

PSICOLOGÍA SANITARIA: EN BUSCA DE IDENTIDAD

Javier Prado Abril¹, Sergio Sánchez Reales² y
José A. Aldaz Armendáriz¹

¹*Hospital Universitario Miguel Servet (España);* ²*Hospital General Universitario de Elche (España)*

Resumen

Este trabajo continúa el debate iniciado en números anteriores (Carrobes, 2012, 2013; Sánchez Reales, Prado Abril y Aldaz Armendáriz, 2013) a raíz de la creación de la nueva profesión de Psicólogo General Sanitario. Reflexionamos sobre los itinerarios curriculares que capacitan profesionalmente en el ámbito de la Psicología Sanitaria, considerando la narrativa que ha acompañado este proceso y su repercusión en la configuración de las identidades profesionales de la Psicología Sanitaria. Enfatizamos la importancia de los aspectos históricos, contextuales y legislativos y profundizamos sobre el estatus actual de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud, destacando las oportunidades actuales que permiten la construcción de un itinerario formativo y profesional coherente de Psicología Sanitaria.

PALABRAS CLAVE: *Psicólogo Clínico, Psicólogo General Sanitario, identidad profesional.*

Abstract

This paper follows the discussion started in previous issues (Carrobes, 2012, 2013; Sánchez Reales, Prado Abril & Aldaz Armendáriz, 2013) following the creation of the new General Health Psychologist profession. We reflect on curricular itineraries and professional training in the field of Health Psychology, considering the narrative that has accompanied this process and its impact in shaping professional identities of Health Psychology. We emphasize the importance of the historical, contextual and legislative aspects and we deepen on the current status of Clinical Psychology in the National Health System, highlighting current opportunities that allow the construction of a coherent professional training itinerary on Health Psychology.

KEY WORDS: *Clinical Psychologist, General Health Psychologist, professional identity.*

Introducción

La reciente Resolución de 3 de junio de 2013, desarrollada posteriormente en la Orden ECD/1070/2013, establece las bases para el desarrollo de los planes de estudio del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) que habilitará para el ejercicio profesional como Psicólogo General Sanitario (PGS). Esta titulación universitaria es la última en incorporarse a una larga lista de titulaciones que, bajo determinadas condiciones, potencialmente pueden ejercer en el ámbito de la Psicología Sanitaria; a saber, licenciados en Filosofía y Letras sección Psicología, licenciados en Psicología, licenciados con título de Especialista en Psicología Clínica (en sus dos modalidades, vía Psicólogo Interno Residente (PIR) y vía homologación del título), graduados en Psicología con título de MPGS y graduados en Psicología Especialistas en Psicología Clínica vía PIR. Teniendo en cuenta el marco legal vigente y considerando únicamente a la Psicología Sanitaria, el resultado neto es un colorido mosaico de itinerarios formativos en el que, a pesar de los desarrollos legislativos, las funciones y desempeños quedan lejos de esclarecerse.

El proceso de creación de la figura del PGS, consecuencia directa de las complicaciones puntuales derivadas de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) (Sánchez Reales, Prado Abril y Aldaz Armendáriz, 2013), ha finalizado en ausencia de un auténtico debate profesional. No se han valorado, en profundidad, las fortalezas y debilidades asociadas a esta nueva figura profesional y el impacto sobre el entorno de las profesiones circundantes. Todo ello, ha culminado en la defensa de un itinerario curricular de formaciones paralelas (Carrobes, 2012, 2013) que ha ignorado, hasta donde ha sido posible, cualquier tipo de análisis y propuesta realizada desde las asociaciones profesionales y científicas de la Psicología Clínica (PC) (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN], 2013; Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, 2011; Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica, 2011), en favor de otras propuestas del ámbito universitario y colegial.

El nacimiento de la nueva profesión sanitaria, además, ha sido entendido desde determinados sectores (Carrobes, 2012, 2013; Echeburúa, Salaberría, de Corral y Cruz-Sáez, 2012) como una oportunidad para saltar del ámbito profesional privado al público, justificado en una autoproclamada madurez científica en la que se diferencian funciones profesionales sobre el ya obsoleto concepto de trastorno mental o diagnóstico psiquiátrico (*Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society*, 2013). Otras voces autorizadas, como la del decano de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, han justificado esta transición apresurada en la similitud de las condiciones formativas pre y posgraduadas exigidas por los ministerios implicados en relación al resto de las profesiones sanitarias; razón por la cual, la inserción en el Sistema Nacional de Salud (SNS) cae por su propio peso (Gallego, 2013). Con independencia de la omisión del marco legislativo actual (tanto el que regula el propio ejercicio, como el que rige la formación de las demás profesiones sanitarias), estos razonamientos tendenciosos ignoran y distorsionan tanto la figura del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), como la historia y regulación del ejercicio profesional en

el SNS, aspectos ya abordados en otro lugar (Olabarria y García, 2011; Sánchez Reales *et al.*, 2013).

En adelante, profundizaremos sobre la idea de que más allá de estas posiciones instrumentales e interesadas, el desarrollo de la profesión sanitaria de la Psicología y la narrativa generada durante este proceso, desde determinados estamentos oficiales, impacta sobre aspectos nucleares y fundamentales del ejercicio. El riesgo que se corre es el de situar a la Psicología Sanitaria, su profesión y su especialidad, ante una innecesaria crisis de identidad profesional que amenace su propio desarrollo y en el que, como empieza a ser costumbre, los pacientes serán los máximos perjudicados; aspecto ignorado y escasamente debatido por los dirigentes profesionales y lobbies implicados. Este último matiz resulta paradójico ya que, reiteramos, el origen y el fin de cualquier modificación en el ordenamiento profesional debería estar motivado y justificado en la mejora de los procesos asistenciales para que los ciudadanos se beneficien de una atención de calidad libre de influencias espurias (Sánchez Reales *et al.*, 2013).

Identidad profesional

La identidad profesional es el proceso por el cual la persona integra estatus, roles y experiencias profesionales en una imagen coherente del *self* y con un sentido de pertenencia a una profesión (Epstein, 1978). También implica un conjunto de repertorios culturales interiorizados que constituyen los significados construidos que se pondrán en acción cotidianamente (Wenger, 2001). En este sentido, los planes de estudio son la clave en torno a la cual se construye el sustrato de la identidad profesional, ya que rubrican la transición y reconocimiento social desde el rol de alumno al de profesional de una determinada disciplina. Un aspecto clave de este proceso de socialización es el reconocimiento y aprendizaje del *ethos profesional* que subyace a los entornos profesionales específicos: aquellos sistemas de valores, normas y patrones conductuales (Romero y Yurén, 2007) que caracterizan el desempeño propio, a la vez, que lo diferencian de otros. Es en este aspecto básico donde se concentran las posibles dificultades de convivencia entre las figuras del PGS y el PEPC y no es necesario enumerar el caudal de argumentos que justifican esta observación.

A pesar de que ambas figuras pertenecen a la Psicología Sanitaria, tal y como están definidos actualmente los itinerarios curriculares, no es un requisito que ambos profesionales compartan el mínimo de los 90 créditos ECTS sanitarios exigidos en el grado para acceder al MPGS. Más allá de la dificultad, reconocida por la universidad (Gallego, 2013), de definir lo que constituye un crédito sanitario, la contundencia de este hecho implica la construcción de diferentes modelos de identidad profesional en el sector, que en última instancia determinarán roles y comportamientos profesionales. Si a ello añadimos la narrativa distorsionada que se está transmitiendo desde determinados lobbies de la Psicología Sanitaria, las condiciones para el conflicto están servidas. Este es un aspecto especialmente sensible para los profesionales que no han terminado de construir su propia identidad profesional, como estudiantes y profesionales jóvenes. Como menciona el profesor Pérez Álvarez (2013): *“La narrativa no sólo recuenta la historia, sino*

que puede ser constitutiva de nuestra vida: somos lo que nos cuentan y nos contamos a nosotros mismos. (...) El lenguaje no es meramente una "herramienta", (...) sino la materia misma de la que está hecha nuestra identidad como actores de la vida" (p. 15).

Ahondando en esta cuestión, la construcción de la identidad profesional es un proceso contextual mediado por las interacciones sociales en el entorno laboral. De este modo, cobra especial relevancia el diseño del prácticum del MPGS. Aspecto que, como demuestran Rodríguez y Seda (2013), es fundamental en la construcción de la identidad profesional de los estudiantes de Psicología. La Orden ECD/1070/2013 suscribe que los centros o servicios sanitarios en los que se pueden desarrollar las prácticas externas del MPGS deben cumplir una serie de condiciones de razonable exigencia. Sin embargo, limitar las prácticas profesionales exclusivamente a los dispositivos relacionados con la Salud Mental del ámbito público, ámbito natural de trabajo de los PEPC, sería un error importante y condenaría al alumnado del MPGS a aprender funciones, roles y comportamientos de un entorno laboral que no le es propio, negando a su vez la amplitud, riqueza y extensión del que le corresponde, así como elaborando una *identidad profesional prestada* y condicionada por las necesidades de la institución formativa, en este caso la universidad. En este sentido, el interés porque la Psicología Sanitaria encuentre un desarrollo sólido, consistente y coherente con el de las demás profesiones sanitarias ha generado propuestas interesantes, como la divulgada por la AEN (2013), en la que se propone la organización de las prácticas profesionales dentro de un circuito por diferentes dispositivos fuera del ámbito del ejercicio especializado, de manera que el futuro PGS pueda capacitarse para roles profesionales propios y coherentes con la labor profesional para la que le regula su título universitario.

El programa PIR y la formación de especialistas: defectos y posibilidades

En paralelo a los cambios en el ordenamiento profesional dentro de la Psicología Sanitaria, se han vertido críticas sobre la calidad de la formación PIR: unas abiertamente difamatorias (Carrobles, 2012), otras más veladas (Echeburúa, 2008). Partiendo del principio de que todo es mejorable, pero teniendo presente que el desarrollo y consolidación del sistema PIR ha sido un gran paso adelante en la formación de los PEPC, proporcionando los mejores niveles formativos conocidos hasta el momento en nuestro país, es necesario reflexionar sobre el modo de optimizar dicha formación. En los últimos años, se han hecho avances en este sentido: se ha ampliado el programa de formación PIR a cuatro años, las rotaciones se han extendido a atención primaria, interconsulta y enlace y se ha iniciado, con suerte dispar, la implementación de la atención continuada, entre otras. Ello, ha mejorado la formación de los PIR y ha contribuido al creciente reconocimiento del papel de la PC en las distintas áreas de la atención sanitaria.

Del mismo modo en que debe ocurrir con la figura del PGS, no se puede soslayar la historia de la PC ni del resto de especialidades sanitarias cuando se pretenden comprender los antecedentes y condicionantes que determinan el estado actual de nuestra disciplina (Olabbarría y García, 2011), así como los avances

profesionales que la especialidad tendrá que afrontar en el futuro próximo dentro del SNS (Sánchez Reales *et al.*, 2013). A este respecto, si todos apoyamos el proceso de manera unánime, pensamos que la PC adquirirá un rango de especialidad sanitaria consolidada si se desarrolla en el SNS como una especialidad estructural, funcionalmente diferenciada y autónoma en el organigrama de la atención sanitaria pública.

Como procede al hablar de una especialidad sanitaria joven, que apenas lleva reconocida de facto unos quince años, todavía es relativamente desconocida por el SNS. Basta con la experiencia diaria de encontrar en colegas médicos de diferentes especialidades un desconocimiento alarmante de las funciones del PEPC o de la oferta de servicios que la PC puede ofrecer al sistema. Como mencionamos anteriormente no pueden obviarse ciertos hechos, como que la entrada de los psicólogos en el SNS se produce de la mano de la Reforma Psiquiátrica y de psiquiatras aperturistas (Olabarria y García, 2011). Sin embargo, estas circunstancias condicionan hoy nuestra ubicación y desarrollo futuro, ya que la mayoría de los PEPC están insertos en las estructuras de Salud Mental, los servicios de Psiquiatría Hospitalaria o en Atención Primaria. Aunque aquellos tiempos facilitaron la entrada y estabilidad de la PC en el SNS, las mismas circunstancias, hoy, asfixian su desarrollo potencial sin que las asociaciones profesionales (mucho menos, los colegios profesionales) tomen una posición clara, decidida y activa al respecto. Además, desde el punto de vista de la construcción de la identidad profesional, estos condicionantes determinan relaciones interprofesionales que implican que el residente, profesional en formación, tenga dificultades para construir una identidad autónoma y sólida sobre la que desarrollar su actividad profesional, de acuerdo con el corpus teórico-técnico de su disciplina y en consonancia con otros sistemas de salud más eficientes.

Se hace pertinente una nueva transición que permita salir a la PC de las estructuras de Salud Mental y no de las funciones de la Salud Mental, para dar lugar a una ubicación autónoma y transversal en el SNS, que provea de asistencia tanto a los dispositivos de atención primaria como de atención especializada. Actualmente, disponemos de una evidencia suficiente para trabajar en pos de dicho objetivo y sortear los obstáculos existentes para ofrecer las máximas garantías de calidad a los ciudadanos (Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013; Campbell, Norcross, Vasquez y Kaslow, 2013; Clark *et al.*, 2009). Aunque, para ello habrá que salvar importantes escollos; entre ellos, la influencia global de un modelo biologicista sin apoyo empírico (Barlow *et al.*, 2013) o, a nivel local, la cotidianeidad de nuestro día a día, donde una proporción significativa de la PC participa en estructuras asistenciales de Salud Mental controladas por otra especialidad, que si bien comparte con la nuestra algunas facetas laborales, en otras se trabajan objetivos diametralmente opuestos y, donde, a pesar de lo evidente de la situación, algunos PEPC se acomodan en una estructura ajena a nuestra especialidad, en vez de emprender el camino de la autonomía y la reafirmación profesional. La creación de la figura del PEPC, sin duda, facilitó a muchos profesionales el reconocimiento y el acceso a una posición profesional y económica de prestigio, merecidas con toda justicia; pero junto al título y el ejercicio cabe exigir, coherentemente al momento de desarrollo de su profesión, la

exigencia diaria del asentamiento y consolidación de su propia disciplina en sintonía con el arsenal científico-técnico que la avala. El fomento y la defensa de estructuras, metodologías y planteamientos asistenciales de la Psiquiatría chocan, en muchos casos, contra nuestra forma de trabajar, de entender la intervención psicológica, de definir campos de actuación y de enmarcar y optimizar nuestras intervenciones. Sin duda, esta situación, dificulta y condiciona la eficacia de los tratamientos psicológicos y la expansión de nuestra especialidad a otros terrenos. No es aceptable que el argumento del trabajo en equipo, el que sea multidisciplinario o la salud mental comunitaria, tal y como se utilizan en parte de la Salud Mental del SNS, se conviertan en argumentos vacíos que es necesario revisar y actualizar para que su mal empleo no derive en un yugo ideológico que impida el propio desarrollo y autonomía profesional. Y, lo más importante, bloquea la capacidad del SNS para ofrecer las mejores garantías asistenciales, perjudicando a los ciudadanos.

Profundizando un poco más, es fácil darse cuenta de que las amenazas a la consolidación profesional del PIR o del PEPC no proceden exclusivamente del SNS. Como señalan Rodríguez y Seda (2013) participar en una comunidad de profesionales y construir consecuentemente la identidad profesional, implica afiliarse y comprometerse con ella, para a partir de ello interiorizar las normas y roles de dicho grupo social. Actualmente son escasos los proyectos asociativos sólidos que tienen como objetivo consolidar la PC en el SNS y en la sociedad, quizá esta sea una de las causas que expliquen el desencanto de algunos PEPC en el desarrollo de su propia profesión. No ha existido por parte del Colegio Oficial de Psicólogos ningún interés sostenido para consolidar la PC en el SNS como disciplina independiente, mostrando una actitud ambivalente, en el mejor de los casos, y poco comprometida con cuestiones clave para este colectivo profesional y, en general, con el modelo asistencial público, centrandos sus esfuerzos en la solución de problemas que afectaban exclusivamente al sector privado, a través de opciones cortoplacistas que enmarañan la situación actual: ¿a la espera de la explosión definitiva? La polémica del itinerario formativo en Psicología Sanitaria es buen ejemplo de ello (Carrobles, 2013; Sánchez Reales *et al.*, 2013). Finalmente, es difícil conocer qué cabe esperar de esta organización tras la reciente publicación del anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales, en la que se esboza un escenario laboral en el que no será necesario estar colegiado para ejercer profesionalmente la Psicología Sanitaria.

En relación al resto de asociaciones científicas del campo de la PC, también son muy escasos los proyectos desarrollados con la finalidad de consolidar la especialidad (quizá, con la salvedad de la Plataforma para el desarrollo de la PC), mostrando discursos, unos y otros, incluso opuestos, que generan más confusión que claridad y dificultan la construcción de una identidad profesional sólida por parte del residente. Como colofón, en este entorno tan confuso y turbulento cabe mencionar que desde algunos sectores académicos y profesionales (Carrobles, 2013; Echeburúa *et al.*, 2012) se ha caracterizado a los PEPC como corporativistas; calificativos muy alejados de una realidad donde la convivencia con otras profesiones sanitarias nos hace ser conscientes del momento de desorientación, a la vez que acomodación y resignación, que caracteriza al colectivo, dándole una

aparición de complejidad y tensión de las que se tiene constancia, incluso, a nivel político (Morán, 2012).

Conclusiones

En resumen, para ser y sentirse profesional, el aprendiz debería dominar los aspectos teóricos y técnicos, además de reconocer el papel real que ocupa en espacios concretos, experimentando las formas de relación, comunicación y organización presentes en un contexto específico. La creación de la nueva profesión del PGS, dados los términos en que se está formulando y la narrativa tendenciosa que se está construyendo (Carrobes 2012, 2013; Echeburúa *et al.*, 2012; Fernández Hermida, 2012; Gallego, 2013), va camino de suponer la enésima oportunidad perdida por el colectivo profesional de los psicólogos sanitarios para edificar un itinerario formativo coherente, que facilite la adquisición de habilidades progresivas vinculadas al ámbito de ejercicio profesional, reconociendo la dificultad intrínseca al propio desempeño y aclarando roles y funciones para vertebrar y consolidar un colectivo profesional extremadamente heterogéneo.

En el ámbito del SNS, la formación especializada del PEPC a través del PIR, hace necesaria una nueva transición en el desarrollo de nuestra disciplina que permita a los PEPC delimitar un modelo de prestación de servicios, enmarcado en un modelo organizativo autónomo, que se base en la evidencia empírica que existe sobre las virtudes de las intervenciones psicológicas y ciertos modelos de gestión clínica (Barlow *et al.*, 2013; Campbell *et al.*, 2013; Clark *et al.*, 2009). Esta tarea, aunque nos conducirá a un mayor asentamiento y consolidación en el SNS, implica superar dificultades como el conformismo de algunos compañeros, la falta de cohesión, el temor a ser una especialidad adulta en un sistema que no es capaz, con frecuencia, de identificar ni reconocer la aportación de la disciplina, u otros elementos externos al propio desempeño profesional que no favorecen y dificultan seriamente su desarrollo: entre ellos, los planteamientos que degradan a la Psicología Sanitaria, en el ámbito sanitario y en la sociedad, a los niveles anteriores al Real Decreto de creación y regulación de la especialidad (Carrobes, 2012, 2013). Sin estas condiciones, la complejidad, la confusión y la conflictividad seguirán siendo las características distintivas de la Psicología Sanitaria.

Referencias

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2013). *Propuestas de la AEN sobre el prácticum del Máster en Psicología General Sanitaria y los servicios de salud mental*. Recuperado el 8 de octubre de 2013, desde: <http://www.aen.es>
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2011). Recuperado el 6 de octubre de 2013, desde: <http://www.aepecp.net/arc/peticion%20PGS%20AEPCP-1.pdf>
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T. y Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy*, 50, 98-101.

- Carrobles, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Carrobles, J. A. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richard, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society (2013). *Division of Clinical Psychology position statement on the classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses. Time for a Paradigm Shift*. Recuperado el 7 de septiembre de 2013, desde: <http://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf>
- Echeburúa, E. (2008). Retos de futuro de la Psicología Clínica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 192-207.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del Psicólogo Clínico y del Psicólogo General Sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 423-435.
- Epstein, A. L. (1978). *Ethos and identity*. Londres: Tavistock.
- Fernández Hermida, J. R. (2012). *Implantación del título de Psicólogo General Sanitario*. Sesión aplicada presentada en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.
- Gallego, C. (2013). *Inauguración de las IV Jornadas de Emociones y Bienestar*, Madrid, España.
- Morán, F. (2012). *Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria*. Mesa redonda celebrada en las XII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, Valladolid, España.
- Olabarría, B. y García, M. A. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 223-245.
- Pérez Álvarez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4, 5-28.
- Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica (2011). *Declaración de la plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica*. Recuperado el 6 de octubre de 2013, desde: <http://www.aepcp.net>
- Rodríguez, F. y Seda, I. (2013). El papel de la participación de estudiantes de Psicología en escenarios de práctica en el desarrollo de su identidad profesional. *Perfiles Educativos*, 35, 82-99.
- Romero, C. y Yurén, M. T. (2007). Ethos profesional, dispositivo universitario y conformación. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 49, 22-29.
- Sánchez Reales, S., Prado Abril, J. y Aldaz Armendáriz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 189-200.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad*. Madrid: Paidós.

RECIBIDO: 20 de noviembre de 2013

ACEPTADO: 20 de enero de 2014