



# DESPATOLOGIZAR Y EMANCIPAR A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA CONTROVERSIA SOBRE LOS ITINERARIOS FORMATIVOS

## DEPATHOLOGIZING AND EMANCIPATING CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE CONTROVERSY OVER EDUCATIONAL ITINERARIES

Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas  
Ayuntamiento de Madrid

En el presente artículo, se propone un análisis crítico del modelo anatomoclínico y psicopatológico, se reivindica la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica de la Psicología y de su capacitación profesional para el análisis y solución de los problemas psicológicos. Esta perspectiva debería ser tenida en cuenta en el debate actual sobre los itinerarios formativos de la Psicología Clínica dentro y fuera del ámbito sanitario. Se plantea un itinerario formativo de Master en Psicología Clínica para el ejercicio profesional fuera del sistema sanitario, se plantean las oportunidades y riesgos de los itinerarios formativos del Psicólogo Interno Residente (PIR) y del Psicólogo General Sanitario (PSG).

**Palabras clave:** Modelo psicopatológico, Epistemología, Psicología clínica, Formación del psicólogo, Psicólogo interno residente, Psicólogo general sanitario.

In this paper, we propose a critical analysis of the anatomoclinical and psychopathological model, we claim the epistemological, methodological and technological autonomy of Psychology and of the professional training for the analysis and solution of psychological problems. This perspective should be taken into account in the current debate on the training programs of Clinical Psychology within and outside the health field. We propose a training program as Clinical Psychology Master for professional practice outside the health system, we raise the opportunities and risks of the curricula of Internal Resident Psychologist (PIR) and the General Health Psychologist (PSG).

**Key words:** Psychopathological model, epistemology, clinical psychology, training of psychologist, internal resident psychologist, general health psychologist

**E**l artículo que aquí presentamos se une al debate de los itinerarios profesionales de la psicología clínica y deseamos hacerlo desde el análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, desde la autonomía y emancipación de la psicología respecto al modelo anatomoclínico y psicopatológico y analizando los diferentes dilemas que plantean los itinerarios formativos actuales.

### AUTONOMÍA Y EMANCIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### *Un análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica*

En un artículo anterior de *Papeles del Psicólogo* (López y Costa, 2012), reclamábamos una vez más la rebelión epistemológica y ética que comporta un análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, por su radical *insuficiencia epistemológica* para la explicación de los problemas psicológicos, y un cambio radical de paradigma

que pone de relieve la *suficiencia epistemológica, metodológica y tecnológica* de los paradigmas de la psicología para la comprensión profunda del sentido de los problemas psicológicos y para “desvelar el secreto de los enigmas” y el sentido del dolor y el sufrimiento que a menudo esos problemas ocasionan. En el presente artículo, queremos compartir algunas reflexiones sobre la manera en que este análisis crítico y este cambio de paradigma, en los que queremos seguir profundizando (Costa y López, en preparación) se funden estrechamente para fundamentar el *proceso de autonomía y emancipación* de la psicología respecto del modelo anatomoclínico y psicopatológico.

#### *Un debate vivo y abierto*

Lo hacemos en un momento que creemos delicado para el futuro de nuestra profesión. Es un momento de enormes fortalezas por el prestigio social alcanzado por la Psicología como una disciplina con paradigmas consolidados y que da respuesta efectiva a los problemas psicológicos, sabiendo, como señala justamente Rodríguez Sutil (2013) que no es un asunto simple la definición de lo que es un problema psicológico ni la decisión de quién ha de definir de qué manera una experiencia vital puede llegar a convertirse en un problema. Pero es un

Correspondencia: Ernesto López Méndez. C/ Cobos de Segovia, 17, bajo 2. 28005 Madrid. España.  
Email: lopezmendezei@gmail.com

<sup>1</sup>médico, psicólogo clínico y consultor.

<sup>2</sup>psicólogo clínico y director del Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud.



momento también de riesgos en el que se está produciendo un debate vivo y abierto, con desencuentros importantes y posturas encontradas en torno a la configuración académica y al ejercicio profesional de la psicología clínica, teniendo en cuenta la existencia actual del título de Psicólogo especialista en psicología clínica (PEPC) creado por el RD 2490/1998 y la reciente creación del Master en psicología general sanitaria (MPGS) por la Ley 33/2011 General de Salud Pública. En este debate, se están mostrando perspectivas diferentes, epistemológicas, académicas, legales, profesionales, y esto lo enriquece. Creemos que este debate, hecho con respeto por las diferentes perspectivas, puede ser muy fructífero y tiene trascendencia y proyección estratégica. Nosotros queremos tomar parte en esta deliberación desde una perspectiva basada justamente en la autonomía y emancipación del discurso epistemológico, metodológico y tecnológico de la psicología. Es una perspectiva abierta y discutible en un contexto en el que el diálogo y la deliberación son muy necesarios y del que no deseamos ausentarnos.

#### **Los atributos de una disciplina autónoma y emancipada**

La autonomía y emancipación a las que nos referimos tienen atributos propios. La psicología, en su evolución histórica como disciplina científico-técnica, ha alcanzado una *autonomía y suficiencia epistemológica* que le otorga un discurso, unos niveles de análisis y un perfil propios que la diferencian de otras disciplinas fronterizas. Tiene *autonomía metodológica y tecnológica* para la hermenéutica y comprensión del comportamiento humano, y para el análisis, explicación y solución de los problemas psicológicos, dondequiera que ocurran, sea en los contextos laborales, educativos, familiares, del sistema de servicios de salud, del sistema de servicios sociales, en la comunidad abierta o en la intimidad de las alcobas. Sus herramientas metodológicas y tecnológicas no le han de venir prestadas ni del modelo anatomoclínico, ni de las instituciones del sistema de salud en los que este modelo es hegemónico, porque los problemas psicológicos no son un asunto anatomoclínico, ni patologías mentales, ni síntomas de patologías mentales. Como práctica profesional, y en particular, como profesión competente en el análisis y solución de los problemas psicológicos, llámese psicología clínica, consejo psicológico o de otra manera, *tiene autonomía profesional*, como cualquier otra profesión de la sociedad, y no necesita recibir el permiso, o en su caso el veto, de otras

profesiones para su ejercicio. Las instituciones académicas han de seguir garantizando, pues, como lo han venido haciendo hasta ahora, esta autonomía, también en la capacitación rigurosa para la práctica profesional especializada en el análisis y solución de los problemas psicológicos.

#### **Otras voces que reclaman análisis crítico, autonomía y emancipación**

Al análisis crítico y al cambio de paradigma, se unen recientemente otras voces. El número 61, abril-junio 2013, de *Infocop* se hace eco de 3 decisiones que afectan al sistema de clasificación DSM y que coinciden con la reciente publicación del DSM-5: *El National Institute of Mental Health (NIMH) de EEUU abandona la clasificación DSM, la Asociación Británica de Psicología (BPS) llama al cambio de paradigma en salud mental, y un grupo de psiquiatras británicos solicita la abolición del DSM y la CIE*. Las tres decisiones obedecen, eso sí, a motivos diferentes.

El pasado 13 de mayo de 2013, la División de Psicología Clínica (DCP) de la BPS, aparte de señalar algunas ventajas de la DSM y CIE, denunciaba también las limitaciones conceptuales y empíricas de estos sistemas de clasificación y propone un cambio de paradigma, lo que supone un sistema conceptual basado en la formulación psicológica de los problemas y no en el modelo de enfermedad: *“es oportuno y apropiado afirmar públicamente que el actual sistema de clasificación diagnóstica, en el que se basan el DSM y el CIE, con respecto a los diagnósticos psiquiátricos funcionales, tiene limitaciones conceptuales y empíricas significativas. Por consiguiente, hay necesidad de un cambio de paradigma en relación con las experiencias a las que se refieren dichos diagnósticos, hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad”*. Hacemos nuestro este llamamiento y celebramos la claridad con la que lo plantea. El grupo de psiquiatras británicos proponen la abolición del DSM y del CIE y un paradigma alternativo basado en la evidencia y útil para la práctica clínica.

Por su parte, Lilienfeld (2012) señala la necesidad de que las organizaciones profesionales de la psicología pongan de manifiesto ante la opinión pública la distinción entre la psicología y otras profesiones relacionadas, en particular la psiquiatría, y la suficiencia de los postulados epistemológicos y metodológicos de la psicología para la evaluación y la solución de los problemas psicológicos.



La decisión del NIMH considera también insuficiente el DSM, pero va todavía más allá en la reafirmación del modelo anatomoclínico y psicopatológico (“*los trastornos mentales son trastornos biológicos que implican circuitos cerebrales*”) porque, según el NIMH, “*los pacientes con trastornos mentales merecen algo mejor... una medicina de precisión*”. También nosotros creemos que hay que ir más allá, pero no en la dirección marcada por el NIMH, sino en la dirección de la crítica despatologizadora de la logomaquia de la enfermedad mental y de la retórica del síntoma. Es en esta crítica y en los modelos que propone la psicología donde podremos hallar el cambio de paradigma que propone la DCP y el paradigma alternativo que reclama el grupo de psiquiatras británicos. No es en los supuestos desequilibrios de los neurotransmisores en los circuitos cerebrales, paradigma moderno de los desequilibrios de los humores hipocrático-galénicos, donde hemos de encontrar la precisión y el cuidado que requieren las personas que experimentan problemas psicológicos, que el NIMH denomina “*pacientes con trastornos mentales*”.

### EL CAMINO DE LAS 7 METAMORFOSIS

Entre bromas y veras, en un reciente encuentro de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS) celebrado en la sede del Colegio de Psicólogos de Madrid, planteábamos el análisis crítico del modelo psicopatológico a través de la metáfora del *Camino de la 7 metamorfosis*. La metáfora nos servía precisamente para hacer la crítica del modelo psicopatológico, para mostrar la suficiencia epistemológica, metodológica y tecnológica de la psicología y sustentar su autonomía y emancipación, y para participar, desde nuestra perspectiva, en el referido debate vivo y abierto.

Al aplicar a los problemas psicológicos los modelos anatomoclínicos, fisiopatológicos y etiopatogénicos, se cometió un *error categorial*: meter un fenómeno, la experiencia vital y transaccional de un problema psicológico, en una categoría que no le corresponde, la categoría de las enfermedades, de las patologías, de las psicopatologías, tal como las formalizó Kurt Schneider. Se cometió, en palabras de Thomas Szasz, “*el más grave error lógico de la psiquiatría moderna*”. Enfrentado el modelo anatomoclínico a cualquier experiencia humana, pongamos la conocida experiencia del niño Alberto, cuya fobia a una ratita blanca y a otros objetos blancos fue estudiada por Watson y Rayner, recorrerá un camino de 7 metamorfosis que desnaturalizan la constitución de sentido de los problemas psicológicos.

La primera metamorfosis consiste en *dar nombre* a una experiencia de la vida. Fueron consultados los expertos y dijeron que esta experiencia vital de miedo, evitación y ansiedad recibía el nombre de *fobia*. La segunda consiste en *reificar el nombre*: el nombre es una cosa, una entidad realmente existente, distinta de la experiencia vivida. Dijeron: “*este niño tiene una fobia*”. La tercera es una metamorfosis de *localización cerebral*: lo que era una experiencia de la vida ocurrida *entre* el niño y el animal, con el que antes jugaba y del que ahora huye, se convierte en un fenómeno que ocurre *en* el niño, *dentro* de él. De ser un acontecimiento *transaccional* se reconvierte en un fenómeno *endógeno* que tiene su sede y causa en los desarreglos de los neurotransmisores que van de un lado a otro por los circuitos neuronales de su cerebro, de acuerdo con las fantasías neuromitológicas (“*el cerebro construye una mente*”, que dice Antonio Damasio). Algunos, para darle más énfasis a su descubrimiento, incluso señalaban con el dedo índice la cabeza diciendo: “*eso es todo de aquí, es algo mental*”, queriendo hacer ver que la mente era algo que estaba dentro de la cabeza, y más específicamente, dentro del cerebro.

La cuarta es una metamorfosis de *declaración patológica*. Dijeron: “*la cosa que el niño tiene dentro es una patología mental que el niño padece*”. Pero, como de la supuesta patología no aportaron más evidencia que la misma experiencia vital de la que habían partido, y el mero hecho de que alguien declarara que otro la padecía (“*es una patología porque yo lo digo, aunque no lo puedo demostrar*”), se trataba, pues, de una *patología meramente declarativa*, una afirmación vacía de contenido referente, una patología verbalmente inventada, una “*profesión de fe*” (K. Schneider), mera retórica, en definitiva una logomaquia. La quinta es una *tautología*. Al preguntarle a los expertos “*¿y cómo saben ustedes que padece una patología mental?*”, estos respondieron: “*pues muy sencillo, porque huye, evita y siente miedo y ansiedad*”, creyendo que así dotaban a la invención de evidencia y de fuerza probatoria, aunque no era más que una tautología.

La sexta metamorfosis es *taxonómica*: la patología mental que el niño padece pertenece a un grupo de patologías especiales que se denomina *trastornos de ansiedad*, haciendo caso omiso de todos los demás componentes de la experiencia que habían provocado incluso la misma ansiedad, y como si ese grupo de patologías fuera también un fenómeno realmente existente en la mente, y no una invención. La séptima es *etiológica*.



Al preguntarle a los expertos por qué este niño experimentaba evitación, miedo y ansiedad, ellos, haciendo caso omiso de las experiencias transaccionales condicionales y operantes que habían determinado el problema, cometieron un grave *error lógico y epistemológico* y dijeron que la *causa* del problema del niño era la fobia que padecía y que su miedo y su evitación eran los *síntomas* de esa psicopatología. La cosa que está dentro de la cabeza del niño y que es una patología mental aparece ahora, como por arte de magia, como la causa de lo que le pasa a este niño.

El camino recorrido por el modelo anatomoclínico y psicopatológico en sus 7 metamorfosis y la enorme facilidad para realizar este tipo de metamorfosis retóricas y declarativas condujo a una *colonización patológica de la vida*, de las experiencias vitales y de los problemas de la vida. Cualquier comportamiento raro, problemático, incomprensible, no sólo una fobia, sino también una depresión, un problema sexual, voces que alguien dice oír, automutilaciones o delirios, puede quedar bajo sospecha y es candidato a entrar en el reino de lo psicopatológico. Esto produjo además, en palabras de Szasz, un “*caos en la nosología psiquiátrica*” (Szasz) que, en nuestra opinión, el DSM- 5 ha venido a afianzar.

## DOS UNIVERSOS DIFERENTES Y AUTÓNOMOS

Las 7 metamorfosis que definen el modelo anatomoclínico y psicopatológico nos confrontan con *dos universos diferentes*: el universo de la epistemología, la metodología y la tecnología propias de ese modelo que es hegemónico en el sistema sanitario y en el ámbito profesional de la medicina y de la psiquiatría, y la epistemología, la metodología y la tecnología propios de los modelos de la psicología que extienden su ámbito competencial más allá de los límites del sistema de salud, aún cuando también en él, como veremos, tienen un amplio campo de intervención. Aún cuando entre ambos universos hay multitud de intersecciones, creemos que es importante, desde la autonomía y la emancipación, *señalar nítidamente también las fronteras*.

### *Ni patologías mentales, ni psicopatologías, ni síntomas de patologías*

Los modelos por los que la psicología analiza, explica y comprende los problemas psicológicos son, desde un punto de vista epistemológico, modelos radicalmente distintos del modelo anatomoclínico que tiene, por supuesto, su legitimidad en el estudio y tratamiento del enfermar humano, pero que constituye, como decía-

mos, un error categorial cuando se aplica a los problemas psicológicos, que no son enfermedades.

La experiencia de miedo, huida y evitación es para el modelo psicopatológico un *síntoma mental* de una *patología mental* de sede y causa cerebral. Para los paradigmas de la psicología, esa experiencia es el resultado de las transacciones biografía-contexto de tipo condicional y operante que son la causa constitutiva de la experiencia. La hiperalerta, el miedo, la huida y la evitación no son síntomas de una causa patológica, son componentes concomitantes de la experiencia. Aquí no hay una patología ni psicopatología, aquí hay la adquisición y desarrollo de una experiencia que puede o no llegar a suponer un problema para quien la vive. Allí se busca la relación del síntoma mental con la supuesta sede y causa patológica y se identifican supuestos indicadores neurológicos como supuesto asiento de la patología. Aquí se buscan las relaciones funcionales que determinan y explican la experiencia y se identifican las variables biográficas y contextuales que intervienen en esas relaciones. Allí el significado de la experiencia está definido por su naturaleza de síntoma de la supuesta patología subyacente. Aquí el significado de la experiencia viene definido por las complejas funciones biográficas que cumplen la hiperalerta, la huida, la evitación y el miedo, y por los demás componentes biográficos y contextuales de la experiencia. Para el modelo anatomoclínico y psicopatológico, esta y otras muchas experiencias son a menudo “*psicológicamente incomprensibles*” (Vallejo-Nágera), un “*misterio antropológico*” (K. Schneider) porque su hermenéutica no logra identificar con acierto la supuesta causa patológica de la que derivarían los síntomas. Para los modelos de la psicología, los problemas psicológicos son por definición “*comprensibles*”, lo que no les resta nada de su profundidad humana, de su significado y de su, a menudo, carácter sufriente. Allí se fracciona artificialmente la experiencia psicológica y se escinde de ella uno de sus componentes, la ansiedad, para constituirlo como principal síntoma mental y definir de esa manera, obviando la huida y la evitación, la naturaleza de toda la experiencia como “*trastorno de ansiedad*”. Aquí la experiencia es una experiencia biográfica integral con varios componentes biográficos y contextuales, en la que la ansiedad es tan solo uno de ellos, y en la que la huida y la evitación son determinantes funcionales de la adquisición y mantenimiento de la experiencia en la historia biográfica.



### ***El universo de la psicología y el universo del sistema sanitario***

La emancipación respecto al modelo anatomoclínico y a su derivado, el modelo psicopatológico, implica también, en nuestra opinión, que el universo epistemológico, metodológico y tecnológico de la psicología, y de la psicología que se ocupa del análisis y comprensión de los problemas psicológicos, *no se definen per se* desde la lógica, los lenguajes, las instituciones y los profesionales del universo del sistema sanitario en el que aquel modelo tiene hegemonía. El contorno que delimita el universo de la psicología no es idéntico al contorno que delimita los escenarios del sistema sanitario, ni sus métodos y técnicas de intervención en los problemas psicológicos tienen como exclusivo campo de despliegue aquellos escenarios, ni tienen por definición como taller de entrenamiento y aprendizaje las salas de un hospital o las consultas de un centro de salud, aunque también en ellos pueden desplegarse y entrenarse.

El RD 2490/1998 enmarca el título de PEPC en el ámbito de la formación de *especialistas sanitarios* capacitados para la realización de actividades en el *ámbito de la atención sanitaria* y dentro del *sistema sanitario*. En coherencia con ello, Sánchez, Prado y Aldaz (2013) se refieren a la psicología que se ejerce en el sistema sanitario como *psicología sanitaria*, y consideran que en ese caso la psicología y los profesionales de la psicología habrán de atenerse a la lógica y a las reglas propias de ese sistema. También por coherencia, creemos nosotros, no tendrán por qué hacerlo cuando ejerzan sus funciones de intervención sobre los problemas psicológicos *fuera del contorno del sistema sanitario* y no como profesionales sanitarios. Por analogía, estarían practicando entonces una *psicología clínica no sanitaria* que, como vamos a ver, tiene ya una larga vida.

Reconocer abiertamente el estatus de la psicología dentro del sistema sanitario y profundizar cada vez más en él, bien a través del desarrollo de la PEPS en el ámbito sanitario, bien a través de lo que resulte del Máster en PGS, es una espléndida muestra de la expansión de sus potencialidades y de que su autonomía es completamente compatible con el conocimiento compartido y la práctica profesional interdisciplinar que tiene lugar en el sistema sanitario. Pero esta expansión no habrá de hacerse con menoscabo del estatus y de las potencialidades que ya tenía y venía ofreciendo fuera del sistema sanitario. Lo que la psicología y la profesión psicológica están haciendo y van a seguir haciendo en el sistema sanitario es una fortaleza que no ha de construirse a costa

del debilitamiento de otras fortalezas ya consolidadas. Se trata de una afirmación y de una autoafirmación que no ha de construirse sobre una negación, sobre una anulación de autonomía. Se trata del poder epistemológico, metodológico y tecnológico que la psicología comparte con el sistema sanitario, y que al ser compartido se agranda, no se merma. Creemos, pues, que es equívoco sobreentender que decir psicología o psicología clínica es decir, por definición y *per se*, *psicología sanitaria* y práctica profesional sanitaria.

### **UNA PSICOLOGÍA CLÍNICA AUTÓNOMA Y EMANCIPADA**

#### ***Psicólogos clínicos competentes y autónomos***

En nuestra historia reciente, que podemos referir incluso a los años 70 del pasado siglo, son muchos los profesionales que, durante muchos años y de manera autónoma, han venido analizando, comprendiendo y tratando de ayudar a resolver problemas psicológicos en diferentes ámbitos sociales e institucionales, incluyendo por supuesto el sistema sanitario, pero también fuera de sus fronteras, nos atrevemos a decir incluso mayoritariamente fuera de este sistema. Consideraban y siguen considerando, tal como nos ha recordado la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (ANPCS) en un reciente comunicado, que eran y siguen siendo *profesionales de la psicología clínica*, si consideramos que esta práctica, más allá de las controvertidas equivalencias verbales de la palabra "clínica", es una práctica que se ejerce sobre esos problemas dondequiera que se produzcan.

De hecho, a lo largo de muchos años, muchos de estos profesionales, una vez concluidos los estudios de psicología, fueron contratados por Ayuntamientos y CCAA como psicólogos que, con total autonomía profesional y en igualdad profesional, legal y salarial con otros profesionales, ejercieron funciones clínicas. Incluso en el sistema educativo, además de las prácticas propiamente psicopedagógicas, muchos de estos psicólogos desempeñaron y desempeñan funciones clínicas con total autonomía profesional y sin cortapisas de tipo legal, y sin referencias ni explícitas ni implícitas al sistema sanitario, ateniéndose, eso sí, a las exigencias del rigor profesional y ético.

#### ***Las consultas de psicología y el prestigio social de la profesión***

A lo largo de este tiempo, numerosas consultas de psicología han venido realizando intervenciones clínicas



competentes, avaladas por las instituciones docentes, por las organizaciones profesionales y por la sociedad, sin que en ningún momento entendieran que estaban ejerciendo una práctica profesional sanitaria, y sin que fueran considerados como establecimientos sanitarios y tuvieran, en consecuencia, que rendir cuentas a las autoridades sanitarias o recibir de ellas la oportuna acreditación. Creemos que este ejercicio profesional ha sido uno de los determinantes del prestigio social de la profesión, y ello mucho antes de la creación del título de PEPC.

Los ciudadanos particulares, las familias, las parejas han acudido a estas consultas a sabiendas de que no acudían a un establecimiento sanitario, sino a un establecimiento profesional perfectamente cualificado en el que sus problemas y sufrimientos podrían ser deliberados, comprendidos y resueltos de manera cooperativa sin ser, por ello, tenidos por “patologías mentales” o por “desequilibrios bioquímicos” de su cerebro. Muchos ciudadanos, todavía hoy, dejarían de acudir a una de estas consultas si ello implicara que padecen alguna “patología mental”, o si ello implicara que su problema se trata como podría tratarse una faringitis. Nos tememos, sin embargo, que la creciente colonización patologizante de los problemas de la vida, promovida desde las instancias que hegemonizan el modelo psicopatológico pudieran estar inoculando, como también sostienen Echeburúa et al. (2012), en los ciudadanos y en la sociedad la creencia de que casi cualquier inconveniente de la vida vendría a ser una patología, de carácter cerebral y bioquímico, que debería ser atendida en los establecimientos sanitarios y por profesionales sanitarios. Es una patologización que, por añadidura, va de la mano también de una “salutización” y “sanitarización” de la vida.

### **Más y mejor psicología clínica**

La responsabilidad profesional y el deseo de ofrecer a la sociedad un servicio cada vez más cualificado hizo surgir desde los mismos años 70 del pasado siglo numerosas iniciativas docentes privadas y oficiales tendentes a garantizar a los psicólogos clínicos una competencia cada vez mayor.

Centros de Psicología prestigiosos establecieron programas de formación que continúan en vigor. Varias universidades han creado en los últimos años *programas Máster de Psicología Clínica*, en algunos de los cuales nosotros hemos tenido el honor de participar como docentes, y que están dotados de la debida solvencia y evidencia científico-técnica que Carrobbles (2012) también señala. No tene-

mos ninguna duda de que estos programas han tenido y han de seguir teniendo un papel cardinal en el fortalecimiento de la *competencia profesional especializada de los psicólogos clínicos para intervenir en el análisis y solución de los problemas psicológicos*, y en el apuntalamiento de la autonomía y emancipación de la psicología como disciplina y como práctica profesional.

### **PROPOSICIONES PARA SEGUIR DELIBERANDO**

No es nuestra intención simplificar el complejo asunto que tenemos entre manos en el debate vivo y abierto al que nos hemos referido, ni abordar ahora todos los componentes del mismo, ni seríamos capaces de hacerlo. Nos limitamos a ofrecer, a modo de *proposiciones*, una perspectiva para seguir deliberando.

#### ***Proposición 1. Garantizar la autonomía y la emancipación epistemológica, metodológica y tecnológica***

La primera proposición invita a deliberar tomando en consideración la crítica al modelo anatomoclínico y psicopatológico, el análisis crítico de las taxonomías y terminologías que mimetizan este modelo, y la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica de la psicología como disciplina científico-técnica y como práctica profesional competente en el análisis y solución de los problemas psicológicos. Nos parece una referencia insoslayable para caminar con un *discurso propio* y seguir avanzando. Esta proposición ha de tener, en nuestra opinión, importantes implicaciones para la definición de los contenidos curriculares de los planes de estudios del Grado de Psicología y de las titulaciones de PEPC y de MPGS, en los que se ha de establecer claramente que el modelo anatomoclínico y psicopatológico, con su retórica de la sede y causa morbosa, su retórica del síntoma y sus taxonomías, aún cuando haya que dialogar con él en el trabajo interdisciplinar (Ver López y Costa, 2012 a y b), no obedece a las exigencias epistemológicas y metodológicas de la psicología. Estamos de acuerdo con Rodríguez Sutil (2013) en que es imprescindible contar con una hermenéutica de los problemas, sobre la que hemos de seguir deliberando, se le llame psicodiagnóstico, evaluación psicológica o análisis funcional de la conducta, pero no ha de ser una hermenéutica anatomoclínica y psicopatológica.

#### ***Proposición 2. Capacitación académica especializada***

La segunda proposición se refiere a la *capacitación académica especializada* que hasta la fecha la universi-



dad y otras instituciones acreditadas han venido ofreciendo a los profesionales de la psicología. Somos conscientes de que esta proposición contrasta claramente con las dos titulaciones sanitarias que son objeto del debate al que estamos aludiendo. En todo caso, la planteamos porque consideramos que ha de estar presente en el debate y que ha de concretarse en el correspondiente itinerario formativo.

#### *Los fundamentos de la capacitación especializada*

Esta capacitación especializada para intervenir en el análisis y solución de los problemas psicológicos emana, de manera consustancial y lógica, de los presupuestos que le otorgan a la psicología su emancipación y su autonomía, y también de la práctica histórica. Esta capacitación le pertenece a la psicología por derecho propio, y no le viene otorgada, parece obvio decirlo, desde los presupuestos del modelo anatomoclínico, ni es investida de esa prerrogativa por su inserción en el sistema sanitario, ni le tiene que solicitar acreditación y permiso a este sistema para ejercerla, ni tiene que ser adquirida, como praxis profesional, necesariamente en las salas de un hospital, o en cualquiera de los establecimientos del sistema sanitario. La psicología no necesita ingresar en el sistema de salud para recibir allí su consagración como corpus doctrinal y como corpus tecnológico. Su consagración la tiene de suyo y con carácter previo al ingreso, dentro y fuera del sistema sanitario. Lo que sería a todas luces un despropósito, que podríamos inadvertidamente estar cometiendo, es que, una vez ingresada en el sistema sanitario, quedara su consagración autónoma secuestrada en él y no le fuera permitido, desde este sistema, exhibirla en los muchos otros amplios territorios donde la viene ejerciendo de antiguo, lo cual podría ser definido con propiedad como "apropiación indebida". Es algo que no ha ocurrido ni siquiera con la biología, la fisiología o la bioquímica, que, una vez ingresadas en el sistema sanitario para estar en él plenamente integradas, no han perdido, sin embargo, su autonomía científico-técnica fuera del sistema sanitario.

Pero no basta reconocer teóricamente esta autonomía, es preciso llevarla hasta sus últimas consecuencias como una cuestión de principio. Esto supone que las instituciones docentes y las organizaciones profesionales han de seguir reconociendo la *capacitación especializada de postgrado* para el análisis y la solución de esos problemas, mediante los correspondientes *títulos universitarios de postgrado*, y la sigan garantizando a otros profesio-

nales que, después de los correspondientes estudios de licenciatura o de grado, quieran acceder a la misma para ejercerla con plenas garantías en cualquier ámbito de la sociedad, y, por supuesto, *también fuera del sistema sanitario*. Si no lo hacemos, si aceptamos como hecho consumado que sea el sistema sanitario el que se arroge en exclusiva la definición de lo que le está o no permitido hacer a la psicología como corpus científico-técnico, si la profesión acata esta apropiación y acepta hacer dejación de su autonomía profesional fuera de los límites del sistema sanitario, puede ocurrir, como ya está ocurriendo, que empiecen a proliferar prácticas profesionales, algunas pseudopsicológicas, que eviten hábilmente las connotaciones "sanitarias" para poder eludir así las restricciones legales y profesionales que el sistema sanitario ha hecho ya recaer sobre el ejercicio profesional de la psicología en amplios campos de intervención. Con ello, la profesión estaría perdiendo la oportunidad, y la responsabilidad, de definir los criterios éticos y profesionales que han de regir la prestación de servicios de calidad a los ciudadanos y a la sociedad.

#### *No tratamos patologías mentales ni pacientes de patologías mentales*

Aludiendo a un estudio de Santolaya, Berdullas y Fernández Hermida (2002), en el que el 70% de los psicólogos encuestados se consideran psicólogos clínicos, lamentan Zych, Buela-Casal, Bermúdez y Sierra (2012) que, a pesar de ello, sólo unos pocos psicólogos en España tengan la posibilidad de ser reconocidos como profesionales sanitarios, si bien afirman que "*por supuesto, se comprende que los profesionales no sanitarios no puedan tratar pacientes y no estén integrados en el sistema de salud*". No quisiéramos malinterpretar esta afirmación, pero podría querer decir, a modo de silogismo, que si eres un profesional no sanitario y no estás integrado en el sistema sanitario, no puedes tratar pacientes; es así que eres un profesional no sanitario y no estás integrado en el sistema sanitario, ergo, no puedes tratar pacientes. Podríamos, haciendo pinitos escolásticos, decir "concedo la mayor, la menor y la conclusión", tratándose de pacientes y de patologías. Pero la despatologización y la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica que propugnamos nos ahorran la escolástica. En efecto, la psicología clínica *no trata patologías ni pacientes*, porque los problemas psicológicos no son enfermedades, no son patologías, ni psicopatologías.



Desde esta perspectiva, podríamos formular otro silogismo. Si eres un profesional de la psicología con competencia en el análisis y solución de problemas psicológicos, y no necesariamente un profesional sanitario, puedes intervenir en la solución de esos problemas, y no necesariamente dentro del sistema sanitario. Es así que eres un profesional de la psicología con competencia para ello, adquirida legítimamente en las instituciones académicas con un título oficial de postgrado, ergo, puedes legítimamente intervenir en la solución de esos problemas.

#### *Garantizar el itinerario formativo de Psicólogo especialista en análisis y solución de problemas psicológicos*

Esta capacitación de postgrado se otorgaría mediante titulaciones, tales como *Psicólogo especialista en análisis y solución de problemas psicológicos* (PEASP), *Psicólogo especialista en consejo psicológico*, u otras que pudieran arbitrarse, pero en el bien entendido de que el título otorgaría, insistimos, como lo ha venido haciendo, la acreditación necesaria y suficiente para la práctica profesional fuera del sistema sanitario, y cuyos contenidos habrían de ser equivalentes a los de las titulaciones ya existentes de psicología clínica que no siguen el itinerario formativo del PIR. Cabría también proponer la denominación de *Psicólogo especialista en psicología clínica* no sanitaria, asumiendo que la titulación creada por el RD 2490/1998 se refiere al *Psicólogo especialista en psicología clínica* sanitaria. Siempre y cuando el proceso formativo garantizara la capacitación que venimos reivindicando, podría obviarse incluso la denominación de "especialista" y referirse a la titulación de *Máster en análisis y solución de problemas psicológicos*, o *Psicólogo Experto en análisis y solución de problemas*, o *Máster en consejo psicológico*. En su práctica profesional, los psicólogos podrían definirse como *Consejeros/as psicológicos/as*, *Psicólogo/a consultor/a*, denominaciones que la sociedad iría incorporando como definiciones que responden a profesionales expertos en análisis y solución de problemas psicológicos.

Estas u otras denominaciones evitarían entrar en conflicto con la titulación de PEPC. En todo caso, y en estricto rigor epistemológico y terminológico, el conflicto tampoco debiera existir si consideramos que la capacitación que propugnamos tiene como objeto "los problemas psicológicos", y no las "patologías mentales" que, según el RD 2490/1998, serían el objeto del PEPC. Para nosotros (López y Costa, 2012a), el *Consejo psicológico* puede ser considerado precisamente como una *auténtica psicología clínica despatologizada*.

Por lo que se refiere al *itinerario formativo*, durante los cursos 3º y 4º del Grado, los alumnos que tuvieran previsto orientarse profesionalmente hacia la psicología clínica fuera del sistema sanitario podrían elegir las *asignaturas optativas relacionadas* con este ámbito de intervención. Al terminar los 4 años del Grado, accederían al *correspondiente Máster de postgrado* de 2 años que les acreditaría para el ejercicio profesional, en coherencia con el espacio formativo europeo (ver Carrobbles, 2012).

El desarrollo normativo y curricular de esta Proposición 2 requeriría, como es obvio, que la Universidad y la Organización Colegial de la Psicología preparasen la correspondiente propuesta de enseñanza oficial de Máster al Consejo General de Universidades. El título deberá acreditar en el conjunto de Grado y Máster la superación de los correspondientes créditos ECTS y garantizará la obtención de los conocimientos y las competencias específicos necesarios para el análisis y solución de problemas psicológicos conforme a los fundamentos epistemológicos, metodológicos y tecnológicos basados en la evidencia, propios de la psicología.

#### **Proposición 3. No sólo, pero también, en el sistema de atención de salud**

Las proposiciones 1 y 2 establecen un campo autónomo de conocimiento y de acción, no subsidiario de otros, pero no un campo cerrado en sí mismo, al contrario, plenamente abierto y dispuesto a diseminar sus competencias por todos aquellos ámbitos y sectores de la sociedad donde los seres humanos viven y se comportan y donde experimentan problemas vitales y tal vez se duelen y sufren por ellos.

Cómo no reconocer que numerosos comportamientos y estilos de vida, avatares de la vida y problemas psicológicos tienen un fuerte *impacto en los fenómenos de salud-enfermedad*, que muchos fenómenos de salud enfermedad, como experiencias biográficas integrales que son, tienen numerosos componentes y psicológicos que la psicología es competente para comprender y explicar, y que muchos de esos fenómenos, si bien no todos ni siempre, son atendidos en el sistema de atención de salud primario y hospitalario.

En muchos de estos fenómenos, también es competente la psicología para intervenir, y precisamente también en el sistema de servicios de salud, tanto en intervenciones preventivas y de promoción de la salud, como en su tratamiento. Nuestra propia experiencia personal y profesional y la de tantos colegas es un fiel testimonio. En



estos casos, la psicología es *también una profesión sanitaria* de pleno derecho. Echeburúa, Salaberría, de Corral y Cruz-Sáez (2012) y Carrobes (2012) hacen una autorizada referencia al amplio campo especializado de la *Psicología de la Salud*.

#### **Proposición 4. Oportunidades y riesgos de la Especialidad de Psicología Clínica, vía PIR**

Una de las muestras más señaladas del ingreso de la psicología, y en particular de la psicología clínica, en el sistema sanitario ha sido sin duda la creación del título de PEPC por el RD 2490/1998.

No podemos dejar de expresar de manera abierta el mayor reconocimiento a los arduos y complicados esfuerzos realizados por muchos colectivos de psicólogos y por las organizaciones colegiales y académicas para lograr esta deseada meta. Con la especialidad se abría un camino para la profesión en el sistema sanitario, no demasiado ancho por lo que sabemos en la actualidad, pero un camino al fin y al cabo. Suponía el ingreso de la psicología en el sistema sanitario en condiciones de igualdad con otras profesiones del sector salud y a los psicólogos se les reconocía la capacidad para realizar evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico.

En el debate que está abierto, se están haciendo explícitas perspectivas diversas que ponen de manifiesto los puntos fuertes y también las debilidades de la especialidad. Sánchez, Prado y Aldaz (2013) hacen referencia con detalle a lo que ha supuesto y supone esta especialidad y a la consolidación de la misma que legítimamente reivindicamos, dado que cuenta con el adecuado apoyo normativo y la experiencia acumulada. Bien es verdad que el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica establecido en la Orden SAS/1620/2009 de 2 de junio nos parece que abarca tantos contenidos, que resulta difícil considerarlo como un programa de especialización, cuando pareciera más bien de carácter generalista o, más bien, como un conjunto general de todas las especialidades posibles de la Psicología. En esta medida, este perfil tan amplio podría, a medio plazo, impedir la configuración de otros itinerarios más especializados, en función de las demandas y necesidades sociales.

En todo caso, sería ingenuo ignorar los riesgos que también estaban entremezclados con las oportunidades y el precio que se tuvo que pagar. A partir de ese momento, la capacitación especializada para el análisis y la solución de los problemas psicológicos se habría de

adquirir, no *además o también*, sino *si y solo si* se adquirirían en el ámbito del sistema de salud, muy probablemente en el ámbito del modelo anatomoclínico y psicopatológico, y a menudo bajo la tutela de las unidades dirigidas por los profesionales de la psiquiatría que consideran este modelo como algo que les pertenece por derecho propio. Se asumía, con la aceptación casi general, que toda intervención psicológica sobre problemas psicológicos era una intervención del sistema sanitario, y que no era posible, cuando sí lo había sido, ninguna que no entrara en esa categoría. El cuerpo doctrinal y técnico de la psicología, que se ofrecía generoso para compartir poder con el sistema sanitario, se veía de pronto incluido y definido en exclusiva por los estrechos límites de este sistema.

Pero además, el artículo 1 del RD 2490/1998 dice que el título será necesario para poder utilizar de modo expreso la denominación de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y para ocupar puestos de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas. De este modo, los profesionales de la psicología que hasta entonces eran, con todas las de la ley, competentes para intervenir sobre los problemas psicológicos, aún cuando no se adornaran con el calificativo de "especialista", perdían de pronto sus atributos, y la competencia especializada de la que confiaban que la academia les había investido de manera suficiente, después de sus 5 años de formación básica y de sus 2 años o más de especialización en psicología clínica. Esto, en nuestra opinión, constituía un retroceso y un menoscabo para la historia de la profesión que deseáramos que el debate en el que estamos inmersos contribuyera a reparar.

Al ser definida la psicología clínica, en exclusiva y *per se*, como *actividad sanitaria*, los establecimientos donde ejerzan los psicólogos clínicos tendrán el carácter de *centros sanitarios* que habrán de regularse conforme al RD 1277/2003 que establece las bases para la autorización de estos centros. Los centros de psicología que habían tenido un papel clave en el prestigio social de la psicología y en la prestación de servicios de calidad a los ciudadanos, y que en ningún momento se habían considerado como lugares de prestaciones sanitarias, dejaban de tener la autonomía de la que habían gozado y quedaban definidos como establecimientos sanitarios.

Una de las importantes reglas de juego del sistema en el que se ingresaba, y que desde luego choca más abiertamente con nuestro análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, es que el objeto de la atención de esos



psicólogos especialistas serán las *patologías mentales* (Disposición adicional tercera del RD 2490/1998). Esta definición, que es coherente con el modelo anatomoclínico que entiende de patologías, y que es hegemónico en el sistema de salud y entre la mayoría de los profesionales del mismo, puede llegar a fagocitar los modelos explicativos y hermenéuticos derivados de los paradigmas de la psicología.

### **Proposición 5. Oportunidades y riesgos del Máster en Psicología general sanitaria**

Buena parte del debate al que nos estamos refiriendo reside en las controversias suscitadas por las respectivas competencias del PEPC y del PGS en el ámbito sanitario.

Creemos tiene sentido que la Ley de Salud Pública inserte a la Psicología en el ámbito de la Salud Pública y de la salud comunitaria y de sus actuaciones, entre las que se encuentran la vigilancia y la promoción de la salud, la prevención de problemas de salud y sus determinantes para reducir su incidencia y prevalencia, la protección de la salud de la población en lo que se refiera al medio natural como al entorno socialmente construido (vivienda, trabajo, escuela, lugares de ocio, espacios urbanos, estilos de vida), la evaluación del impacto de otras políticas en la salud, las adecuada coordinación entre el sector salud y otros sectores, pues son ámbitos en los que la psicología es competente para hacer aportaciones científico-técnicas significativas.

#### *El PSG como profesión sanitaria*

Esta Ley establece que tendrá consideración de profesión sanitaria con la denominación de PGS los licenciados/graduados en Psicología cuando desarrollen su actividad profesional por cuenta propia o ajena en el sector sanitario, siempre que ostenten el título oficial de Máster en PGS. Los planes de estudio correspondientes a este título garantizarán la adquisición de los conocimientos y las competencias necesarios para desempeñar las actividades de la profesión sanitaria de PGS. Las universidades que impartan el Máster regularán el procedimiento para reconocer los créditos europeos de dicho Máster que correspondan a los licenciados/graduados en Psicología anteriores a la entrada en vigor de esta Ley, evaluando el grado de equivalencia acreditado a través de la experiencia profesional y formación adquiridos por el interesado en Psicología de la Salud. Asimismo, diseñarán el título de Grado en Psicología previendo, al menos, un recorrido específico vinculado a

la Psicología de la Salud. Creemos que son significativas estas referencias de la Ley a la Psicología de la Salud, en la medida en que establecen equivalencias entre ésta y la PGS.

#### *Profesión sanitaria, pero fuera del Sistema Nacional de Salud*

No obstante lo anterior, la Ley establece que los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) o concertados con él para hacer efectivas las prestaciones derivadas de la cartera de servicios comunes que les correspondan deberán estar en posesión del título de PEPC. De ello parece derivarse que la Ley, que define el PGS como profesión sanitaria, *le veta sin embargo el ejercicio profesional en el SNS*, lo cual tiene importantes y serias consecuencias para el diseño de los itinerarios formativos de la psicología en el ámbito sanitario y para el ejercicio profesional de la psicología.

En el panorama de oportunidades laborales escasas para la profesión, el MSGS se había querido ver como una oportunidad que venía a responder a la precariedad profesional y laboral derivada de la escasez de plazas de PIR convocadas y a la demanda de una mayor presencia de la profesión en el sistema sanitario. Creemos que es preciso, aprendiendo de la experiencia vivida con el PESC, tomar conciencia de la naturaleza de esta oportunidad, y de sus riesgos, no vaya a ser que no colme nuestros sueños y sea, por el contrario, la fuente de nuevos desencantos.

Si se lee con atención la propuesta de la ley y se analizan las funciones que se le asignan al PGS y las improbables opciones profesionales en un plazo corto, en términos de puestos de trabajo real, podría ser un señuelo más. No se vislumbra un horizonte temporal para la definición de las características de los puestos de trabajo ni para la convocatoria de plazas para esos puestos en el sistema de salud para profesionales con esta titulación. ¿A qué se van a dedicar los PGS y quién y dónde les va a contratar? Y todo ello en el horizonte de la reducción de plazas convocadas para el PIR, ya actual y con perspectivas de que esa reducción vaya a más.

Anulada desde la creación del título de PEPC la capacitación para el análisis y solución de los problemas psicológicos fuera del sistema sanitario, capacitación que nosotros reivindicamos en la Proposición 2, la oferta del MSGS constituye un claro retroceso que merma visiblemente las competencias que tenía lo que supuestamente venía a suplir.



Por otra parte, el hecho de que la actividad del PGS se reduzca al ámbito privado plantea serios problemas, entre otros, los de coordinación con los especialistas y la accesibilidad del servicio. Echeburúa et al (2012) realizan un esfuerzo lúcido por configurar las funciones y tareas del PSG y caen en la cuenta también de la incongruencia del ámbito privado de la actividad del PGS. Incongruencia que se nos antoja decisiva. Las actividades de prevención y de promoción de salud requieren desarrollarse en un ámbito público pues de lo contrario se intensifican los problemas de equidad: ¿quiénes pueden pagar los servicios preventivos orientados a reducir por ejemplo los hábitos de riesgo de consumo de tabaco, alcohol, drogas, o los hábitos que conducen a la obesidad? Sin duda, las personas con mayor poder económico. Por otra parte, ¿cómo se va a coordinar con los profesionales de la Atención Primaria de Salud? ¿Y con los PESCS? ¿Cuál es el sistema de derivación?

#### *Intervención psicológica sobre el comportamiento*

En todo caso, y a pesar de los inconvenientes y los riesgos que plantea el MPPGS, creemos que conviene señalar algunos aspectos que apuntan a la intervención psicológica sobre el comportamiento y los problemas psicológicos, que podrían contribuir al desarrollo del itinerario formativo del PGS como profesión psicológica, y que además abren la puerta al campo integrado de la Psicología Clínica y Psicología de la Salud, al que se refiere Carrobbles (2012), y a su inclusión, en la figura del PGS, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) como la SEPCyS ha propuesto (SEPCyS, 2011), siempre y cuando se lograra esa inclusión dentro del SNS y se clarificara el conflicto de competencias con el PEPC.

La Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en PGS que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de PGS. Como desarrollo de determinados apartados del Anexo I del Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias, la Orden establece los conocimientos y las competencias que los estudiantes deben adquirir para realizar *“investigación, evaluación, e intervención psicológica sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud”*. Dos de las competencias que define la Orden ECD/1070/2013 establecen una concreción todavía mayor. La Competencia 16: *“conocer en profundidad los distintos modelos de evaluación e in-*

*tervención en el campo de la PGS, así como las técnicas y procedimientos que de ellos se derivan para el abordaje de los trastornos del comportamiento y los factores psicológicos asociados con los problemas de salud”*. La Competencia 18: *“diseñar, desarrollar y en su caso supervisar y evaluar planes y programas de intervención psicológica, en función de la evaluación psicológica y de las variables individuales y sociales concurrentes en cada caso”*. Por añadidura, las Competencias 17 (*“planificar, realizar y, en su caso supervisar, el proceso de evaluación psicológica del comportamiento humano y de los factores psicológicos asociados con los problemas de salud para establecer la evaluación de los mismos”*) y 21 (*“realizar actividades de promoción y de educación para la salud psicológica individual y comunitaria”*) cubrirían un amplio campo de la actividad de la Psicología de la Salud. Cabe suponer que si se adquieren debidamente todas estas competencias podrán desplegarse legítimamente en el ejercicio profesional del PGS. En este caso, ¿cuál sería la frontera entre los *“trastornos del comportamiento”* que el PGS podría gestionar y los que supuestamente habría de afrontar el PEPC? ¿O no existe en realidad tal frontera?

A la vista de las enseñanzas que configuran, según Orden ECD/1070/2013, los planes de estudios del Máster, no nos parece, sin embargo, percibir una correspondencia entre éstas y las competencias descritas. No obstante, y como una muestra más de la débil consistencia que creemos encontrar en la redacción de la Orden y en el propio diseño del MPPGS, cuando la Orden se refiere a las prácticas externas obligatorias alude a que éstas se han de realizar en centros o servicios sanitarios cuyas actividades están aludidas como *consultas, historias clínicas, registro de casos y actividad asistencial, protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica, sesiones clínicas*. Como programas específicos de estos centros se citan, entre otros, *terapia de parejas, atención a los trastornos del comportamiento del anciano y del niño y del adolescente, apoyo psicológico a pacientes con patologías crónicas*. ¿Se entiende que los alumnos del MPPGS que realicen prácticas en estos escenarios las podrán realizar como ejercicio profesional cuando obtengan el título de PGS? Cabe suponer que sea así.

#### *El Máster en PGS como paso intermedio en el itinerario formativo*

El Argumentario *Itinerario formativo de la psicología en el ámbito sanitario* publicado el 12 de noviembre de



2012 por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCYS) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos es un loable intento por resolver el que los autores del Argumentario consideran un “serio conflicto” de competencias entre la reciente creación del MPGS y la correspondiente profesión sanitaria de PGS, y la profesión sanitaria de PEPC. Consideran que el conflicto no se puede resolver o evitar si no se establece una secuencia formativa jerarquizada *Licenciado/Graduado-MPGS-PEPC*, en la que el MPGS sería un escalón intermedio entre el Grado y la Especialidad en Psicología Clínica, y la correspondiente secuencia profesional jerarquizada *Licenciado/Graduado-PGS-PEPC*.

Es verdad que, como señalan los autores del Argumentario, los procesos formativos y la adquisición de competencias en cualquier disciplina son acumulativos y secuenciados, es obvio reconocerlo. Pero no creemos que la aparición del MPGS justifique, ni siquiera como medida de evitación del conflicto, su inserción acumulativa en un itinerario ya establecido, con su correspondiente acumulación y secuenciación formativa *Licenciado/Graduado-PIR*, para la capacitación del PEPC, que además, por la Orden SAS/1620/2009, ampliaba sus contenidos y la duración de su itinerario hasta 4 años. Esta misma Orden establece que los estudios previos requeridos serán los de Licenciatura en Psicología, que en el momento actual serían los de Grado, sin que plantee la inserción de un nivel intermedio. La inserción que se propone acumularía 2 años más, sin que, en nuestra opinión, se aporten más argumentos de peso que la misma afirmación de que la formación del PEPC ha de ser acumulativa y secuenciada. Desde luego, no nos parece que esta inserción, en su desmesura, tenga equivalencias en el espacio formativo europeo (ver Carrobles, 2012). El nivel de preparación previo de competencias y habilidades se adquiere en la licenciatura o el grado, y el nivel de preparación posterior, incluyendo aspectos psicológicos de la salud, se adquiere durante 4 años en el correspondiente itinerario formativo en el ámbito sanitario que se acumula al de licenciatura o grado. ¿Es que hasta ahora los PIR no adquirirían el nivel de preparación previo y posterior adecuado, como para que se requiera acumularles 2 años más de MPGS? En otras profesiones sanitarias a las que aluden los autores, pongamos el caso de la medicina, después de los

correspondientes estudios de licenciatura, se accede a las especialidades vía MIR, por ejemplo a la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de uno de los autores de este artículo. Entre Licenciatura y especialidad no existe en este caso un nivel intermedio. Creemos que la reducción de créditos en los planes de estudios de psicología, a la que aluden los autores, no es algo que deba ser “compensado” a base del MPGS, toda vez que la formación supuestamente “perdida” no incluía contenidos curriculares que hubiera que compensar ahora con ese Máster, y sobre todo porque la reducción de créditos obedece a la lógica establecida para el espacio formativo europeo que nosotros no necesitamos ir ahora retocando aquí y allá para subsanarle supuestas deficiencias, y mucho menos con un retoque de 2 años. En todo caso, al igual que la Ley General de Salud Pública establece que las universidades que formen a psicólogos que pretendan acceder al MPGS diseñarán el título de Grado en Psicología previendo, al menos, un recorrido específico vinculado a la Psicología de la Salud, de manera análoga las universidades podrían diseñar en el Grado un recorrido específico para los psicólogos que pretendan acceder al título de PEPC.

Por lo demás, a la vista de lo que hemos comentado sobre la Orden ECD/1070/2013, no parece tan clara la diferenciación entre al menos algunas de las competencias asignadas al PGS y las propias del PEPC, como para considerar que el MPGS debiera configurarse como un nivel previo e inferior al título de PEPC. Sería deseable que el debate abierto contribuyera a clarificar la capacitación diferencial entre PGS y PEPC, entre psicólogo general y psicólogo especialista, en qué consiste la “complejidad” de los casos que determina los que pueden abordar ambos, qué se ha de entender, desde el análisis crítico del modelo anatomoclínico, por “trastornos del comportamiento” que podría abordar el PGS y las “patologías mentales” que se definen como objeto del PEPC.

Por otra parte, el MPGS no es tan sólo un itinerario formativo, independiente o adjunto a otros, sino que también habilita para el *ejercicio de la profesión sanitaria titulada y regulada de PGS*. Creemos que hacer del MPGS un nivel de itinerario formativo intermedio de otros itinerarios formativos contribuye a pasar por alto el importante debate sobre las oportunidades y los riesgos reales de la PGS como ejercicio profesional y como opción laboral, si es que, como antes hemos visto, lo pudiera llegar a ser realmente en algún momen-



to. Habríamos recargado innecesariamente un itinerario formativo sin que a la vez hubiéramos clarificado el itinerario profesional y laboral de una titulación. Si el PIR supuso, como hemos dicho, una vía abierta para la profesión, pero también el cierre de otras vías abiertas para el ejercicio profesional no PIR, ¿no podría llegar a ser el MPGS un callejón sin salida en sí mismo? Si este ejercicio profesional no puede desplegarse en el SNS, puesto que para este despliegue se requiere el título de PEPC, resulta difícil entender que el MPGS y el despliegue profesional correspondiente, puedan ser presentados como la preparación idónea previa para el PIR. Si, como probablemente ocurriría, un gran número de PGS no pudieran continuar el itinerario formativo hacia el PIR, dada la limitación creciente en la oferta de plazas, y por añadidura vieran limitado su ejercicio profesional en el SNS y se enfrentaran al sombrío panorama del ejercicio profesional como PGS, podríamos encontrarnos, ya no con los miles de licenciados que no pudieron acceder en su día al PIR y los miles de psicólogos clínicos debidamente formados que no pueden ejercer como tales, sino además con un número mayor o menor de flamantes MPGS que habrían tenido la gloria de formar parte del itinerario formativo del PIR pero cuyo itinerario formativo les dejaría profesionalmente en la estacada. Creemos que, desde los propios intereses de la profesión, es preciso reflexionar ahora para no lamentar más tarde.

#### **Proposición 6. Por una alianza profesional fuerte**

A lo largo del artículo, y desde el respeto a otras perspectivas diferentes, hemos propuesto nuestra perspectiva y hemos analizado otras. El debate en el que estamos se enfrenta a una situación no fácil de resolver para los planes de estudios de la Psicología y para el ejercicio de la profesión psicológica en el ámbito que denominamos de la psicología clínica. Estamos enfrentados a un problema, y los resolveremos mejor en la medida en que el problema sea un desafío que enfrentemos de manera cooperativa y no un campo de enfrentamiento entre nosotros o de invalidación de las diferentes perspectivas en juego.

Es preciso seguir deliberando, si bien el tiempo apremia y las decisiones legislativas y académicas se precipitan. Estando así las cosas, quisiéramos proponer la celebración de un encuentro de todos los agentes implicados, coordinado por la Organización Colegial, para poner sobre la mesa, cara a cara y más allá de los artí-

culos en revistas y de los manifiestos escritos, los términos del debate, las certezas, las dudas y las discrepancias, para hacer propuestas creativas que hagan del debate un auténtico proceso de ganar-ganar.

#### **REFERENCIAS**

- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (2013). *Comunicado*.
- Carrobles, J.A. (2012). Psicólogo clínico y/o Psicólogo general sanitario. *Psicología Conductual*, 20(2), 449-470.
- Costa, M. y López, E. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Un análisis crítico radical de la ficción psicopatológica*. Madrid: Pirámide (en preparación).
- 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. *Psicología conductual*, 20(2), 423-435.
- Lilienfeld, S.O. (2012). Public skepticism of psychology. Why many people perceive the study of human behaviour as unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111-129.
- López, E. y Costa, M. (2012a). *Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica*. Madrid: Síntesis.
- López, E. y Costa, M. (2012b). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Rodríguez Sutil, C. (2013). El fantasma del psicodiano. *Clínica contemporánea*, 4(1), 29-44.
- Sánchez, S., Prado, J. y Aldaz, J.A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria. *Psicología conductual*, 2(1), 189-200.
- Santolaya, F., Berdulla, M. y Fernández Hermida, J.R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- SEPCyS (2011). *Comunicado sobre la aprobación del Título del Psicólogo General Sanitario*
- Varios autores. *Argumentario Itinerario formativo de la psicología en el ámbito sanitario*. Madrid, 12 de noviembre de 2012
- Zych, I., Buela-Casal, G., Bermúdez, M.P. y Sierra, J.C. (2012). Is Psychology a Health Profession? An Opinion of a Sample of Psychologists Worldwide. *Universitas Psychology*, 12, 57-171.

