo electrónico, intranet, historia informatizada, videocolaboración, etc.) y cualquier forma de comunicación interpersonal entre ambos facultativos.

La coordinación de los casos en los que la derivación es del médico de Atención Primaria la psiquiatra pasando la responsabilidad del tratamiento global (psicofarmacológica siempre y además puede que psicoterapéutico) del primero al segundo es menos imprescindible y problemática. Solamente en el caso de que el paciente retornara a Atención Primaria para el seguimiento de un tratamiento psicofarmacológico la comunicación tiene que ser clara y deberían aclararse conjuntamente los objetivos terapéuticos.

La sensación general tanto de directivos como de profesionales es que, pese al esfuerzo realizado en todos estos años, no se ha conseguido mejorar sustancialmente la coordinación con Atención Primaria.

El otro nivel de coordinación más importante es el relacionado con la Red de Servicios Sociales y otros dispositivos para la rehabilitación y reinserción



social imprescindible en muchos casos de personas con trastornos mentales graves y/o crónicos.

En general todo el mundo valora muy positivamente el considerable aumento de este tipo de recursos "sociales" (CRPS, Centros de día, Centros de Rehabilitación Laboral, Pisos tutelados), aunque el hecho de que se hayan ubicado institucionalmente fuera de la Consejería de Sanidad no goza de simpatías generales y sí de alguna frontal oposición.

A juicio de algunos directores de Centros grandes el funcionamiento en Red conseguido en los últimos años, con una aceptable coordinación entre ambos tipos de dispositivos sanitarios y sociales a través de las Comisiones de Rehabilitación de Área, se ha comenzado a resquebrajar con la creación de los nuevos hospitales y la fragmentación que conlleva su funcionamiento "a su aire".

No hay alusión alguna a las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) por parte de los psicólogos clínicos y escasas por parte de los psiquiatras directores de centros.

La coordinación con otros niveles y recursos asistenciales (Atención Primaria, Centros Educativos, Servicios Sociales y Red de Rehabilitación) es considerada imprescindible para un trabajo psicológico de calidad, especialmente en el caso de la población infantil

En general la coordinación, y lo que implica de formación de los profesionales, está siendo ninguneada en las nuevas formas de organización de la asistencia dependiendo, en la mayoría de los casos, del voluntarismo de los profesionales

## *Sobre la Psicología en los hospitales*

Los psicólogos que trabajan en los hospitales son casi todos especialistas y están incluidos en los Servicios de Psiquiatría pero también hay psicólogos especialistas y no especialistas que trabajan en otros servicios no psiquiátricos. Todos ellos tienen la percepción de una notable aceptación de su rol entre otros especialistas hospitalarios no psiquiatras.

En los psiquiatras hay prácticamente unanimidad de que el psicólogo en el hospital tiene que ser especialista y estar incluidos en los Servicios de Psiquiatría (denominados en raras ocasiones, Servicios de Psiquiatría y Salud Mental).

Así como en los psicólogos clínicos de los Centros de Salud Mental o de dispositivos intermedios de la Red de Salud Mental había unanimidad sobre su ubicación institucional, es decir todos aceptaban expresar sus acuerdos o discrepancias desde su pertenencia a la Red de Salud Mental, en el caso de los psicólogos de hospitales parten de presupuestos muy diferentes, pudiéndose establecer tres ubicaciones deseables para los entrevistados, más allá de donde trabajen, y si tienen, o no, la especialidad:

1. Todos los psicólogos clínicos integrados únicamente en los Servicios de Salud Mental (Psiquiatría) con interconsulta con otros Servicios hecha por psiquiatras y psicólogos clínicos según intereses, formación y habilidades.
2. Coexistencia de Psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (Salud Mental) y Psicólogos 'de la salud' (pueden ser clínicos actuales o con otras especialidades en el futuro) integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos.

3. La Psicología en el sistema sanitario tiene que ser Psicología clínica pero los psicólogos clínicos no deben estar circunscritos únicamente a Salud Mental sino que deben estar todos juntos en un Servicio independiente de Psicología clínica desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro, con otros Servicios hospitalarios

### ***Sobre la Psicología en Atención Primaria***

---

Ya hemos hablado anteriormente sobre la importancia de la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria y el consenso sobre la necesidad de trabajar con Atención Primaria para disminuir el consumo de psicofármacos y el consiguiente coste económico que ello acarrea, así como para realizar tareas de prevención que disminuyan las derivaciones hacia Salud Mental

Sin embargo hay discrepancias sobre el lugar de la Psicología en su relación con Atención Primaria presentándose tres posiciones:

- A. El psicólogo clínico como parte del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Mental sin diferenciar entre psiquiatras y psicólogos clínicos a la hora de intervenir. Defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos y sistémicos.
- B. El psicólogo clínico incluido en los Equipos de Atención Primaria sin formar parte de los Centros de Salud Mental. Defendida por psicólogos clínicos vía homologación, vía PIR y Residentes de todos los enfoques. Una variante de esta posición es aceptar que fueran psicólogos generales sanitarios si no hubiera bastantes psicólogos clínicos para cubrir las (hipotéticas) plazas que se crearán.

C. El (futuro) psicólogo general sanitario incluido en los Equipos de Atención Primaria como una oportunidad de incrementar la presencia de profesionales de la psicología en el campo sanitario desde una perspectiva más de la Psicología 'de la salud' que desde la Psicología clínica. Defendida por psiquiatras de orientación más biológica y psicólogos clínicos vía homologación y psicólogos hospitalarios no especialistas mayoritariamente de orientación cognitivo-conductual e integradora.

### ***Sobre los Servicios de Psicología clínica***

---

La ubicación de los psicólogos en el sistema sanitario siempre ha sido objeto de reflexión y debate entre los profesionales, en el seno de la organización colegial y en otras Asociaciones científico-profesionales.

Desde la primera ubicación en los Hospitales Psiquiátricos como 'auxiliares' de los psiquiatras hasta la contratación de psicólogos clínicos, o no, dependiendo de diferentes Servicios hospitalarios (Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología, etc.), pasando por los Centros de Promoción de la Salud dependiendo de profesionales médicos 'comunitarios' y los Centros de Salud Mental, Hospitales de día, Unidades de Rehabilitación y Servicios de Psiquiatría hospitalaria, en todos estos últimos casos dependiendo de profesionales de Psiquiatría.

Salvo en los primeros momentos previos a la Reforma Sanitaria de los años 80 en los que se planteó tímidamente desde el Colegio de Psicólogos la posibilidad de la creación de Servicios de Psicología independientes en los hospitales, en las siguientes décadas hubo un consenso mayoritario, al menos tácito, de que la suerte de la Psicología, en el núcleo duro de la sanidad

pública<sup>8</sup>, pasase por la creación de la Especialidad de Psicología clínica a través del sistema PIR y la vinculación de la misma a la Reforma Psiquiátrica y, por consiguiente, a los Servicios de Psiquiatría como Atención Especializada.

Estas premisas han gozado de un grado de consenso desigual. Así Asociaciones como la AMSM-AEN lo han asumido y defendido sin vacilaciones. El Colegio de Psicólogos, especialmente a partir de la promulgación de la LOPS, en el 2003, en la que sólo se concedía la consideración de profesional sanitario a los psicólogos clínicos, considerando el escaso número de plazas anuales convocadas para la formación PIR y los conflictos con la Comisión Nacional de la Especialidad en el proceso de reconocimiento de la especialidad por la vía de la homologación, se inclinaba por la apertura de nuevas posibilidades de inserción de los psicólogos, no solo de los psicólogos clínicos, en el sistema sanitario.

En el colectivo de psicólogos clínicos de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que había aceptado, por la fuerza de los hechos, la unión de la Psicología clínica con la Psiquiatría, también se abrió este debate.

La iniciativa partió en principio de un grupo de psicólogos de la red pública que empezó a reflexionar sobre estos temas en torno al mes de marzo de 2005 y que habían realizado una petición a la Oficina Regional de Salud Mental de Madrid de estudiar la posibilidad de la creación de Servicios de Psicología clínica independientes de los Servicios de Psiquiatría. Estos

---

<sup>8</sup> Excluimos de este 'nucleo duro' lo referido a los testimoniales restos de los Centros de Promoción de Salud, los Centros de Atención a las Drogodependencias y los Centros de Rehabilitación Psicosocial, que, durante todos estos años, se han mantenido fuera de los dispositivos sanitarios propiamente dichos integrados en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

psicólogos constituyeron, en 2007, un grupo de trabajo en el Colegio de Psicólogos de Madrid que, a su vez, participó el 28 de noviembre de 2007 en la constitución del Grupo de Psicología clínica en la Oficina Regional de Salud Mental.

El Grupo de Psicología clínica de la Oficina Regional de Salud Mental dio a conocer, en julio del 2008, un *Análisis de la situación actual de los psicólogos clínicos en el sistema de salud mental pública de la Comunidad de Madrid* en el que se afirma "*constatamos, pasados ya varios años desde que se llevó a cabo la equiparación legal y administrativa de los psicólogos, que la delimitación y clarificación entre especialidades, lejos de abordarse, se ha mantenido en la inercia del funcionamiento anterior al Decreto, o simplemente se pospone, tal vez por la dificultad que implica una solución adecuada. y que debería existir igualdad o equivalencia entre dos especialidades del mismo rango, psiquiatría y Psicología clínica, que intervienen básicamente en la misma esfera de la salud mental*".

Comienzan pues a plantear la necesidad del equiparación entre ambas especialidades para romper "*esa dependencia ha marcado todo nuestro ámbito de trabajo común en un sentido determinante y está impidiendo de hecho que la nueva especialidad encuentre su espacio propio*" ya que "*la inercia a la que nos referimos, ha llevado a que la gran mayoría de las tareas de planificación, toma de decisiones, gestión y dirección sobre el sistema de salud mental sigan siendo realizadas desde el campo y con la óptica de la psiquiatría, con el consiguiente efecto en la intervención psico-social*". Sin llegar a plantear la creación de Servicios de Psicología independientes de Psiquiatría constatan que "*la ausencia o el retraso en la aplicación de cambios de esta situación limita seriamente las posibilidades de*

*enriquecimiento y de ampliación de la perspectiva de nuestro común ámbito clínico-profesional, justamente en contradicción con lo que debería significar el hecho mismo de la creación de una nueva especialidad" y reivindicar "la necesidad de alcanzar un nivel adecuado de formalización que permita dar consistencia y continuidad a los cambios, incluidas las correspondientes funciones de dirección, administración y gestión, e implementando una escala jerarquizada de la especialidad".*

Entre el conjunto de medidas que este grupo de trabajo propone están:

- Incluir la especialidad de la Psicología clínica en la estructura funcional existente en la actualidad, teniendo acceso a puestos de gestión y dirección.
- Recibir información sobre los posibles modelos de inclusión de la especialidad en el organigrama sanitario.

Durante el año 2010 se celebra un Seminario de Psicología clínica en la Agencia Laín Entralgo sobre *"Psicología clínica en los diferentes dispositivos sanitarios" "que se encuadra en la necesidad de profundizar en los contenidos del documento elaborado por el Grupo de Trabajo de la ORSM de Madrid y de mantener abierta la comunicación entre los profesionales, dado que las reuniones del mencionado Grupo fueron abruptamente interrumpidas tras la elaboración del documento, por la propia Oficina".*

Como continuidad de este movimiento de los psicólogos clínicos en la sanidad madrileña, la Sección de Psicología clínica del COP de Madrid organizó el 10 y 11 de junio de 2012 unas Jornadas bajo el título de *"Presente y futuro de*

*la Psicología clínica en el sistema sanitario público madrileño"*<sup>9</sup> en las que además de plantear lo trabajado por los grupos ya citados se exponen unos *Posibles objetivos de consenso para una actuación unida*, entre los que destacamos:

***"Creación de Unidades o Servicios de Psicología clínica y de la Salud con dependencia de la gerencia en los Hospitales de gestión pública de Madrid, o en su defecto de una comisión profesional con capacidad asesora real"***.

Entre las Conclusiones generales de estas Jornadas resaltamos:

***"Sería conveniente en este sentido estudiar la viabilidad de la creación de Servicios o Unidades de Psicología clínica con autonomía respecto al servicio de Psiquiatría. En las intervenciones de estas jornadas se ha comprobado que el grado de satisfacción profesional es mayor en aquellos casos en que los psicólogos tienen amplia autonomía para autoorganizarse, ya sea en forma de Unidades de Psicología clínica, ya sea desarrollando su trabajo en equipos no dependientes de Salud Mental"***,

Al tiempo que se señala que: ***"La creación de Unidades o Servicios de Psicología clínica es una opción viable, tal y como ha mostrado la experiencia de Valencia, pero sin obviar las dificultades, ante las cuales se precisa unión y perseverancia por parte de los psicólogos que comparten este objetivo"***.

A tenor de lo expuesto anteriormente en este estudio se constata que no hay experiencia en la Comunidad de Madrid de ningún Servicio de Psicología, salvo el del Hospital Central de la Defensa que no está concertado con el Servicio Madrileño de Salud. Sin embargo ha habido algunas experiencias de

---

<sup>9</sup>Jornadas. *Presente y futuro de la Psicología clínica en la red sanitaria pública madrileña: Resumen y Conclusiones*, Pérez Salmón, Concha. *Clínica Contemporánea*. Vol. 3, n.º 1, 2012 - Pág 109-117



dispositivos sanitarios en los que la Psicología clínica ha tenido un alto grado autonomía (Unidad de Psicología clínica dentro de un Servicio de Psiquiatría, Unidad de Trastornos de Comportamiento Alimentario) pero que han terminado siendo abortados y 'volviendo' a poder de la Psiquiatría y, en otros casos, hay algunos psicólogos clínicos que ocupan formalmente jefaturas de Sección pero sin ejercerlas, ya sea por el veto de los psiquiatras, ya por incapacidad de los propios psicólogos clínicos, y otros que ocupan puestos de responsabilidad intermedia en la práctica pero sin el reconocimiento administrativo correspondiente.

Sobre la reivindicación de Servicios de Psicología clínica en este estudio se detectan tres posiciones discursivas:

1. Mantener la Psicología clínica tal como está en los Servicios de Psiquiatría/Salud Mental. Defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos con el argumento principal de que 'la unión hace la fuerza' y que con la separación 'perdemos todos'. Las pérdidas para los psiquiatras serían que se quedarían sin un complemento para el trabajo asistencial y se dificultaría su participación en tareas de interconsulta que podrían hacerse desde el Servicio de Psicología clínica. Las pérdidas para los psicólogos clínicos serían que se dificultaría el trabajo en equipo, se les excluiría de la atención a las personas con trastornos mentales graves y aumentaría el riesgo de ser más 'prescindibles' para la Administración en tiempo de crisis.
2. Crear Servicios de Psicología clínica y de la salud. Defendida por un sector de los psicólogos clínicos vía homologación, los vía PIR y de los PIRes, de orientación sistémica, integradora y casi unánimemente por

los psicólogos de orientación cognitivo-conductual, sean o no especialistas. Los argumentos son: no depender de Psiquiatría, tener más autonomía para relacionarse con otros Servicios no psiquiátricos, posibilitar la creación de más puestos de trabajo, dar más visibilidad a la Psicología en el hospital y defender mejor los intereses de los PIRes

3. Compartir más el poder con los psiquiatras. Esta postura intermedia la defienden la mayoría de los psiquiatras responsables de Centros, el sector mayoritario de los psicólogos clínicos vía homologación y de los PIRes, de todas las orientaciones, incluyendo algún profesional de orientación cognitivo-conductual. Los psiquiatras, plantearían un mayor acceso de los psicólogos clínicos al poder partiendo de la integración de los mismos en los Servicios de Psiquiatría: es compartir algo más el poder de los psiquiatras. En todo caso, los más 'atrevidos' plantean el cambio de denominación de Servicios de Psiquiatría a Servicios de Salud Mental (una denominación que utilizan algunos es transicional entre las dos: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental) para dar cabida a las dos especialidades en 'igualdad' de condiciones. Los psicólogos clínicos aceptan la unión entre Psicología clínica y Psiquiatría bajo el término de Salud Mental pero reivindican ganar grados de autonomía, por ejemplo creando Unidades o Secciones de Psicología clínica dentro de los Servicios de Salud Mental/Psiquiatría y una mayor apertura de ambos al trabajo con otros Servicios hospitalarios a través de la interconsulta.

## ***Sobre la formación PIR***

---

Hoy día, todos, psiquiatras incluidos, reconocen la formación PIR como una conquista colectiva que no se puede perder.

Los aspectos más positivos que resaltan son la igualdad de oportunidades, la formación amplia y heterogénea, basada en la rotaciones por dispositivos variados que permite una visión global del contexto sanitario, su orientación a la investigación y su ampliación a cuatro años de duración.

Los aspectos más negativos que resaltan son el escaso número de plazas convocadas, el relativo cumplimiento del programa docente, el voluntarismo y poco reconocimiento de las funciones docentes, lo que lleva a que no todos los psicólogos de plantilla quieran ser tutores, la falta de organización para una formación más centralizada, una formación excesivamente centrado en los 'trastornos mentales', sobrecargada de psicofarmacología, al ser común con MIREs de Psiquiatría, con pocas rotaciones por Servicios no psiquiátricos y con poco espíritu crítico e implicación personal por parte de los residentes.

Desde el comienzo de la formación PIR las Unidades Docentes acreditadas para la formación PIR han sido las ya existentes de Psiquiatría a las que se les ha 'añadido' la Psicología clínica. A partir del año 2012 se han acreditado las Comisiones Docentes Multiprofesionales para la formación de especialistas en Psiquiatría (MIREs), en Psicología clínica (PIREs) y en Enfermería en Salud Mental (EIREs). Esta organización implica que los Jefes de Estudios son psiquiatras y, dado, que los programas de las Especialidades de Psiquiatría y Psicología clínica no tienen diferencias sustanciales, la formación PIR se 'junta' con la formación MIR (con los EIREs todavía hay poca experiencia). Aunque, en general está bien valorado

que la formación sea conjunta con los MIR en Psiquiatría hay una queja unánime y es que en esa formación conjunta los psicólogos clínicos 'salen perdiendo' porque el diseño de la misma está más pensado para las necesidades de los MIRes que de los PIRes de ahí que, por ejemplo, los psicólogos se saturan de formación teórica en Psicofarmacología y les 'quede corta' la formación en psicoterapia.

Los psicólogos clínicos que trabajan fuera de los Servicios de Psiquiatría/Salud Mental o que no han obtenido el título de Especialista, pero están trabajando 'como clínicos', reivindican el establecimiento de otras Especialidades, también vía PIR, en torno a la denominación genérica de Psicología de la salud en contraposición a la Psicología clínica y con denominaciones más específicas como Neuropsicología o Psicooncología.

### ***Sobre el Psicólogo General Sanitario***

Ya hemos señalado que uno de los riesgos que aparece para la consolidación de la Especialidad de Psicología clínica es la nueva figura profesional de Psicólogo General Sanitario aprobado en la Ley General de Salud Pública de 2011, profesión que se obtendrá cursando un Máster General Sanitario al que se accederá desde el Grado/licenciatura en Psicología, según se establece en el Boletín Oficial del Estado de 4 de junio de 2013.

Sobre esta nueva figura profesional existe mucho desconocimiento y confusión acerca de:

- si se podrá trabajar en la Sanidad pública con este título (y en qué nivel) o si es requisito necesario tener el título de especialista

- si la Sanidad privada puede contratar a psicólogos generales sanitarios en lugar de especialistas en Psicología clínica.
- si las empresas privadas que asumirán la gestión externalizada de los servicios públicos están obligados, o no, a contratar a psicólogos especialistas o pueden contratar a psicólogos generales sanitarios.
- si al programa PIR se va a acceder desde el grado o desde el Master.

Tanto psiquiatras como psicólogos clínicos consideran que esta nueva profesión puede ser una 'puerta de atrás' para entrar en la sanidad pública, a bajo coste.

Los psicólogos clínicos también lo consideran como un categoría profesional 'inferior' que se puede doblegar y supeditar a los psiquiatras, y a los médicos en general, más fácilmente que ellos mismos.

A pesar de la crítica bastante generalizada, consideran que la figura del psicólogo general sanitario ha sido una salida 'paliativa' que se ha encontrado para los psicólogos que, estando trabajando en la práctica clínica privada, no obtuvieron el título de especialistas y se quedaron fuera de la consideración de sanitarios a consecuencia de la LOPS.

También hay bastante unanimidad en considerar que la formación obtenida por los másteres existentes es sensiblemente inferior a la obtenida a través del PIR y al Máster General Sanitario, aunque sin estar en marcha todavía, se le presupone una estructura y calidad similar a lo demás y con las mismas críticas que a los másteres actuales: interés económico por parte de la Universidad y escasez de prácticas.

## ***Sobre el papel del COP y las Asociaciones Profesionales***

Las Asociaciones que, a lo largo de estos últimos años, han tenido relación con el tema han sido de dos tipos: unas, la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM-AEN), que es la Asociación Autónoma de Madrid de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) de carácter más político-profesional y otras como la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), la Sociedad Española para el Avance de la Psicología clínica y de la Salud (SEPCyS) y la Asociación Española de Terapia de Conducta (AETC), de carácter más científico-profesional y lideradas por catedráticos universitarios.

A lo largo de la realización de este estudio se constata una fractura, hasta el momento insalvable, entre profesionales especialistas vía homologación, vinculados a puestos directivos o de responsabilidad en la AMSM-AEN y la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y el Colegio de Psicólogos. Estas dos Asociaciones han formado parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología clínica (CNEPC) junto al Colegio de Psicólogos y han sido numerosos los conflictos habidos en los últimos diez años sobre el funcionamiento de la CNEPC en relación a la Especialidad. También ha habido enfrentamientos entre estas dos Asociaciones y el COP acerca de la Psicología como profesión sanitaria y la figura del Psicólogo General Sanitario. El resto de Asociaciones antes citadas, que no han formado parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología clínica (CNEPC), o no aparecen en el discurso de los entrevistados o aparecen como posicionadas junto al COP.

En todo caso las Asociaciones científico-profesionales como la AMSM-AEN y ANPIR son reconocidas por la mayoría de los entrevistados como defensoras de la Especialidad mientras que el resto de las Asociaciones no tienen prácticamente relevancia.

Respecto al COP, se dan dos posiciones discursivas: una crítica (radical y moderada) y otra 'comprensiva'.

1. La postura crítica, mayoritaria en todos los perfiles de los especialistas (vía homologación, vía PIR y PIRes, entre los que se encuentran profesionales de ANPIR), se refiere nuclearmente a la poca defensa de la Especialidad y, por consiguiente al 'abandono' del psicólogo clínico en la Sanidad pública y, por contra, al apoyo a la figura del psicólogo general sanitario, el máster y la práctica clínica privada. Secundariamente se critica el no posicionamiento claro y visible contra la externalización de la gestión de centros sanitarios públicos.
2. La postura 'comprensiva', mayoritaria entre los profesionales especialistas y no especialistas que se reconocen más en la denominación de Psicología de la salud y/o trabajan en servicios no psiquiátricos, defiende que el Colegio nunca ha dejado de apoyar la Especialidad y que la figura del psicólogo general sanitario y el máster ha sido la salida más digna que el Colegio ha podido conseguir para el mantenimiento de la práctica clínica privada por parte de psicólogos no especialistas en el marco de la consideración de no sanitarios por parte de la LOPS.

En ambos casos (con crítica o con acuerdos) los psicólogos reconocen al COP como la institución de referencia para la defensa de sus intereses profesio-

nales y esperan que adopte una postura de defensa clara y explícita de la Psicología clínica en la sanidad pública.

### ***Según los segmentos profesionales***

Otra manera de presentar las conclusiones de este estudio es fijándonos en los discursos producidos por los diferentes segmentos profesionales entrevistados.

Comenzaremos señalando los aspectos comunes a todos los profesionales para exponer a continuación los aspectos más singulares y diferenciados de cada colectivo.

### ***Aspectos comunes a todos los profesionales***

Los aspectos comunes de los discursos de todos los profesionales vienen dados por el contexto general de donde nacen y se *con-forman*, a saber: el sistema sanitario y el modelo médico/psiquiátrico hegemónico y por el marco en el que se expresan, -la investigación- y las características del demandante de la investigación, -el Colegio de Psicólogos-.

En términos generales hemos detectado una aceptación mayoritaria del paradigma psiquiátrico dominante biologicista/positivista expresado en términos tales como enfermedad mental, diagnóstico 'psiquiátrico', trastorno mental, división de los trastornos mentales en graves y leves, tratamiento médico/farmacológico, rehabilitación psicosocial desde la 'enfermedad mental', y una actitud escasamente crítica respecto a los fundamentos de esta concepción psiquiátrica.



## *Según los directivos/psiquiatras*

Para los psiquiatras que ocupan puestos directivos es unánime la defensa de la Sanidad pública y la existencia de Servicios de Psiquiatría en el nivel de la atención especializada en los que, nadie lo duda, han de estar incluidos los psicólogos clínicos. Es decir apoyan a la Especialidad de Psicología clínica en ese contexto 'aceptando' algunos, sin mucho énfasis/entusiasmo, la necesidad/justicia de que los psicólogos clínicos puedan tener las mismas oportunidades que los psiquiatras para acceder a los puestos de dirección, lo que exigiría, al menos cambiar la denominación de Servicio de Psiquiatría por Servicio de Salud Mental. Una apertura a mayores cuotas de poder para los psicólogos clínicos podría ser aceptada (por ejemplo Jefaturas de Sección de Psicología clínica) siempre que la hegemonía y el poder, en última instancia, lo ejerzan ellos.

El trabajo del psicólogo clínico en salud mental estaría 'supeditado' al del psiquiatra en la evaluación del trastorno mental grave y para estas patologías es subsidiario de participar en actividades de psicoterapia por derivación del psiquiatra o en coterapia con él. En los casos de trastornos leves, y de niños, se acepta mucho más la autonomía del psicólogo clínico siempre partiendo de la base que, casi todo lo que hace el psicólogo clínico (evaluación y psicoterapia) lo puede hacer el profesional de Psiquiatría.

Únicamente la Rehabilitación psicosocial, que, recordemos, está organizativamente fuera de la Sanidad, se considera mayoritariamente como campo específico de los psicólogos, junto a los profesionales de trabajo social, en donde realizar tareas de Psicoeducación, entendida básicamente desde modelos cognitivos-conductuales.

## ***Según los Psicólogos Clínicos de Salud Mental***

El trabajo que pueda hacer el psicólogo clínico con otros Servicios hospitalarios solamente se entiende desde el Servicio de Psiquiatría mediante la interconsulta (o programas conjuntos) y llevados a cabo indistintamente por psiquiatras y psicólogos clínicos, al igual que en relación con Atención Primaria. En ese nivel consideran que podrían ver útil el trabajo directo del psicólogo clínico (no del psicólogo general sanitario) para atender a los 'problemas de la vida' y hacer derivaciones más afinadas a Salud Mental.

Las 'reivindicaciones' o 'quejas' de los psicólogos clínicos se enmarcan en el nivel corporativo/profesional (escasez de plazas de psicólogos clínicos y plazas PIR, sobrecarga asistencial, defensa de la Especialidad, defensa de las competencias profesionales y en contra de la figura del psicólogo general sanitario, acceso a puestos de dirección o creación de Servicios de Psicología clínica, etc.), es decir lo que se espera que pueda defender un Colegio profesional sin cuestionar ni la organización actual del sistema sanitario ni la hegemonía del modelo médico/psiquiátrico dominante.

En general se reconocen ciertas divergencias entre los profesionales pero, salvo las que remiten a los conflictos entre organizaciones (AMSM-AEN y COP, por ejemplo), el resto, las que se refieren, por ejemplo, a los diferentes enfoques teóricos se ocultan, enmascaran o minimizan.

Tampoco son pródigos en lo que se refiere a la autocrítica siendo más bien excepcional *el insight* sobre el '*haber querido ser minipsiquiatras*', el no cuestionar la concepción médica, el '*Síndrome de Estocolmo*' con el diagnóstico psiquiátrico o el no haber defendido lo suficiente el '*modelo comunitario*'.

Dentro de los psicólogos clínicos, en los vía homologación respecto a los vía PIR hemos encontrado un mayor énfasis en la defensa de la Sanidad pública, mayor crítica con la situación política de recortes y conscientes del 'cambio de modelo' sanitario, el reconocimiento de la envidia hacia los compañeros que han cursado el programa PIR , una mayor heterogeneidad en la formación que es menos integral, más 'vocación y experiencia en la psicoterapia, más cercanía a la Psiquiatría comunitaria con la que coinciden en los modelos teóricos predominantes (paradigmas psicodinámico y sistémico), más reivindicativos de espacios de poder, más interesados en los trastornos mentales graves, más críticos con el COP y más cercanos a la AMSM-AEN, más encuadrados en un único paradigma teórico, con una valoración menos homogénea que los vía PIR y, en conjunto, 'peor' valorados por los psiquiatras. Son los menos corporativos.

Dentro de los psicólogos clínicos, en los vía PIR respecto a los vía homologación hemos encontrado menos crítica con la situación política de recortes y no tan conscientes del 'cambio de modelo', más preocupados por las formas organizativas y de gestión, por la eficiencia, mayor identidad como especialistas sanitarios, mayor homogeneidad en la formación, más polivalentes, cercanos a la Psiquiatría pero abiertos a otros Servicios, más conformistas con la supeditación a los psiquiatras más 'hospitalarios', más interesados en toda la psicopatología, y no especialmente en los trastornos mentales graves, más comprensivos con el COP, más cercanos a ANPIR y más abiertos a diferentes paradigmas teóricos, autodefinidos como de orientación teórica integradora pero con una fuerte base cognitivo-conductual.

### *Según los PIRes*

---

Más críticos con el COP que el resto, tienen las mismas posiciones que los especialistas vía PIR aunque más preocupados por la salida profesional. Aspiran a trabajar en el sistema público pero empiezan a contemplar salidas profesionales en la Sanidad privada.

### *Según los Psicólogos Clínicos y no especialistas no incluidos en Salud Mental*

---

Este sector minoritario de psicólogos tiene repartida la identidad entre Psicología clínica y Psicología 'de la salud', alejados y críticos con el mundo psiquiátrico no están interesados en la psicopatología sino en problemas psicológicos/comportamentales de la salud/enfermedad 'física', y mayoritariamente se enmarcan en el enfoque cognitivo-conductual. Son partidarios de Servicios de Psicología en los que se integren todos los psicólogos o partidarios de la inclusión de psicólogos 'de la salud' en especialidades diferentes a la Psicología clínica en Servicios hospitalarios diferentes a Psiquiatría (Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología, Cardiología, etc.).

## *A MODO DE SÍNTESIS*

El eje sobre el que gira la Psicología clínica en el engranaje de la Sanidad pública de la Comunidad de Madrid, sea para buscar ser como ella, sea para buscar diferenciarse de ella, es la Psiquiatría. La Psicología (clínica, o 'de la salud', o sin apellidos) en el campo sanitario no tiene entidad por sí misma sino es puesta en relación con la especialidad 'médica' a la sombra de la que ha crecido: la Psiquiatría.

Evidentemente cuando hablamos de **LA PSIQUIATRÍA** nos referimos a la rama de la Medicina que se ocupa de las 'enfermedades/trastornos mentales' con todas las connotaciones que ello implica y con la evolución que ha ido experimentando a lo largo de su historia. Una Psiquiatría en momentos más progresista o más conservadora, más comunitaria o más hospitalaria, más biologicista o más psicoanalítica, más psicoterapéutica o más psicofarmacológica pero siempre dentro de sus señas de identidad 'médicas'.

Girando alrededor de ella ha estado la Psicología clínica en estos últimos 30 años.

Desde este punto de partida podemos decir que los logros alcanzados por la Psicología clínica, en buena medida, han sido los que la propia Psiquiatría ha propiciado, o no ha tenido más remedio que aceptar ('cambiar' algo para que no cambie todo), por razones muy diversas (desde por insuficiencias teóricas hasta por resoluciones judiciales, pasando por la demanda social de 'no psiquiatrización').

El nacimiento de la Especialidad de Psicología clínica, la estructura del programa PIR, las funciones de los psicólogos clínicos en los distintos

dispositivos, etc. se ha hecho a imagen y semejanza de la Especialidad preexistente (Psiquiatría) y, de una u otra manera, bajo su tutelaje, a veces más explícitamente subordinado, a veces más desde la apariencia de la simetría.

Esta relación ha posibilitado colocar a la Psicología clínica, en el plano administrativo y legal, como una especialidad 'igual' que la Psiquiatría e igual a otras especialidades médicas, permitiendo a los psicólogos clínicos su progresiva inserción y re-conocimiento en el campo médico/sanitario pero con poca autonomía de la Psicología clínica y escasa diferenciación entre ambas especialidades (en la evaluación, en la psicoterapia, en los programas de formación, etc.), especialmente cuando se comparten paradigmas teóricos por ambas partes como es el caso de los enfoques psicodinámico y sistémico (y todavía más si se coincide en un enfoque 'comunitario').

A su vez el 'retorno del objetivismo médico' en la Psiquiatría conforma un modelo dominante en la Salud Mental, en el que se incluyen la mayoría de los psicólogos clínicos, por el cual se admite como principal, sino única, la causa biológica de las 'enfermedades mentales/trastornos mentales graves' y como tratamiento de elección, sino el único, el tratamiento psicofarmacológico. Como complemento al 'tratamiento' se admite como necesaria la rehabilitación mediante intervenciones psicoeducativas por parte de psicólogos, generalmente no clínicos, de orientación cognitivo-conductual y ubicados en los Servicios Sociales, fuera del campo sanitario.

Por otro lado el aumento de la demanda de los 'problemas de la vida' habilita la intervención psicoterapéutica del psicólogo clínico (incluso planteándose una parte de ellos la conveniencia que se hiciera desde el nivel

de Atención Primaria) complementando la intervención psicofarmacológico del psiquiatra, o en su defecto, del médico de Atención Primaria.

A nivel organizativo los psicólogos clínicos atisban la posibilidad de ampliar los espacios profesionales en la Sanidad pública y buscar mayores cuotas de poder, ya sea desde dentro de los Servicios de Psiquiatría ('empujando' al cambio de denominación por Servicios de Salud Mental y creando Secciones de Psicología clínica), ya sea caminando hacia Servicios independientes de Psicología clínica que colaboren con los Servicios de Psiquiatría y otros Servicios no psiquiátricos.

La búsqueda de la mayor discriminación de la Psicología clínica respecto a la Psiquiatría (tanta que se le quiere dar otras denominaciones tales como Psicología General Sanitaria, Psicología de la Salud, Psicooncología, etc.) se orienta a la relación con otras especialidades médicas ya sean en el ámbito de la Atención Primaria o en el ámbito hospitalario con la inclusión de psicólogos (clínicos o con otras futuras especialidades) en servicios diferentes al de Psiquiatría.

En tiempos de recortes, de pasaje de 'lo comunitario' a 'lo hospitalario' y de externalización de la gestión de hospitales públicos a empresas privadas, todas las especialidades ven amenazado su desarrollo (tanto en número de puestos de trabajo como en la calidad de las prestaciones), entre ellas la Psiquiatría y, en mayor medida todavía, la Psicología clínica por su mayor precariedad en las condiciones laborales, su menor poder en la estructura médico/sanitaria y su mayor desunión profesional.

Los enfrentamientos entre Asociaciones científico-profesionales (especialmente la AMSM-AEN y el COP) respecto a la defensa de la Especialidad y a la psicología como profesión sanitaria, la heterogeneidad en

la formación de los especialistas, fundamentalmente los psicólogos clínicos vía homologación, cierta confrontación entre los psicólogos clínicos vía PIR (y su asociación representativa ANPIR) con psicólogos no especialistas, los diferentes paradigmas teóricos existentes en el colectivo de psicólogos clínicos, las ubicaciones en variopintos y heterogéneos dispositivos con cierto grado de acomodamiento por su parte y la incapacidad del COP de liderar los intentos de movilización que se ha producido en estos últimos 10 años, han dado como resultado un colectivo atomizado, con intereses muy divergentes, adaptado y acomodado en instituciones heterogéneas, mayoritariamente desmotivado/quemado, poco vinculado a las Asociaciones profesionales y crítico con el Colegio de Psicólogos, infravalorado como especialistas (máxime con la 'amenaza' de la figura del psicólogo general sanitario), y casi resignado a su 'extinción' en lo público, y a un futuro laboral en dispositivos sanitarios privatizados.

### ***AGRADECIMIENTOS***

A todos los profesionales que, de manera desinteresada, han participado en las entrevistas y grupos de discusión y, especialmente a los que han hecho comentarios al Informe preliminar para su elaboración definitiva.



# ANEXOS

## Anexo 1 Perfiles de entrevistas a directivos de centros

ENTREVISTAS A DIRECTIVOS DE CENTROS (PSIQUIATRAS y PSICÓLOGOS CLÍNICOS)					
Género	Cargo	Titulación	Centro	Experiencia	Pertenencia a Asociación
Mujer	Jefe de Servicio	Psiquiatra	Hospital grande	Entre 20-30 años	AMSM-AEN
Hombre	Jefe de Servicio	Psiquiatra	Hospital grande	Más de 30 años	Sociedad Española de Psiquiatría
Hombre	Jefe de Servicio	Psiquiatra	Hospital grande	Más de 30 años	Sociedad Española de Psiquiatría
Mujer	Directora	Psiquiatra	Centro de Salud Mental pequeño	Entre 20-30 años	AMSM-AEN
Hombre	Director	Psiquiatra	Centro de Salud Mental mediano	Entre 20-30 años	Varias
Mujer	Directora	Psiquiatra	Centro de Salud Mental grande	Entre 20-30 años	Varias
Hombre	Director	Psiquiatra	Centro de Salud Mental mediano	Menos de 20 años	Varias
Mujer	Directora	Psiquiatra	Hospital de Día	Entre 20-30 años	AMSM-AEN
Hombre	Jefe de Servicio	Psicólogo clínico	Hospital grande	Entre 20-30 años	Varias
Mujer	Ex-directiva	Psicóloga clínica	Hospital grande	Más de 30 años	Varias
Hombre	Ex-directivo	Psicólogo clínico	Hospital grande	Más de 30 años	AMSM-AEN
Hombre	Director	Psicólogo clínico	Centro de Salud Mental grande	Entre 20-30 años	COPM

## Anexo 2 Perfiles de entrevistas a psicólogos relevantes

Género	Centro	Contrato	Experiencia	Orientación teórica	Pertenece a	Actitud hacia COP
Mujer	CSM mediano	Laboral fija	Más de 20 años	Sistémica	Miembro activo COPM	Crítica moderada
Mujer	CSM pequeño	Estatutaria	Más de 20 años	Psicoanalítica	AMSM-AEN	Crítica radical
Mujer	CSM mediano	Laboral fija	Más de 20 años	Dinámica/Psicosocial	AMSM-AEN	Crítica radical
Hombre	CSM mediano	Funcionario	Más de 20 años	Conductual-cognitiva	Varias Asociaciones	Crítica moderada
Mujer	CSM/Hospital	Laboral fija	Menos de 10 años	Integradora	ANPIR	Crítica moderada
Mujer	Hospital grande	Laboral temporal	Menos de 10 años	Cognitivo-conductual	ANPIR	Crítica radical
Hombre	Hospital mediano	Estatutario interino	Más de 20 años	Integradora	Varias Asociaciones	Favorable
Mujer	Hospital grande	Estatutaria	Más de 20 años	Cognitivo-conductual	Miembro activo COPM	Crítica moderada

## Anexo 3 Perfiles de grupos de discusión

GRUPO DE DISCUSIÓN 1									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	Homologación	Funcionaria	CSM grande	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Ecléctica/Cognitivo-conductual	Crítica moderada
Mujer	PIR-Autonómico	Laboral fija	CSM mediano, antes H. día	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Psicodinámica/Sistémica	Crítica radical
Mujer	Homologación	Laboral interino	Hospital/Dispositivos de Rehabilitación	Metropolitano	Más de 20 años	Adultos	Rehabilitación	Cognitivo-conductual	Crítica moderada
Mujer	Homologación	Estatutaria interina	Hospital de día en hospital nuevo	Metropolitano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Asistencia	Cognitivo-conductual/Sistémica	Favorable
Hombre	Homologación	Laboral fijo	CSM pequeño	Metropolitano	Más de 20 años	Infantil	Asistencia	Cognitivista piagetiano	Favorable
Hombre	PIR-Autonómico	Estatutario	Hospital de día	Metropolitano	Entre 10 y 20 años	Adolescentes	Asistencia	Ecléctica	Crítica moderada
Hombre	No Especialista	Laboral fijo	CSM pequeño	Rural	Entre 10 y 20 años	Adultos	Asistencia	Cognitivo-conductual	Favorable
GRUPO DE DISCUSIÓN 2									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	PIR nacional	Laboral interina	Hospital Monográfico	Urbano	Menos 10 años	Adultos	Alcoholismo	Ecléctica/Sistémica	Crítica moderada
Mujer	PIR nacional	Estatutaria interina	CSM grande	Urbano	Entre 10 y 20 años	Infantil	Asistencia	Psicodinámica	Favorable
Mujer	PIR nacional	Estatutario eventual	CSM pequeño	Metropolitano	Menos 10 años	Adultos	Asistencia	Psicoanalítica	Crítica moderada
Mujer	PIR nacional	Estatutario eventual	CSM mediano	Metropolitano	Menos 10 años	Infantil	Asistencia	Sistémico-estratégico	Crítica radical
Hombre	PIR nacional	Funcionario interino	CSM pequeño	Urbano	Entre 10 y 20 años	Infantil	Asistencia	Conductual	Crítica moderada
Hombre	PIR nacional	Estatutario interino	Hospital general grande	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	H. breve y y H. de Día	Cognitivo	Crítica radical
GRUPO DE DISCUSIÓN 3									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Hombre	Homologación	Estatutario	Hospital/Dispositivos de Rehabilitación	Metropolitano	Más de 20 años	Adultos	Rehabilitación	Cognitivo-conductual	Crítica moderada
Hombre	Homologación	Estatutario	CSM grande	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Psicodinámica	Crítica moderada
Mujer	Homologación	Estatutario	Hospital/CSM grande	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Integradora	Crítica moderada
Mujer	PIR-Autonómico	Laboral interina	CSM mediano	Metropolitano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Asistencia	Integradora	Crítica radical
GRUPO DE DISCUSIÓN 4									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	Homologación	Estatutario	CSM mediano	Urbano	Más de 20 años	Infantil	Asistencia	Psicodinámica	Crítica moderada
Mujer	Homologación	Estatutario	CSM pequeño	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Ecléctica	Crítica moderada
Hombre	Homologación	Laboral fijo	CSM mediano	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Psicodinámica	Crítica moderada
Hombre	Homologación	Laboral fijo	Hospital general grande	Urbano	Más de 20 años	Adultos	Interconsulta	Integrativa ecléctica/Humanista	Crítica radical
GRUPO DE DISCUSIÓN 5									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	Homologación	Estatutario interino	Hospital de día	Urbana	Más de 20 años	Adolescentes	Asistencia	Psicodinámica/Psicología social y grupal	Crítica radical
Mujer	Homologación	Estatutario	Hospital grande	Metropolitano	Más de 20 años	Toda	Interconsulta	Psicoanalítica	Crítica moderada
Mujer	Homologación	Laboral fijo	CSM grande	Urbana	Más de 20 años	Adultos	Asistencia	Psicoanalítica	Crítica moderada
Hombre	Homologación	Laboral	CSM grande	Metropolitano	Más de 20 años	Adultos	Asistencia/Antes H. día	Psicodinámica	Crítica moderada
GRUPO DE DISCUSIÓN 6									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	Homologación	Estatutaria interino	CSM grande	Metropolitano	Más de 20 años	Infantil	Asistencia	Psicodinámica	Crítica moderada
Mujer	Homologación	Estatutaria eventual	Hospital general grande	Urbano	Menos de 10 años	Adultos	Asistencia	Ecléctica/Cognitivo-conductual	Favorable
Mujer	PIR nacional	Estatutario interino	Hospital general pequeño	Urbano	Menos de 10 años	Adultos	Trastornos de Conducta Alimentaria	Integradora	Crítica moderada
Mujer	PIR nacional	Estatutaria eventual	CSM mediano	Urbano	Menos de 10 años	Infantil	Asistencia	Ecléctica/Integradora	Crítica moderada
Hombre	PIR nacional	Estatutario eventual	CSM mediano	Metropolitano	Menos de 10 años	Adultos	Asistencia	Psicodinámica Relacional	Crítica moderada
Hombre	Homologación	Funcionario	Hospital general grande	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Asistencia	Cognitivo-conductual	Favorable
GRUPO DE DISCUSIÓN 7									
Género	Año de PIR	Unidad Docente	Orientación teórica	Actitud con el COP					
Mujer	1	H. U. La Princesa	Psicodinámica	Crítica radical					
Mujer	3	H. U. La Paz	Integradora	Crítica moderada					
Mujer	1	Instituto Psiquiátrico José Germain	Integradora	Crítica radical					
Mujer	4	H. U. La Princesa	Integradora con base Cognitivo-conductual	Crítica moderada					
Mujer	3	H. Ramón y Cajal	Ecléctica	Crítica moderada					
Hombre	4	Instituto Psiquiátrico José Germain	Integrador en formación dinámica	Crítica radical					
Mujer	3	H. U. La Princesa	Integradora	Crítica moderada					
Mujer	1	H. C. Defensa	Cognitivo-conductual	Favorable					
GRUPO DE DISCUSIÓN 8									
Género	Año de PIR	Unidad Docente	Orientación teórica	Actitud con el COP					
Mujer	4	H. R. Lafora	Sistémica y Psicoanalítica	Crítica moderada					
Hombre	3	H. C. Defensa	Cognitivo-conductual	Neutra					
Hombre	2	H. Getafe	Cognitivo-conductual abierto a la integración	Crítica moderada					
Mujer	2	H. Príncipe de Asturias	Integradora	Crítica moderada					
Mujer	1	Instituto Psiquiátrico José Germain	Integradora	Crítica moderada					
Mujer	4	H. Gregorio Marañón	Integradora	Crítica moderada					
GRUPO DE DISCUSIÓN 9									
Género	Especialidad	Contrato	Centro de trabajo	Localización	Experiencia	Población	Programas	Orientación teórica	Actitud con el COP
Mujer	Homologación	Laboral temporal	Hospital mediano	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Interconsulta	Integración de modelos desde el enfoque sistémico y el constructivismo social	Crítica radical
Mujer	No Especialista	Estatutaria temporal	Hospital mediano	Urbano	Entre 10 y 20 años		Cuidados Paliativos	Cognitivo-Conductual, Humanista (constructivismo)	Favorable
Mujer	Homologación	Estatutaria	DGAP	Urbano	Entre 10 y 20 años	Todos	Prevención y Promoción de salud	Cognitivo-Conductual	Favorable
Mujer	No Especialista	Estatutaria	Hospital pequeño	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Servicio de Neurología	Sistémica, Humanista	Favorable
Hombre	No Especialista	Laboral fijo	Hospital grande	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	VIH	Cognitivo-Conductual	Neutra
Hombre	Homologación	Estatutaria	Hospital grande	Urbano	Entre 10 y 20 años	Todos	Hematología	Humanista / Gestalt	Crítica moderada
Mujer	No Especialista	Laboral temporal	Hospital mediano	Urbano	Entre 10 y 20 años	Adultos	Cuidados Paliativos	Cognitivo-Conductual	Neutra

#### **Anexo 4** Guión de entrevistas y grupos de discusión

- Situación actual de la Psicología clínica
- Funciones del psicólogo clínico: evaluación y psicoterapia
- Relaciones entre Psicología clínica y Psiquiatría
- El psicólogo en Atención Primaria La formación PIR
- El Psicólogo General Sanitario
- Servicios independientes de Psicología clínica
- El papel del Colegio de Psicólogos
- Otras Asociaciones científico-profesionales
- Propuestas de mejora

## Anexo 5 Protocolos de derivación desde Atención Primaria a Especialistas del Centro de Salud Mental

En el 2012 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Dirección general de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, a partir de un grupo de trabajo formado por profesionales de salud mental, elaboró unos criterios de derivación de población adulta e infanto-juvenil desde Atención Primaria a Médico Especialista en Psiquiatría y Psicólogo Especialista en Psicología clínica del Centro de Salud Mental que anexamos

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN
<b>CRITERIOS DERIVACIÓN DE PACIENTES de 18 años o más<sup>10</sup> de ATENCIÓN PRIMARIA a ESPECIALISTAS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL Médico Especialista en Psiquiatría y Psicólogo Especialista en Psicología Clínica</b>
<b>LOS TIPOS DE DERIVACIÓN, SEGÚN PRIORIDAD, SON:</b>
• <b>Urgente:</b> derivación al hospital de referencia
• <b>Valoración Previa por Especialista cuando exista sospecha de TRASTORNO MENTAL GRAVE</b>
• <b>Derivación normal</b>
<b>CRITERIOS CLÍNICOS DE DERIVACIÓN:</b>
<b>a) Criterios de derivación a Médico Especialista en Psiquiatría</b>
• Gravedad clínica (por ejemplo sintomatología psicótica)
• Complejidad del tratamiento.
• Riesgo de suicidio o intento autolítico reciente.
• Indicación de hospitalización psiquiátrica.
• Diagnóstico diferencial.
• Respuesta terapéutica no adecuada, o empeoramiento clínico.
<b>b) Criterios de derivación a Psicólogo Especialista en Psicología Clínica</b>
• Tratamiento combinado médico-psicológico, asumiendo el Médico de Atención Primaria el diagnóstico diferencial médico y el tratamiento farmacológico del paciente
• Intervención psicológica en trastornos con repercusión sintomatológica importante en los que no se anticipara la indicación de medicación y que superan la capacidad de resolución en el nivel de atención primaria
<b>c) Adicciones: se deben derivar a la Red de Atención a Drogodependencias (CAID y CAD)</b>
<b>ASPECTOS ADMINISTRATIVOS BÁSICOS</b>
a) se debe <b>EVITAR</b> la doble cita a Médico Especialista en Psiquiatría y a Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
b) En el Centro de Salud Mental se realizarán las derivaciones internas pertinentes entre los Médicos Especialistas en Psiquiatría y los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, según las necesidades de los pacientes.
c) Para evitar duplicidades de tratamientos por especialistas, los supuestos de solicitud de cambio de especialista <b>se resolverán en el Centro de Salud Mental</b> por el procedimiento establecido, no debiendo pasar por el circuito de libre elección a través de Atención Primaria.
d) Para ampliar información consultar los <b>CRITERIOS DE DERIVACIÓN POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGÍAS</b> del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid.

<sup>10</sup> En color en el original

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN
CRITERIOS DERIVACIÓN DE PACIENTES <b>menores de 18 años</b> de ATENCIÓN PRIMARIA a ESPECIALISTAS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL. <b>Médico Especialista en Psiquiatría y Psicólogo Especialista en Psicología Clínica</b>
LOS TIPOS DE DERIVACIÓN, SEGÚN PRIORIDAD, SON:
• <b>Urgente:</b> derivación al hospital de referencia
• Valoración Previa por Especialista <b>cuando exista sospecha de TRASTORNO MENTAL GRAVE</b>
• Derivación normal
CRITERIOS CLÍNICOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE SALUD MENTAL
INFANTO- JUVENIL:
<b>a) Criterios de derivación a Médico Especialista en Psiquiatría</b>
Al médico especialista en Psiquiatría se derivan aquellos casos de menores de 18 años en los que, además de otros tipos de intervenciones terapéuticas, se prevea la necesidad del uso concomitante de tratamiento farmacológico o en los que exista la necesidad de reevaluación del tratamiento farmacológico actual. Se orientará la derivación al médico especialista en Psiquiatría en los siguientes supuestos:
• Gravedad clínica (por ejemplo sintomatología psicótica, etc.)
• Complejidad del tratamiento.
• Riesgo de suicidio o intento autolítico reciente.
• Indicación de hospitalización psiquiátrica.
• Complejidad del diagnóstico diferencial.
<b>b) Criterios de derivación a Psicólogo Especialista en Psicología Clínica</b>
• Tratamiento combinado médico-psicológico, asumiendo el Médico de Atención Primaria el diagnóstico diferencial médico y el tratamiento farmacológico del paciente
• Intervención psicológica en trastornos con repercusión sintomatológica importante en los que no se anticipara la indicación de medicación y que superan la capacidad de resolución en el nivel de atención primaria
<b>c) Criterios de NO DERIVACIÓN a Salud Mental</b>
1) Trastornos del aprendizaje y bajo rendimiento escolar, descartada patología orgánica o trastorno psiquiátrico grave, <b>SE DEBE DERIVAR A:</b> Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años)
2) Disfunciones familiares leves. <b>SE DEBE DERIVAR A:</b> Servicios Sociales de apoyo a la familia (CAF, Ayuntamiento)
3) Trastornos del lenguaje, descartada patología orgánica o trastorno psiquiátrico grave, <b>SE DEBE DERIVAR A:</b> Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años)