ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA
(COORDINADORES)

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA
ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA. ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 29

Antonio Espino y Begoña Olabarría (Coordinadores)

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA. ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2003

Ponencia. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría.
Oviedo, Junio 2003

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003
Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
ISBN: 84-95287-20-X
Depósito Legal: CO-882-2003
Detalle de la cubierta: Francisco Moreno Olmo (Imaginarte)
Impresión: Francisco Moreno Olmo
Distribución: Siglo XXI. C/. Plaza, 5 - 28043 Madrid
Responsable de la edición: *A. Díez Patricio*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 19
PRESENTACIÓN 27

I PRIMERA PARTE
LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SOBRE LA SALUD MENTAL CONTENIDOS, PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS

CAPÍTULO 1
LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA

1. ANTECEDENTES. 41
   La Psiquiatría 41
   La Psicología Médica 42
2. EL CONTEXTO ACTUAL 43
3. LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LAS FACULTADES DE MEDICINA 45
4. EL PLAN DE ESTUDIOS Y LOS OBJETIVOS DOCENTES 47
5. LOS RECURSOS Y LAS TÉCNICAS DOCENTES 49
   El profesorado y los alumnos 49
   La docencia de la teoría 50
   Las prácticas 50
   Las evaluaciones 53
6. LA EVALUACIÓN DE LA ENSEÑANZA 54
7. PROPUESTAS PARA EL FUTURO 54
8. BIBLIOGRAFÍA 57

CAPÍTULO 2
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA Y FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LA SITUACIÓN ACTUAL

1. INTRODUCCIÓN 63
   Los antecedentes 63
2. LOS PRIMEROS PLANES DE ESTUDIO. 65
3. LA SITUACIÓN ACTUAL 67
   Contenidos básicos y ámbitos profesionales 69
   Las prácticas y el practicum. 71
4. Y AHORA, ¿QUÉ? 74
5. BIBLIOGRAFÍA 75

CAPÍTULO 3
LA FORMACIÓN EN EL PREGRADO PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

1. INTRODUCCIÓN 79
2. SALUD MENTAL Y CONTENIDOS FORMATIVOS EN LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA 80
3. PROPUESTA DE MODIFICACIONES EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA 86
4. CONCLUSIÓN 87
5. BIBLIOGRAFÍA 89

II SEGUNDA PARTE
LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL. EVOLUCIÓN, APUESTA ACTUAL

CAPÍTULO 1
BREVE REPASO DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA

1. INTRODUCCIÓN 95
2. EL PUNTO DE PARTIDA 96
3. PRIMEROS PASOS EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA 97
4. LA INSTITUCIONALIZACIÓN ACADÉMICA DE LA PSIQUIATRÍA: LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS 100
5. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD 103
6. LA INSTITUCIONALIZACIÓN FORMAL DE LA PSIQUIATRÍA: NORMAS REGULADORAS DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA 106
7. LA SIGNIFICACIÓN DEL SISTEMA MIR Y DEL REAL DECRETO DE 1984 EN LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA 112
8. PRESENTE Y FUTURO DE LA PROFESIÓN PSIQUIÁTRICA 113
   - 8.1. Las propuestas del informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. 113
   - 8.2. Principales instrumentos para la formación en psiquiatría 114
   - 8.3. Principales factores que afectan a la calidad formativa 117
   - 8.4. Características de la práctica psiquiátrica actual 118
9. DOS ÚLTIMOS PENSAMIENTOS Y ALGUNA PROPUESTA A LOS SOCIOS DE LA AEN (Y A SU FUTURO PRESIDENTE) 121
   - 9.1. ¿Sigue siendo posible la formación continuada? 121
   - 9.2. La realidad formativa, una desconocida 124
10. BIBLIOGRAFÍA 125

CAPÍTULO 2
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO ESPECIALIDAD SANITARIA DE LA PSICOLOGÍA. ANTECEDENTES, PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN, FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y FORMACIÓN CONTINUADA. VALORACIÓN, REFLEXIONES Y PROPUESTAS

1. PRESENTACIÓN 131
   1.1 Necesidad, memoria, mediación y elaboración de la experiencia 131
2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA EN EL MARCO DE LA TRANSICIÓN 133
   2.1. El Sistema Sanitario español en la Transición. 136
   2.2. Movimientos y debates sanitarios y primeras participaciones de la Psicología Clínica. 142
   2.3. El marco normativo de las especialidades sanitarias y condición periférica de la Psicología Clínica. 148
3. PROCESO HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: EL PIR 150
   3.1. Los años 80: los primeros pasos. 150
   3.2. La construcción de la especialidad en la Administración Estatal: Proceso, valoración y algunas propuestas. 158
4. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. APORTACIONES, POSIBILIDADES, DIFICULTADES Y CARENCIAS 162
   4.1. El marco normativo actual y configuración de la formación en Psicología Clinica. Algunas propuestas de cambios y de mejoras. 164
      4.1.1. Normativa de Marco General: El Real Decreto 127/1984 y la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995. 165
      4.1.2. Implicaciones en la formación de especialistas en Psicología Clínica de la Orden de 22 de Junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación ... 175
      4.1.3. Instrumentos docentes y sistema de evaluación. Valoración .. 179
5. FORMACIÓN CONTINUADA Y SISTEMA DE ACREDITACIÓN. PREOCUPACIONES EN TORNO A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. 187
6. ALGUNAS REFLEXIONES GENERALES ACERCA DEL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS SANITARIOS, LA FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EL MODELO BIOPSICOSOCIAL 191
7. PARA TERMINAR 199
8. BIBLIOGRAFÍA 205

CAPÍTULO 3
FORMACIÓN POSTGRADO: ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.
1. INTRODUCCIÓN 217
2. EL PROGRAMA 218
3. UN HITO PRO-CALIDAD 220
4. BIBLIOGRAFÍA 223

CAPÍTULO 4
LA FORMACIÓN PARA LA COOPERACIÓN INTERDISCIPLINAR Y LA ACTUACIÓN TRANSVERSAL
1. CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS 227
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL 229
3. LA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL PARA FOMENTAR LA COORDINACIÓN DE SISTEMAS Y EL TRABAJO EN RED 233
4. RESUMEN 236
5. BIBLIOGRAFÍA 237

CAPÍTULO 5
LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PERIODO DE TRANSICIÓN A LA DEMOCRACIA
1. PRINCIPIO Y FIN DE LA TRANSICIÓN POLÍTICA 241
2. CRONOLOGÍA POLÍTICA DE LA TRANSICIÓN 242
3. LAS RELACIONES ENTRE LA TRANSICIÓN POLÍTICA Y «LA TRANSICIÓN PSIQUIÁTRICA»: LA CRISIS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA 244
4. LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN DE POSTGRADUADOS DURANTE LA TRANSICIÓN 246
5. CRONOLOGÍA NORMATIVA DE LA FORMACIÓN POSTGRADUADA DURANTE LA TRANSICIÓN 249
   1. Antecedentes 249
   2. Período correspondiente a la transición (1973-79). 251
6. ¿CÓMO SE FORMABAN –Y CON QUÉ INFLUENCIAS– LOS NUEVOS PSIQUIATRAS DURANTE LA TRANSICIÓN? 252

ANEXO 1 256
ANEXO 2 260

III TERCERA PARTE
AREAS DE FORMACIÓN ESPECÍFICA, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

CAPÍTULO 1
LA FORMACION BASICA EN REHABILITACION Y APOYO SOCIAL PARA LA ATENCION COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

1. PRESENTACION 271
2. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE REHABILITACIÓN, APOYO SOCIAL Y ATENCIÓN COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO 272
   - 2.1. La atención comunitaria como tecnología 273
   - 2.2. Características generales de la atención comunitaria en salud mental 275
   - 2.3. El concepto de «trastorno mental severo» 276
   - 2.4. Modelos de referencia para la atención comunitaria de personas con trastorno mental severo 277
   - 2.5. Los usos del término «rehabilitación» en salud mental 279
   - 2.6. Intervenciones necesarias («de efectividad razonable») 281
   - 2.7. Tipología de dispositivos 283
   - 2.8. Atención comunitaria y rehabilitación 286
3. LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN COMUNITARIA: DESTINATARIOS, CONTENIDOS Y METODOS 288
   - 3.1. Destinatarios de la formación 289
   - 3.2. Contenidos de la formación 291
   - 3.3. Metodología 293
4. BIBLIOGRAFÍA 295

CAPÍTULO 2
LA FORMACION DE ESPECIALISTAS Y DEL EQUIPO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. LA FORMACION DE ESPECIALISTAS 305
2. LA FORMACION CONTINUADA DEL EQUIPO TERAPEUTICO 312
3. RESUMEN 314
4. BIBLIOGRAFÍA 315

CAPÍTULO 3
EL CURRICULUM GERIÁTRICO EN LA RESIDENCIA GENERAL EN PSIQUIATRÍA

1. INTRODUCCIÓN 319
2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA (PG) 320
3. CONTENIDOS DEL CURRICULUM GERIÁTRICO EN PSIQUIATRÍA 321
4. CONCLUSIONES 325
5. BIBLIOGRAFÍA 326

CAPÍTULO 4
ASPECTOS ESENCIALES DE LA FORMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA LA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

1. INTRODUCCIÓN 331
2. DIFICULTADES DE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA 334
3. PRINCIPIOS GENERALES 337
4. UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA DE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA 337
5. LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO 338
6. HABILIDADES EN PSICOTERAPIA 341
7. APRENDER POR LA EXPERIENCIA 343
8. LA PSICOTERAPIA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL .. 344
9. EVALUAR LA FORMACIÓN 345
10. PERSPECTIVAS DE FUTURO 346
11. RESUMEN 346
12. BIBLIOGRÁFÍA 347

CAPÍTULO 5
FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. A PROPÓSITO DEL MODELO ANALÍTICO-VINCULAR

1. GENERALIDADES 353
2. PENSAR EN EL GRUPO 355
3. LA FORMACIÓN TEÓRICA 357
   Primer ciclo 357
   Segundo ciclo 359
   Tercer ciclo 362
4. LA FORMACIÓN TÉCNICA 362
5. RESUMEN 364

CAPÍTULO 6
LA FORMACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ABUSO DE SUSTANCIAS
1. INTRODUCCIÓN 369
2. CRITERIOS PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN DROGODEPENDENCIAS 375
3. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN 376
4. CONTENIDOS 376
5. METODOLOGÍA 376
6. BIBLIOGRAFÍA 377

CAPÍTULO 7
A PROPÓSITO DE LA FORMACIÓN EN PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL
1. INTRODUCCIÓN 381
2. SIGNIFICACIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGIA MODERNA PARA LA PSIQUIATRÍA ACTUAL 382
3. IMPACTO DE LA PSICOFARMACOLOGIA EN LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL 382
4. LA FORMACIÓN EN PSICOFARMACOLOGÍA 383
5. A MODO DE CONCLUSIÓN 385
6. BIBLIOGRAFÍA 386

IV CUARTA PARTE
FORMACIÓN CONTINUADA, EJERCICIO PROFESIONAL Y PERSPECTIVAS COMPLEMENTARIAS

CAPÍTULO 1
FORMACIÓN CONTINUADA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA: HACIA UNA ÉTICA DE LA RELACIÓN
1. INTRODUCCIÓN 391
2. FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA 392
   1. Actividades promovidas directamente por la industria farmacéutica 393
   2. Programas de Docencia y Formación Continuada en Instituciones y Servicios Públicos 397
   3. Actividades de asociaciones profesionales 399
   4. Publicaciones 400
3. HACIA UNA ÉTICA DE LA RELACIÓN 401
4. CONCLUSIONES 404
5. BIBLIOGRAFÍA 405

CAPÍTULO 2
LA SUPERVISIÓN: UNA MODALIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

1. SOBRE EL APRENDIZAJE 411
2. SOBRE LAS TEORÍA 412
3. SOBRE EL EQUIPO 413
4. SOBRE LAS INSTITUCIONES 414
5. LA SUPERVISIÓN 415
6. LA DEMANDA 417
7. SUPERVISIÓN CLÍNICA Y/O INSTITUCIONAL. 418
8. INICIO DE LA SUPERVISIÓN 419
9. LA ÉTICA 420
10. RESUMEN 422
11. BIBLIOGRAFÍA 422

CAPÍTULO 3
QUÉ ES LA GESTION CLINICA Y PARA QUE SIRVE EN EL TRABAJO EN SALUD MENTAL

1. INTRODUCCIÓN 427
2. PERO, ¿QUÉ ES ESO DE LA GESTIÓN CLÍNICA? ¿PARA QUE SIRVE EN SM? 429
3. FORMACIÓN DE UN ESPECIALISTA: ¿NECESITA ADQUIRIR CONOCIMIENTOS EN GESTIÓN CLÍNICA? 432
   Organización del Sistema de Salud. 432
   El trabajo en equipo. 433
4. RESPONSABILIDAD DIRECTIVA Y FORMACIÓN EN GESTIÓN CLÍNICA: ¿CUÁNTO DE EXPERIENCIA CLÍNICA Y DE GESTIÓN DEBEN TENER LOS PROFESIONALES CON RESPONSABILIDAD DIRECTIVA? 434
   Profesionales con experiencia en el trabajo clínico de al menos 5 años 435
   Con capacidad potencial de negociación y de consenso 436
   Sensibilidad y conocimientos en planes de investigación y formación 436
5. BIBLIOGRAFÍA 436

CAPÍTULO 4
EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL GENERAL. APRENDIENDO A PENSAR EN GRUPO

1. INTRODUCCION 443
   En la ciudad del dolor 443
2. EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL. ASPECTOS PSICOLÓGICOS. 444
   La hospitalización. 444
   Procesos inmunológicos y trastornos psicosomáticos. 445
   Psicoprofilaxis quirúrgica. La imagen del cuerpo y el temor a ser dañado 447
   Conocer el futuro. Diagnóstico precoz 449
   Dolor crónico, procesos terminales y calidad de vida 452
   Curar y cuidar 455
   Ilusiones y desencantos. ¿Quien cuida del cuidador? 456
3. APRENDIENDO A «PENSAR EN GRUPO» 457
   El contexto grupal, instrumento de formación. Técnicas y estrategias 459
      Reuniones de coordinación 459
      Reuniones de supervisión en grupo 460
      Reuniones de discusión clínica 460
      Función de «enlace» 461
      Grupos tipo «Balint» 462
      Grupos terapéuticos 463
4. RESUMEN 465
5. BIBLIOGRAFÍA 465

CAPÍTULO 5
LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA EN EUROPA: TENDENCIAS DE EVOLUCIÓN PROFESIONAL

1. INTRODUCCIÓN 469
2. TENDENCIAS DE EVOLUCIÓN PROFESIONAL 479
3. BIBLIOGRAFÍA 480

SIGLAS CITADAS 481

CAPÍTULO 6
LA FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA VISTA A TRAVES DE LOS PROPIOS PROFESIONALES

1. INTRODUCCIÓN 485
2. EL PROGRAMA 486
3. MÉTODO 487
4. RESULTADOS 488
   Identificación 488

Rotaciones 488
Formación teórica 491
Formación técnica 493
Participación en Programas Específicos 494
Valoración General 494
5. CONCLUSIONES 499
6. BIBLIOGRAFÍA 502

RELACIÓN DE AUTORES

Alejandro Ávila Espada
Catedrático de Psicoterapia, Universidad de Salamanca; Presidente de Honor de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas; Miembro Titular de Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental.

Amparo Belloch Fuster
Catedrática de Psicopatología
Facultad de Psicología, Universitat de Valencia.

Nicolás Caparrós
Psiquiatra. Psicoterapeuta
Madrid

Consuelo Escudero
Psicóloga Clínica
Coordinadora del Programa de Atención a Niños y Adolescentes
Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid

Antonio Espino Granados
Psiquiatra Centro Salud Mental de Majadahonda
Comunidad de Madrid

Alberto Fernández Liria
Psiquiatra.
Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid.
Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

Joana Fornés Vives
Catedrática de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental
Universitat Illes Balears

José García González
Doctor en medicina. Psiquiatra
Oviedo 2

Manuel Gómez Beneyto
Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Valencia

Laura Hernangómez Criado
Psicóloga Clínica.
Personal Investigador en Formación .
Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.
Universidad Complutense de Madrid.

Ladislao Lara Palma
Psiquiatra.
Gerente. FAISEM
Sevilla

Margarita Laviana Cuetos
Psicóloga Clínica.
Coordinadora de la Comunidad Terapéutica. Área de Salud Mental
Hospital Virgen del Rocío. SAS. Sevilla

José Leal Rubio
Psicólogo Clínico
Barcelona

Marcelino López Alvarez
Psiquiatra. Sociólogo.
Director de programas, evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla

Fernando Mansilla Izquierdo. Psicólogo.
Centro de Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo.
Ayuntamiento de Madrid.
ferdinan@correo.cop.es

Ángel Moríñigo Domínguez
Sevilla

Mª Begoña Olabarría
Psicóloga Clínica
Madrid

José Otero
Medico Psiquiatra
Jefe de los Servicios de Salud Mental
Distrito de Collado Villalba (Madrid)

Fernando Paredes
USM «El Lasso» del Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria
Profesor asociado de la Universidad de las Palmas

Víctor Pedreira Crespo
Psiquiatra.
Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra.
Coordinador de Salud Mental del Área Sanitaria de Pontevedra.

Pedro Pérez García
Psicólogo Clínico
Jefe Asociado del S. de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz
Avda. Reyes católicos, 2. 28040 Madrid
e-mail: pperez@fjd.es

Josep Ramos Montes
Psiquiatra
Director médico de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental.
Barcelona

Mª Victoria Rodríguez García
Psiquiatra.
Jefe de Sección del Complejo Hospitalario Xeral- Cíes (Vigo).
Responsable de Rehabilitación del Área Sanitaria de Vigo.

Beatriz Rodríguez Vega
Psiquiatra.
Hospital La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

Enric Sentís Hortet
Psiquiatra.
Coordinador Asistencial de la Psicoclínica de la Merced.
Barcelona

Enrique Serrano
Psiquiatra
Jefe del Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes
Oviedo

Violeta Suárez Blázquez
Psicóloga.
Centro de Salud Mental. Majadahonda.
Comunidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

Mª Begoña Olabarría

1.

Podemos concebir el conocer como el acto de incorporar a la conciencia el sistema de relaciones formales e informales que consolidan perspectivas, modos de ver y de mirar. Y con ello, formas de hacer.

Si entendemos por experiencia, elemento central del conocimiento aplicado, la necesidad de una elaboración, observaremos que partimos de un doble principio del conocimiento y por tanto de la formación. El principio externo de la realidad, que ha de quedar elaborado (y reelaborado) por elementos que no se encuentran en lo externo y que resultan sustanciales porque cambian la exterioridad (Lledó, 1998), configurando el conocimiento y sus esquemas. De modo que se trata de una confluencia que establece una modalidad de relación entre elementos.

Por ello la formación resulta estratégica: Porque realizándose en y desde el presente, configura una acción de futuro.

Este modo de relación hacia la que se dirige la formación, establece otra confluencia: la de un espacio y un tiempo dados, sin la que no podría producirse el conocer.

Es por ésto que el contexto donde se produce el acto de conocer, la experiencia de la formación, se enmarca como un espacio/tiempo de resonancias de sentido de pasado, presente y futuro, resonancias de mayor calado que las que el contenido de la información aportada incluye formalmente y que señalan aspectos de direccionalidad, finalidad, metas y objetivos escasamente formalizados en ocasiones, porque trascienden la ejecución concreta de la formación engarzándola transversalmente, muchas veces de manera precisa, conocida, buscada.

Así ocurre con esta Ponencia, que está mediada por nuestro contexto inmediato de producción (la AEN), pero además por discursos profesionales e ideológicos implícitos, debates presentes y ausentes, experiencias colectivas desarrolladas, intenciones concretas sobre la red de los servicios sanitarios públicos que sustentan la formación, ratificaciones de algunas seguridades previas, prejuicios, tendencias... Por ello la consistencia de lo aquí escrito no está –lo sabemos- sólo en lo expresado. Está en el contacto con los lectores. Ese contacto (que es una aspiración) será en su caso el que dote de vida al texto, porque es ahí donde se identificarán problemas técnicos, estructuras teóricas, necesidades prácticas, etc. en una reelaboración que reinterpretará lo escrito y tal vez produzca una fructífera discusión y ecos colectivos de orientación de la acción.

Al menos en este sentido podemos reconocer una intención explícita: el específico compromiso con la formación de los especialistas en Salud Mental en distintas vertientes y aristas de su poliédrica realidad. Esta afirmación establece a su vez límites que se recogen en las perspectivas de lo expresado y que desean contribuir a abrir, a construir, un proceso. Un proceso cuyos contenidos no están aún definitivamente vertebrados tanto en la formación de los especialistas como en la formación continuada de los profesionales y, así, puede configurar un proyecto cuyos inicios podemos aún reconocerlos porque se han ido perfilando en momentos de los más lúcidos (seguramente) de nuestras breves historias de formación de especialistas.

Tras lo anteriormente expuesto, cabe decir ahora que este texto no es (al menos aspira a no ser) únicamente un texto escrito por nosotros, los autores, es una propuesta interpretable para y por los lectores y es ese carácter de propuesta el que le otorga valor de necesidad al colectivo de profesionales y al lector que recoge esta urgencia de la formación de los especialistas de la Salud Mental en nuestro país. En muchas ocasiones el academicismo olvida el carácter vivo del texto desconociendo la posible fecundidad que, uniéndonos con el pasado del que partimos y desde el que hablamos, nos prepara en cierto sentido a la tarea de comprender, de valorar el diseño de la acción futura. Olvida también que el lector cuenta con sus propios contextos referenciales desde los que hace la lectura y el diálogo. Es por ello también que cabe resaltar el contexto de esta Ponencia y su publicación.

2.

Nuestra experiencia concreta, la de cada uno, en la formación de especialistas, es muy reducida (por muy amplia que individualmente fuera): La percibimos a través de un lenguaje que llega a nosotros codificado por instituciones y organizaciones que administran nuestro saber del saber. ¿Qué valor dar entonces a la experiencia de la formación y del conocer? Cuando nos referimos a la formación en las especialidades de Salud Mental, seguramente podemos estar de acuerdo en que se trata de una experiencia que se consolida y obtiene forma singular en el contexto de una relación clínico-asistencial de carácter público. Además, se trata de una experiencia que incluye a otros, que se produce con otros (otros profesionales, otros servicios, otras tareas,...), estableciéndose así el carácter social, colectivo, de una formación especializada.

De este modo, se abre un escenario complejo para la formación, un espacio abstracto construído sobre escalones o ejes que enraízan dicha formación, como los Programas de cada Especialidad, las Unidades

Docentes Acreditadas y sus circuitos de rotación, las Comisiones Nacionales de cada Especialidad, las normativas vigentes generales y específicas para cada una de ellas, los Servicios, Programas y equipos de Profesionales existentes en cada Unidad, los tutores, las características de los servicios en torno al desarrollo y mantenimiento de líneas (y modalidades) de la formación continuada de los profesionales especialistas de los mismos, etc.

Este escenario tiene características de diversidad en el Estado, si bien los rasgos esenciales mantienen cierto grado de homogeneidad, de modo que cabe hacer una reflexión que englobe las singularidades sin negar mediante esta abstracción obligada, la diversidad. La formación constituye en cualquier caso una compleja construcción paralela a la asistencial e integrada en ella. Esta integración hace que no sea posible establecer una nítida frontera entre lo asistencial y lo formativo, pero éste último aspecto marca y delimita un horizonte de calidad de los servicios y con ello una ininterrumpida modalidad de flujo que entre ambos ámbitos se enhebra. Se trata, pues, de nuevo de un terreno de mediaciones.

La tensión de esos mundos paralelos es un hecho en la corta historia institucional de la formación de especialistas. Un hecho afortunado a nuestro juicio, que enriquece la formación y la complejidad de la actividad clínico-asistencial en la atención de demandas de salud de la población, porque obliga a un diálogo cuyo crecimiento y resonancias ha reconfigurado estos ámbitos de manera tal que nos resulta ahora casi impensable entender o interpretar el uno al margen del otro. Y precisamente esa necesidad de diálogo entre ambos es una característica esencial de la formación de especialistas que conviene subrayar y destacar porque ha mostrado su bondad. Se trata de una necesidad que se juega también en el tiempo, en la apertura hacia el futuro de estos aspectos que nos han llegado al presente.

Esta Ponencia precisa al menos esta justificación, pues está hecha para ser leída desde el conocimiento expreso del apoyo a los aspectos antes reseñados. En este sentido, y como antes quedó expresado, hablamos a un futuro lector asentado en esta preparación.

Para finalizar.

En un medio social, cultural, económico y científico en cambio radical y constante, la formación de especialistas sanitarios y la formación continuada de éstos constituye un instrumento de relevancia sobre el que la reflexión y el debate deben continuar.

En lo que a la Psicología Clínica, la Psiquiatría y la Enfermería en Salud Mental se refiere, se trata sin duda de una de las cuestiones esenciales por su alcance para el futuro de la atención a la salud de los ciu-

dadanos en el Sistema Nacional de Salud (y sin duda también en la calidad de la práctica privada).

La tendencia a la parcelación propia del especialismo aislacionista, la penetración creciente de distintos intereses económicos, el papel de la industria farmacéutica en el perfil formativo de los especialistas y en la formación continuada, las sucesivas tendencias fragmentadoras en la aplicación de conocimientos, la desatención a las nuevas necesidades y demandas de una población afectada por importantes cambios demográficos, sociales, étnicos, económicos, culturales..., las necesidades surgidas de las concepciones provenientes de la atención sanitaria realizada en sistemas complejos y en su articulación con otras redes de servicios y prestaciones (Servicios Sociales, Justicia, Educación, etc.) obliga a reflexionar, debatir y elegir entre opciones: ¿Superespecialidades o especialidades polivalentes con áreas específicas de profundización?, ¿impulso o freno de un carácter transversal de la formación?, ¿ordenamiento garantista de los programas de formación de especialistas y de formación continuada con definición consiguiente de adecuados instrumentos de control o abandono de los mismos y asignación difusa de responsabilidades?

Posibilitar reflexión y debate sobre la formación en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental desde el conocimiento y análisis de lo existente, participando en la aparición de nuevas posiciones y actitudes en torno a ellas sin admitir los cortocircuitos de la resignación realista o la frustración utópica, quiere ser el objetivo de esta Ponencia.

Como pretendemos no permanecer chapoteando en querellas partidistas a corto plazo sin ideas de futuro, la sacudida (ocasional) de alguno de los temas, asuntos, posiciones o argumentos esgrimidos puede contribuir a llamar la atención sobre algo que sistemáticamente resulta pasado por alto en el pensamiento más conservador (y que en tantas ocasiones se pretende mostrar como prueba de realidad): La unanimidad coral de los bienpensantes. Nosotros no lo somos, como verá el lector, pero sí buscamos que el sentido, el mensaje, de esta Ponencia sea audible.

Por éso esta Ponencia colectiva además de abierta a diferentes asuntos, ha pretendido exponer de manera debidamente exigente y disciplinada, huyendo de urdir un espacio abierto a la frecuente cháchara de quienes renuncian a ser sujetos de su saber y se configuran en animadores de debates indefinidos y "light". Lamentable empeño éste que cuenta ya con sus propias organizaciones "científicas" y en el que participan esas eminencias que propugnan la modalidad nueva y creciente de quienes aceptan sin más que modernidad, progreso, ciencia, especialidad,

formación y campo de intervención son nociones que se dan la mano y son equivalentes, en casi todos los casos, a la simple desaparición de trabas a la expansión sin límites de sus intereses en un mercado cuyas grandes líneas de expansión buscan controlar. Líneas entre las que cabe destacar la formación de especialistas y la formación continuada.

Por otra parte, distintos aspectos de la formación especializada de Salud Mental hoy nos enfrentan a retos:

1. La adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes (entendiendo que se requiere para ello la elección de éstos y la definición del cómo y dónde de su realización).
2. La adaptación crítica a los nuevos esquemas de organización sanitaria.
3. La definición de especialidad abierta al cambio de necesidades socio-sanitarias y del Sistema Nacional de Salud.

Sobre esas bases precisamos abordar el pensamiento y la reflexión acerca del modo de hacer en formación de especialistas en la relación con:

1. Otras organizaciones de prestación de servicios en el territorio.
2. Otros profesionales sanitarios.
3. Los integrantes del equipo.
4. La relación del usuario en y con la comunidad.

Durante decenios la formación de especialistas sanitarios y en particular de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería en Salud Mental ha sido preocupación constante de diferentes colectivos de nuestro país, que han dedicado ingentes esfuerzos a su puesta en práctica. Estos esfuerzos son tanto más loables por cuanto se han llevado a cabo en situaciones difíciles y con gran escasez de recursos.

La progresiva introducción de instrumentos de regulación (creación y definición de especialidades, establecimiento de Programas de Especialidad, definición de requisitos de acreditación, organización de estructuras de la Administración Pública como soporte, etc.) no sólo no cierra, sino que posiblemente señala la necesidad de crear y/o desarrollar instrumentos para el desarrollo, seguimiento, evaluación y verificación del adecuado cumplimiento de lo regulado: Programas de Especialidad, Libro del Residente, Auditorías de Unidades Docentes Acreditadas, definición de Tutorías, verificación de existencia y adecuada composición, funcionamiento y ubicación de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad, Comisiones de Formación Continuada, Co-

misiones de Docencia y Comisiones Asesoras, Programas y financiación de Formación Continuada, Áreas de Especial Interés, Áreas de Capacitación Específica, Auditorías, etc. Con ello cabe pensar acerca de las líneas de futuro.

A todo ello se dirige esta Ponencia.

PRESENTACIÓN

ANTONIO ESPINO

Al preparar la presentación de esta ponencia oficial al XXII Congreso de nuestra Asociación relativa al estado actual de la formación en salud mental en nuestro país, he tenido ocasión de volver a leer la introducción que realicé hace diez años, siendo Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, de un número monográfico que dedicó la Asociación a la Formación en Salud Mental. [1]

Lo que entonces escribí puedo resumirlo en unas pocas ideas:

1º. El eje más sólido en que descansa el Sistema Nacional de Salud (en tanto que organización pública encargada de la atención de la salud de los ciudadanos) son sus profesionales

2º. La primera inversión en la mejora del conjunto de la atención sanitaria pasa por hacer crecer el nivel de preparación de los profesionales del Sistema de salud

3º. A partir de un mínimo operativo, la calidad asistencial de un equipo va a depender, más que de su número, del nivel de cualificación de sus miembros, de su dedicación al equipo y de su buena organización, elementos estos, por tanto, que deben considerarse al orientar las prioridades del gasto sanitario

4º. Lo importante para el sistema sanitario no consiste en medir el número de consultas que es capaz de llevar a cabo un equipo en un tiempo determinado, sino la calidad de los resultados de su actuación sobre la población atendida.

5º. Es inevitable planificar muchas acciones en materia de formación a sabiendas de que sus resultados sólo los conoceremos años después.

Y la 6ª y última: "Siguen existiendo dudas acerca de la idoneidad de los fundamentos psiquiátricos obtenidos en el pregrado (¿qué saben nuestros médicos generales sobre estos problemas?) o de la organización de la formación continuada posterior al periodo formal de educación médica"

Diez años después, estas cuestiones continuan vigentes. Y es conveniente, por tanto, seguir profundizando en los aspectos que afectan a los fundamentos de la atención sanitaria y que no son otros que la formación de los profesionales sanitarios, sus verdaderos protagonistas.

1. Rev. Asoc. Esp. Neurops. Vol. XIII. Suplemento II, octubre 1993

La ponencia que el lector tiene en sus manos se ha organizado en cuatro bloques siguiendo un criterio didáctico.

El primer bloque plantea la formación del pregrado o formación universitaria, informando sobre el nivel de capacitación con que llega el estudiante al final de su licenciatura o diplomatura y aportando valoración y líneas de reflexión y cambio.

El segundo bloque se ha centrado en la trayectoria, incidencias y contenidos propios de la formación especializada con aportación de información, valoraciones y análisis que aportan líneas de futuro para el debate y la accióo formativa de calidad.

El tercer bloque ha tratado de profundizar en las Áreas de Especial Interés de la formación especializada (algunas de las cuales pudieran en el futuro desarrollar Áreas de Capacitación Específica o ACEs, en el marco de la futura norma ministerial que se encuentra actualmente en fase de *Borrador*) sobre las que existen propuestas en marcha favorables a su organización más específica. Pero también hemos considerado los medios técnicos de especial significación con que han de contar los especialistas para desarrollar su tarea.

El cuarto bloque se ha organizado en torno a la formación continuada, sus desarrollos y sus problemas. La formación continuada sigue englobando hoy un conjunto de prácticas dispersas que se ofertan como formativas y que pertenecen a un campo todavía no invadido por la formación especializada de carácter reglado[2]. Por su menor estructuración, puede dar lugar a mayores excesos, tener menor control y una mayor diversificación de su oferta. Es también, aquella que suscita en su entorno más instituciones interesadas en su control: la Universidad, los Colegios Profesionales, las Asociaciones científicas, las empresas privadas – muy especialmente la industria farmacéutica – y, en un lugar cada vez menos relevante, el propio Sistema sanitario.

Los trabajos que han quedado integrados en estos cuatro bloques son muy diversos en sus enfoques, en su amplitud y en su nivel de elaboración. Los coordinadores de la Ponencia definimos, en su momento, un amplio y cómodo campo de juego solicitando a nuestros colegas un tema sobre el que estuvieran interesados en escribir. Después de una primera vuelta fuimos compaginando las distintas propuestas presentadas con el esquema general de la Ponencia que habíamos propuesto en el último Congreso de la Asociación. Mediante un prudente *tira y afloja*, se han ido ensamblando los contenidos de la ponencia: primero, aquellos que no podían faltar; después, otros trabajos más

2. No debemos olvidar que antes de la aparición del Sistema MIR, por ejemplo, toda la formación médica realizada después de la licenciatura podía considerarse formación continuada.

puntuales y de carácter sectorial, y por último, los que podían aportar alguna novedad dentro de la literatura existente sobre formación en salud mental.

Así fuimos ordenando el conjunto de los trabajos y construyendo cada bloque de la ponencia.

El primero fue el más sencillo de armar. Se trataba de recoger los estudios universitarios relativos a la salud mental y conocer algo de lo que ocurre con dicha enseñanza dentro de la medicina, la psicología y la enfermería. No es habitual reflexionar sobre los estudios de pregrado relacionados con nuestra profesión, por lo que estoy convencido que el lector va a agradecer la presencia en la ponencia de estos textos. Entre otros, dos elementos coinciden en estos trabajos: las deficiencias existentes en la formación práctica y el poco peso de sus disciplinas en relación con el conjunto de la Licenciatura o Diplomatura.

El segundo bloque, donde estamos incluidos los coordinadores de la Ponencia, responde a contenidos sobre los que hay una más amplia y reciente literatura. El interés por conocer los intrincados procesos ocurridos en la especialidad psiquiátrica en nuestro país, es un tema objeto de interés creciente entre los historiadores de la medicina. Pero es el caso que la psicología clínica está viviendo a día de hoy su propia institucionalización como especialidad, lo que la hace estar presente en el debate cotidiano de los profesionales de la psicología orientados hacia la atención psicológica de las personas. El trabajo de Begoña Olabarría analiza lo principal del proceso seguido por esta profesión hacia su consolidación institucional, contado por una de sus principales protagonistas. En el contexto de la recientísima finalización del proceso de institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, este trabajo tiene la virtud, a mi juicio, de recopilar a día de hoy el estado de la cuestión.

El trabajo que inician Joana Fornés y Fernando Paredes relativo a la formación en el campo de la enfermería en salud mental tiene, a pesar de su doble ubicación en el texto de la ponencia, un carácter ciertamente complementario.

En lo que atañe a la especialidad psiquiátrica, he intentado hacer una síntesis sobre la extensa literatura existente sobre el tema dejando para la última parte algunos reflexiones y propuestas sobre la actualidad de la profesión de psiquiatra.

Esta parte "clásica" se ha completado con dos trabajos que aportan, acaso, mayor originalidad. El primero, de José García, se centra en la necesidad de aportar nuevos instrumentos dentro de la formación para afrontar la interdisciplinariedad y la cooperación entre sistemas de cuidados. Algo que exige, sin duda, un cambio de actitudes para identificar

y superar aquellos problemas que, estando en el entorno de lo formativo, lo dificultan: las defensas corporativas, la rigidez en los límites de las especialidades y la rivalidad existente entre ellas para preservar el poder. El segundo, de Antonio Espino, pone en relación la formación psiquiátrica con un periodo irrepetible de la vida española, la transición a la democracia. El haber desgajado este periodo, para poder tratarlo con algo más de detalle, del repaso general de la especialidad no ha evitado que mantengan un cierto grado de complementariedad.

El tercer bloque se ha centrado en desarrollos de las propias especialidades, de acuerdo a su importancia dentro de las actividades propias de la red de salud mental o a exigencias derivadas de sus propias problemáticas clínicas; desarrollos surgidos de la necesidad de mejorar el entrenamiento en determinadas técnicas y prácticas concretas necesarias para la actividad clínica. Percepciones de problemas, por último, que forman en la actualidad parte de los problemas de organización del propio Sistema de salud.

Un problema central en la atención al enfermo mental, las acciones de rehabilitación y soporte social, es visto por M.López, L.Lara y M.Laviana en su integralidad, desde las necesidades de la sociedad y desde el marco limitante de los recursos sociales y sanitarios con que cuenta para ayudar a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. Se trata de una visión moderna que ya no se construye sobre la alternativa al manicomio sino mediante un discurso más elaborado que parte de las condiciones y formas más adecuadas de atender hoy en día a estas personas. Y estamos, además, ante un trabajo que intenta concretar mecanismos, técnicas, programas, actitudes, etc, que ayuden a mejorar el pronóstico real y la calidad de vida de estos enfermos.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica señaló el carácter prioritario de algunos problemas asistenciales que necesitaban un importante desarrollo formativo. Los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia, los problemas de la vejez y los problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias eran los más señalados. De entonces para acá no han cambiado mucho las cosas: siguen manteniéndose como una de las prioridades.

Un aspecto de la mayor importancia para el Sistema de Salud como es mejorar la eficacia de los tratamientos de los pacientes en sus dos apartados más característicos, los tratamientos picofarmacológicos y las psicoterapias, siguen si estar bien resueltos. En el campo de la psicofarmacología, deslindar la publicidad de la información científica se ha convertido en tarea de titanes. Y el aprendizaje psicoterapéutico durante la residencia sigue siendo un objetivo muy difícil de alcanzar,

por la propia organización asistencial y la poca concreción práctica con que cuenta, de modo general este campo de la formación. José Otero nos da su opinión sobre la formación psicofarmacológica y Fernández Liria y Rodríguez Vega continúan en su texto el esfuerzo que vienen haciendo en favor de la articulación y desarrollo de una psicoterapia en y para actuar en el sistema público de salud. En lo que afecta a la formación de los especialistas en niños y adolescentes, Consuelo Escudero y Enrique Serrano recogen, una vez más, las necesidades de un campo con muchos años de experiencia pero que continúa sin un reconocimiento suficiente de su actividad. La aportación que hacen sobre la formación continuada es generalizable más allá del campo de la infancia y adolescencia y merece ser leída con especial interés por lo correcto y la modernidad de su enfoque. En el caso de los viejos con problemas de salud mental, Angel Moríñigo plantea las dimensiones crecientes de este problema así como su necesaria interdisciplinariedad en cuanto al enfoque asistencial, concretando una propuesta para el desarrollo de la formación en psiquiatría de la vejez dentro de la formación MIR, teniendo en cuenta lo que ocurre en países de nuestro entorno. El trabajo de Fernando Mansilla, por último, se ha centrado, de forma prioritaria, en aspectos relativos a la formación continuada de los profesionales de los equipos de atención a drogodependientes surgidos con la irrupción de la problemática del consumo de heroína en los años 70. Su trabajo nos recuerda que es necesario avanzar en la integración de los problemas relacionados con el uso de sustancias con potencialidad adictiva (de las que el tabaco y el alcohol siguen teniendo los efectos más severos sobre la salud de la población) dentro del sistema de salud.

El cuarto bloque, protagonizado por la formación continuada, incluye también trabajos centrados en el ejercicio profesional. Es este, tal vez, el bloque con más novedades y, sin duda, el más polémico. La formación continuada y el ejercicio profesional son dos aspectos de una misma moneda y un mismo objetivo: la calidad asistencial y los elementos necesarios para su mantenimiento y actualización. Y ambos se correlacionan y complementan con las tareas de equipo y con el papel del equipo asistencial como soporte y dinamizador del trabajo de cada profesional y de la institución en su conjunto. Estos tres elementos: formación continuada, ejercicio profesional y trabajo en equipo, constituyen, por tanto, el bloque final de la ponencia.

Victor Pedreira y Victoria Rodríguez describen con un detalle exquisito la creciente problemática existente en las relaciones entre la industria farmacéutica y la formación continuada y establecen algunas medidas necesarias para dignificar dicha relación. Después de leer su aportación ya no es posible mantener una interesada ingenuidad frente

a la magnitud de este problema. Conviene leer su trabajo con algún detenimiento, porque afronta uno de los temas claves de la agenda sanitaria de la actualidad y de nuestro inmediato futuro. Según como se resuelva esta relación tendremos un instrumento incentivador de los profesionales del sistema de salud o convertiremos definitivamente la formación continuada en un negocio de unos pocos con la dirección logística de la industria farmacéutica y la mediación de algunas sociedades científicas. Sobre aspectos del trabajo en equipo y con los equipos contamos con los textos de José Leal, centrado en la supervisión de equipos en su contexto institucional y el de Pedro Pérez, que aporta toda su experiencia de introductor de un modo de pensar "psicosomático" dentro de la actividad hospitalaria. Estoy seguro que van a leer con gusto estos trabajos. Y cerca del trabajo de José Leal (tanto conceptual como geográficamente) Enric Sentís y Pedro Ramos nos introducen en un aspecto poco conocido de nuestra actuación: la gestión clínica, esa forma de profundizar e integrar muchos elementos que se nos escapan cuando nuestra visión asistencial se reduce al mundo exclusivo de la clínica. La originalidad de su propuesta es, precisamente su carácter integrado: no se trata de crear expertos en la gestión de las instituciones, sino de aportar nuevos instrumentos formativos que nos ayuden a realizar de forma más rigurosa (y eficiente para la propia administración) nuestras tareas asistenciales. Otro punto de enganche de las propuestas de Leal con las de Sentís y Ramos es la confianza que transmiten en la posibilidad de ayudarnos a nosotros mismos mediante el análisis de nuestra práctica profesional en el contexto del equipo y de la institución sanitaria: estamos aquí, una vez más, en el terreno de las nuevas formas de enseñar y de aprender.

El bloque se completa con tres trabajos: Nicolás Caparrós presenta una propuesta de formación en psicoterapia, de difícil desarrollo dentro del periodo de residencia, pero de interés para su aplicación dentro de la red sanitaria, necesitada cada vez más de utilizar técnicas de grupo como forma de ayudar a nuestros pacientes dentro de los límites de la práctica asistencial pública. Difícil dilema: la formación que se nos propone necesita de una experiencia que traspasa las posibilidades de la formación MIR y PIR, pero está demostrado que los profesionales que adquieren dicha experiencia son de gran utilidad para la práctica sanitaria pública. Alejandro Avila actualiza el estado de la cuestión de la formación en psicoterapia en Europa, en cuanto a los programas de formación y a las condiciones para la acreditación profesional. Leyéndolo se observan las tensiones que surgen y el conjunto de intereses que entran en juego cuando se trata de avanzar con medidas de homologación que trasciendan el ámbito propio de las diferentes capillas.

Terminan la Ponencia Violeta Suárez y Laura Hernán con un trabajo de campo iniciado entre los psicólogos que han hecho el PIR y que ofrece una primera aproximación sobre aspectos del desarrollo de su formación. Es un trabajo al que convendría darle continuidad desde esta su aportación preliminar, así como su extensión a la formación MIR en Psiquiatría, donde seguramente existe mucha y variada información de interés a recoger y conocer.

Vista en su conjunto, la ponencia presenta una gran diversidad y expresa, seguramente, la compleja realidad en la que se encuentra la formación dentro del campo de la salud mental. El lector avezado encontrará afirmaciones en un texto que se contradicen con lo enunciado en uno anterior o posterior. No ha estado en la filosofía de los coordinadores de la Ponencia establecer los criterios de cada uno de los autores ni producir" un sólido y unívoco material doctrinario" sobre la formación de especialistas. Hemos preferido, por tanto, dedicar nuestro esfuerzo a componer una ponencia que aporta "diversas doctrinas" y que obliga al lector a situarse críticamente frente a los sucesivos textos que se le ofrecen. Cada colaborador es responsable de lo que ha escrito y los coordinadores, que mantienen sus respectivos puntos de vista sobre cada trabajo que aparece en la ponencia, quieren expresarles su agradecimiento por la colaboración personal y el trato exquisito que han encontrado en todos ellos.

I
PRIMERA PARTE

LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SOBRE LA SALUD MENTAL. CONTENIDOS, PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS

I

CAPÍTULO 1
LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA

MANUEL GÓMEZ BENEYTO

La enseñanza de la Psiquiatría en la Licenciatura de Medicina incluye dos asignaturas, la Psicología Médica, que se imparte en el segundo curso, y la Psiquiatría propiamente dicha que se imparte en los dos últimos. Su objeto es dotar a los futuros médicos con las competencias necesarias para afrontar las necesidades sanitarias de la población en materia de salud mental.

1. ANTECEDENTES.

La Psiquiatría

La enseñanza de la Psiquiatría en la Licenciatura de Medicina se inició incluída en la Medicina Legal como una parte constitutiva de esta asignatura. No fue hasta 1933 cuando se concibió por primera vez la enseñanza de la Psiquiatría como disciplina independiente, aunque adscrita al doctorado de Medicina. La Universidad Central de Madrid encargó su docencia a Sanchis Banús, pero no llegó a ejercerla debido a su fallecimiento prematuro (1). También en 1933 la Generalitat creó la Catedra de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, pero con carácter de asignatura secundaria. Por unanimidad el claustro encargó su enseñanza a Mira i López., quien la ejerció hasta su exilio en 1939. No obstante la primera vez que se dotó y convocó una Cátedra de Psiquiatría mediante oposición fue en el año 1947, ocupándola Vallejo Nájera (2, 3). Después de varios años de estancamiento con solamente cuatro catedráticos, se inició en los sesenta un crecimiento progresivo hasta alcanzar hoy en día un total de 28 Cátedras, 27 en la Universidad pública y una en la Universidad privada de Navarra.

Durante la época del franquismo la enseñanza de la Psiquiatría estuvo muy influída por la neuropatología, en relación con el éxito de las investigaciones de Ramón y Cajal, y por la fenomenología y las corrientes existencialistas alemanas. El psicoanálisis, que no había logrado afianzarse en España durante la República, encontró la oposición de la mentalidad ultraconservadora y de la iglesia de la época. Solamente en dos Facultades, la de Barcelona y la de Valencia, se crearon unidades

psicoterapéuticas con práctica y docencia psicoanalítica (4), aunque principalmente dirigida a las enseñanzas de posgrado. Posteriormente las cátedras de Granada y Bilbao fueron ganadas por profesionales de orientación psicoanalítica, pero a pesar de ello el psicoanálisis ha sido hasta ahora, en el mejor de los casos, tolerado en los medios académicos. Otras corrientes importantes también de origen anglosajón, como la Psiquiatría Comunitaria, encontraron la proa de la dictadura y apenas lograron una mención en los programas de la asignatura. En la década de los 70 ya empezó a notarse en la enseñanza de la psiquiatría, como en el resto de nuestras vidas, la influencia del mundo anglosajón cobrando importancia creciente el pragmatismo y una concepción operativa de la psicopatología.

El fin de la dictadura permitió que medraran otros enfoques. Los movimientos de reforma de la asistencia psiquiátrica de orientación comunitaria, potenciados por una ideología militante de izquierdas, se desarrollaron en abierta oposición al estamento académico, de orientación biologicista potenciada por una ideología conservadora, creandose un conflicto entre los servicios asistenciales y los académicos que, aunque mitigado, todavía persiste en la actualidad.

En relación directa con esta situación todavía hoy en día la orientación comunitaria apenas merece espacio en los programas teóricos y son pocos los estudiantes que tienen ocasión de practicarla. El equipo multidisciplinar asistencial que está en la base de la orientación comunitaria no tiene un paralelo en la docencia. En la enseñanza de la Psicología Médica y la Psiquiatría no participan psicólogos, ni trabajadores sociales ni enfermeros, solamente psiquiatras.

En las dos últimas décadas la orientación neurobiológica ha cobrado de nuevo una fuerza extraordinaria, no solo por el evidente éxito de los descubrimientos en el terreno de la psicofarmacología, sino sobre todo por el propio desarrollo de lo sanitario como mercado, desarrollo fomentado y conducido principalmente por la industria farmacéutica americana y suiza. El escaparate es la «Medicina Basada en la Evidencia», pero la practica es la «Medicina Basada en el Anuncio» (5).

La Psicología Médica

La incorporación de la psicología al plan de estudios de la licenciatura de Medicina se establece por el Decreto 12814 de 1944, en base a la necesidad de contrarestar «la deformación del rigor científico de la Medicina, alentada por el laicismo materialista, servidor de imitaciones

extranjeras, (que) había calado en nuestras Facultades, desviando una parte de su pensamiento hacia la irreligiosidad» (6)

De acuerdo con este planteamiento propio de la mentalidad franquista se encomendó su docencia a las Facultades de Filosofía y Letras, que la impartían en sus aulas, dándole una orientación más cercana a la filosofía que a las ciencias de la salud.

Con posterioridad, bajo la presión de varios profesores de Psiquiatría, el Ministerio determinó que la enseñanza de la Psicología Médica fuese impartida en las Facultades de Medicina por su propio profesorado, para acabar en los años sesenta integrándola funcional y estructuralmente en el área de la Psiquiatría, lo que «implicaba consolidar la enseñanza de una psicología destinada a médicos e impartida por médicos» (7). Hubo que esperar hasta los comienzos de los años ochenta para que se dotase y cubriese por oposición la primera cátedra de Psicología Médica, que fue ocupada por Morales Meseguer en Murcia.

La integración de la Psicología Médica en la Psiquiatría supuso por una parte su modernización, acercándola a un planteamiento mas adecuado a las Ciencias de la Salud, pero por otra una cierta transformación progresiva de su identidad convirtiéndola en algunos aspectos en un curso preparatorio para el estudio de la Psiquiatría. Así, en la reciente reforma del Plan de Estudios de la Licenciatura de Medicina (Real decreto 147/1990, del 26 de Octubre de 1990) se cambia su denominación a «Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad» y se establece un contenido que incluye como temas principales la psicopatología y la psicoterapia. De todas formas todavía persisten en algunos programas actuales de Psicología Médica rescoldos de un pseudohumanismo idealista e enciclopedista.

2. EL CONTEXTO ACTUAL

La enseñanza de la Psiquiatría en la Licenciatura de Medicina tiene unas características propias y otras dependientes del marco en el que se desenvuelve, es decir, el marco de la Universidad en general y mas concretamente, el de las Facultades de Medicina.

La Universidad española ha experimentado en las últimas tres décadas un crecimiento espectacular que, junto con la democratización de su funcionamiento y la descentralización autonómica propiciadas por la LRU (Ley Orgánica 11/1983, de 25 de Agosto; B.O.E. 1.9.83) y por las transferencias, la sitúa a un nivel comparable con otras universidades del entorno europeo.

Sin embargo la Universidad española comparte con otros servicios públicos españoles la insuficiencia crónica de financiación, la rigidez burocrática, la tendencia a la endogamia y la ausencia de mecanismos externos de control de la calidad. Todo lo cual confluye en crear una cierta falta de sensibilidad y de reactividad frente a las necesidades específicas de la población a la que sirve. Las Facultades de Medicina, integradas como están plenamente en el sistema universitario, participan naturalmente de la misma problemática y en consecuencia también la enseñanza de la Psiquiatría.

La financiación insuficiente es causa de una alta tasa de masificación, asi como de emplear técnicas docentes baratas aunque poco eficaces, lo que se revela en la clase magistral como principal medio de enseñanza y el examen final de conocimientos teóricos como sistema exclusivo de evaluación, frente a otras técnicas mas eficaces pero mas caras, que estimulan la iniciativa y la participación activa del estudiante, como son el «Aprendizaje Basado en Problemas («Problem-Based Learning») (8-12) y la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada («Objective Structural Clinical Evaluation») (13, 14).

La rigidez burocrática supone dificultades sin fin para la gestión económica impidiendo soluciones adaptadas a las necesidades variables de la demanda. Las exigencias de un sistema administrativo obsoleto condicionan las oportunidades docentes, en lugar de ocurrir a la inversa.

La ausencia de mecanismos externos de control permite la falta de transparencia en el funcionamiento y con ello una grande y desconocida variabilidad en los contenidos y la calidad de las enseñanzas. Permite también la existencia de objetivos docentes excesivamente generales cuya holgura los hace inútiles para la evaluación de la calidad docente. Una encuesta reciente pone de manifiesto que la información dirigida a los estudiantes sobre los objetivos de la enseñanza de la Psicología Médica y la Psiquiatría es considerablemente ambigua, lo cual se puede corroborar también haciendo un repaso de los contenidos de las páginas colgadas en la red por los correspondientes Departamentos.

En cuanto a la endogamia, otra forma de enquistamiento de la Universidad, se puede decir que casi la totalidad de los profesores numerarios de Psiquiatría se formaron en las mismas Facultades de Medicina en donde ahora ejercen la docencia, cosa que es imposible que ocurra en muchos de los países de nuestro entorno, en los que existen leyes que taxativamente prohiben el ascenso en el escalafón dentro de una misma Universidad. La endogamia genera estereotipias, ritos familiares y actitudes defensivas frente al exterior reñidas con el espíritu de apertura y flexibilidad que debería regir en la Universidad. Así se puede

constatar que los contenidos de los programas de Psiquiatría, y sobretodo de Psicología Médica, no se modifican de acuerdo con el progreso real de estas disciplinas sino con la mentalidad de la escuela particular de cada centro. Los programas de «Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad» (así es como se denomina ahora la Psicología Médica) continuan sobrecargados de temas relacionados con epistemología, metodología e historia que poco o nada interesan al estudiante y nada le aportan para el manejo de los trastornos que verá cuando ejerza como médico y que terminan colmándole de confusión y desinterés. Cuestiones pragmáticas tan importantes en la práctica médica como son el manejo del duelo o de los problemas asociados a la cronicidad, al dolor y a la muerte, o como preparar psicológicamente a un enfermo para una intervención quirúrgica mayor o cómo proporcionar una información dolorosa, no constituyen en la práctica, según mi opinión, el centro de las enseñanzas de esta asignatura.

Finalmente, la falta de reactividad hacia las necesidades de la población se pone de manifiesto en una escasa correspondencia entre estas necesidades y los recursos y medios empleados para la enseñanza de la Psiquiatría. Sabido es que al menos el 15% de la población general y más del 25% de los pacientes atendidos en Atención Primaria padece trastornos psiquiátricos, pero sin embargo la Psiquiatría representa, en recursos de tiempo de dedicación y profesorado, menos del 5% del total de los recursos docentes dedicados la docencia de la Medicina. Por otra parte además tampoco existe una correspondencia entre lo que se enseña y el perfil de morbilidad psiquiátrica en la población general y en Atención Primaria. Por ejemplo, las prácticas se realizan en centros psiquiátricos, y no en centros de Atención Primaria, en los que la patología prevalente son los trastornos psicóticos y no los trastornos de ansiedad y los afectivos que son los que mas frecuentemente tendrá que manejar el estudiante cuando en el futuro ejercerza como médico generalista.

3. LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LAS FACULTADES DE MEDICINA

Durante la etapa franquista la unidad básica organizativa, de conocimiento y de responsabilidad docente, era la Cátedra, al frente de la cual figuraba un catedrático que ejercía con poder incontestable. Cada Cátedra correspondía a un área de conocimiento, que en el caso de la Psiquiatría incluía también, a partir de los sesenta, a la Psicología Mé-

dica. Además de la enseñanza de pregrado las Cátedras englobaban la docencia del tercer ciclo y de posgrado y disponían de un servicio clínico propio, de gran prestigio social, que actuaba como unidad de referencia no solo para la docencia sino también asistencialmente con fines benéficos. Estas «Escuelas Profesionales» estaban dotadas de profesores auxiliares y ayudantes que colaboraban en la enseñanza bajo la dirección del Catedrático y una plétora de colaboradores voluntarios que aspiraban a obtener el título de especialista o a medrar en el escalafón. En este clima la docencia, especialmente la de pregrado, era socialmente muy valorada. Sin embargo, junto con un afán genuino por saber y enseñar, el autoritarismo, el nepotismo, el paternalismo y la pomposidad propios del clima social de las élites de la época impregnaban su funcionamiento.

A los pocos años de la muerte del dictador se inició una estrategia destinada a desmontar estos emporios de poder. Dos leyes cambiaron el panorama radicalmente. Por el Real Decreto 2015 (RD de 15.7.78, BOE 29.8.78) se modificó el sistema de formación de los especialistas. Desde entonces los futuros médicos desarrollan su aprendizaje no solo en los hospitales universitarios, sino también en otros acreditados para la docencia y son contratados como el resto del personal sanitario, independizándose así económica y orgánicamente de las Cátedras.

La LRU introdujo también importantes cambios. Las Cátedras desaparecieron como tales unidades organizativas dando paso a los Departamentos, órganos generalmente de mayor tamaño que las Cátedras (se exigían 12 profesores numerarios como mínimo para formar un Departamento) y de funcionamiento democrático, regidos por los Consejos de Departamento, con representación de los profesores, de los administrativos y de los estudiantes.

Con todo ello y con la gradual proletarización del profesorado (más de la mitad de los profesores numerarios tienen dedicación exclusiva) la imagen social del profesorado de Medicina se ido desmitificado.

La Ley pretendía no solo democratizar sino también fomentar la multidisciplinariedad forzando la confluencia de áreas diversas de conocimiento en una sola estructura departamental. Sin embargo cuando los catedráticos de Psiquiatría se vieron forzados a asociarse para formar Departamentos en lugar de hacerlo con sus colegas de las Facultades Psicología o de Trabajo Social, lo hicieron, por razones de conveniencia o en evitación de posibles conflictos, con otros de su misma Facultad. Como consecuencia de ello en la mayor parte de las Facultades de Medicina la Psiquiatría forma Departamento con otras especialidades médicas, algunas tan poco afines como la Medicina Física, la Radiología o la Historia de la Medicina. El resultado ha sido doblemen-

te lamentable: se ha perdido la oportunidad histórica de formar departamentos multidisciplinarios con materias diferentes pero relacionadas entre si y a la vez se ha contribuido a acrecentar la «medicalización» de la Psiquiatría.

4. EL PLAN DE ESTUDIOS Y LOS OBJETIVOS DOCENTES

Las características básicas de la enseñanza de la medicina (número de créditos de cada asignatura y el contenido básico de los programas), incluída la Psiquiatría, las establece el Real Decreto de Directrices Generales Propias (RD 1417/ de 26/10/90, BOE de 20 de Octubre) regulado posteriormente por cada uno de los gobiernos de las Autonomías.

El Plan de Estudios actual de la Licenciatura de Medicina abarca 500 créditos (5.000 horas) divididos en dos ciclos, el primero dedicado a estudios básicos y el segundo dedicado a la clínica. El estudiante está obligado ha cursar 450 créditos de materias troncales, que incluyen las dos del Área de Psiquiatría («Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad» y «Psiquiatría») y 50 créditos de otras asignaturas optativas o de libre configuración, entre las que se encuentran algunas relacionadas con la salud mental, como Toxicomanías, Medicina Psicosomática, Sexología, Psicogeriatría, etc.

Según el RD la asignatura «Bases Psicológicas» se imparte en el tercer curso y abarca 7 créditos, cuatro de clases teóricas y tres de prácticas, con el siguiente temario:

1. Estructura y desarrollo de la personalidad.
2. Funciones psíquicas.
3. Relación médico-enfermo.
4. Aspectos psicológicos de la práctica médica.
5. Psicopatología General.
6. Psicopatología Social, Laboral y de Grupo.
7. Medicina Psicosomática y Principios de Psicoterapia

Otros Departamentos pueden colaborar en la dispensación de este temario, como son Psicobiología, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico y Psicología Social. Sin embargo en la práctica el programa lo imparten solamente los psiquiatras del Área de Psiquiatría. Es lamentable que también aquí se ponga de manifiesto esta resistencia a colaborar con otras disciplinas.

A la asignatura «Psiquiatría» que se imparte en quinto y sexto curso, le corresponden 9 créditos (4 teóricos y 5 prácticos) y el siguiente temario:

1. Fundamentos de los transtornos psíquicos
2. Clínica y diagnóstico de los síndromes psiquiátricos fundamentales.
3. Terapéutica psiquiátrica general.
4. Psiquiatría de Enlace.
5. Psiquiatría Social y Comunitaria

Como en el caso de «Bases Psicológicas» otros Departamentos pueden participar en la dispensación de esta asignatura, pero de hecho no lo hacen.

El Plan de Estudios oficial se centra casi exclusivamente en los conocimientos y destrezas necesarios para la clínica, ignorando otras dimensiones importantes en el ejercicio de la Psiquiatría, tales como los aspectos éticos y de derechos humanos relacionadas la salud mental, la salud mental de las poblaciones, incluyendo las minorías y la estructura, organización y funcionamiento de los sistemas de salud mental. Algunos de estos temas son tratados someramente en la práctica pero no reciben una atención sistemática ni específica en los programas, ni tampoco son considerados entre los objetivos específicos de la Licenciatura. Recientemente el Instituto Internacionale de Educación Médica (IIMLE, International Institute of Medical Education) (15) ha llamado la atención sobre la necesidad de incluir estos temas en los planes de estudios.

Por otra parte el Plan de Estudios regulado por el RD incluye los apartados mas importantes de la especialidad, pero deja a la iniciativa de los centros la orientación doctrinal y la priorización de los temas, lo que permite la existencia de importantes diferencias entre ellos. Estas diferencias están en relación con el ideario de los profesores y son mas acusadas en el caso de «Bases Psicológicas». En algunos programas las cuestiones teóricas cobran especial importancia, mientras que otros prestan mas atención a temas prácticos; unos se basan en una comprensión dinámica y otros en la fenomenología; unos dedican una proporción importante del temario a las psicosis, mientras que otros se centran en los trastornos neuróticos y adaptativos. Una encuesta reciente sobre el contenido de los programas de «Psiquiatría» indica que el 60% de los temas se dedican a la clínica y diagnóstico de los síndromes psiquiátricos fundamentales, mientras que la psiquiatría de enlace y la psiquiatría comunitaria no abarcan más de un 15%, y en algunos ni siquiera se mencionan (16). En cambio temas emergentes en nuestra sociedad ac-

tual específicos de nuestro entorno y estrechamente relacionados con la salud mental como por ejemplo la inmigración, los problemas de género, la familia como sistema de apoyo sanitario, las catástrofes o el terrorismo, son ignorados.

5. LOS RECURSOS Y LAS TÉCNICAS DOCENTES

El profesorado y los alumnos

En el curso 2001-02, según la información obtenida por nosotros por medio de una encuesta, ejercíeron la docencia de Psiquiatría y Psicología Médica 131 profesores numerarios o 125 EJC (Equivalentes de Jornada Completa), la mitad con plazas vinculadas a la asistencia, y 94 profesores contratados (42 EJC), para 8.000 estudiantes matriculados, lo que arroja una proporción aproximada de 2 profesores EJC por cada 100 alumnos. Para la realización de prácticas clínicas en la mayoría de los centros de enseñanza se completa el profesorado con contratos de psiquiatras que trabajan en los servicios de Salud Mental. En total hay contratados 136 con una dedicación de 3 horas semanales en 17 centros de enseñanza. Si añadimos este contingente la ratio final quedaría en 1/38, muy por debajo de la media en las Ciencias Experimentales y completamente insuficiente para impartir una docencia de calidad.

En mi opinión ni los profesores ni los estudiantes están genuinamente interesados en la docencia. Los profesores numerarios probablemente tienen su máximo interés centrado en la investigación y en la clínica. El éxito que confieren estas actividades es socialmente mas visible que el que se genera en el ámbito de las aulas. Además, el ejercicio de la docencia, tal como es posible en nuestro país, no es una actividad gratificante. Por otra parte la práctica privada de la medicina aunque es cada vez menos frecuente, todavía constituye la parte mas importante de la dedicación de muchos profesores.

Por su parte los estudiantes tienen su punto de mira puesto en el MIR. Pasar el examen con una buena puntuación es la meta. Y para ello no es necesario tener destrezas clínicas ni actitudes adecuadas, solamente conocimientos que puedan ser evaluados en un test de respuestas múltiples. En consecuencia e formato del examen MIR está configurando cada vez más la metodología docente. El problema que acucia al estudiante no es formarse para ser un buen médico, sino estudiar para conseguir un trabajo al terminar la carrera. Lamentablemente en nuestro país las dos cosas no van parejas.

Por todo ello la posibilidad de establecer una verdadera alianza de trabajo entre ambas instancias, profesorado y alumnado, orientada hacia una formación de calidad, es a menudo imposible; la relación que se establece por el contrario es de complementariedad al servicio de otros intereses.

La docencia de la teoría

Los conocimientos teóricos se enseñan por medio de lecciones magistrales tanto en «Bases Psicológicas» como en «Psiquiatría». Según una encuesta reciente el 59% de los estudiantes de Medicina en España entran en clase «solamente en algun ocasión» (17) y este porcentaje disminuye a medida que el curso progresa y se acerca el periodo de exámenes cuando la media de estudiantes en el aula puede no sobrepasar el 10% de los matriculados. El material de estudio casi exclusivo lo constituyen los apuntes redactados y difundidos por una «comisión de apuntes», en lugar del estudio guiado y basado en textos seleccionados.

Las prácticas

La enseñanza práctica de «Base Psicológicas» se lleva a cabo por medio de 'seminarios' concepto ambiguo que puede referirse a cualquier actividad docente desarrollada en un aula en grupos de 15 a 30 estudiantes focalizada en algún tema práctico y empleando medios audiovisuales. En contadas excepciones los estudiantes realizan entrevistas reales con pacientes. Pese a que el nivel de participación es algo mayor que en la clase magistral sigue siendo este un procedimiento de aprendizaje pasivo de escasa utilidad.

Durante el primer ciclo de la Licenciatura, en el que se incluye «Bases Psicológicas» los alumnos no tienen ocasión de ver enfermos. En relación con esto los estudiantes de Medicina opinan que «es realmente incomprensible que siendo la carrera de Medicina eminentemente práctica durante la mitad de la misma no tengamos el más mínimo contacto con los hospitales» (18).

Las prácticas de «Psiquiatría» han pasado de jugar un papel insignificante hace unas décadas a ser consideradas una parte fundamental de la enseñanza. El RD establece que más de mitad de los créditos se dediquen a la formación práctica. Según otro decreto (RD 1558 de 28/6/86; BOE 31.7.1986) las Universidades pueden establecer conciertos con las instituciones sanitarias para la formación práctica de los estudiantes bajo la supervisión de médicos contratados con esta finalidad.

En el segundo ciclo, para las práctica de «Psiquiatría», los estudiantes son asignados durante uno o dos meses a un servicio clínico de salud mental y allí aprenden las destrezas básicas de entrevista y manejo de los pacientes psiquiátricos. En la mayoría de los centros el aprendizaje se realiza por observación del comportamiento de los psiquiatras durante la consulta pero en algunos casos los estudiantes solamente tienen la oportunidad de observar entrevistas grabadas en video; en otros los mas afortunados tienen ocasión de entrevistar pacientes. La enseñanza práctica recae en médicos contratados para esta finalidad («Profesores Asociados de las Ciencias de la Salud») en número y dedicación insuficiente, con un sueldo nominal y con una formación variable. Otro problema relacionado con este sistema es que los estudiantes tienen que repartir su presencia entre los centros asistenciales y las aulas de la Facultad, a veces a muchos quilómetros de distancia entre si, lo cual frecuentemente conlleva importantes pérdidas de tiempo en desplazamientos. Pero lo destacable es que este tiempo no se contabiliza oficialmente, no se tiene en cuenta cuando se programan los horarios, de manera que muchos estudiantes se ven obligados a reducir su tiempo de estancia en el centro asistencial hasta en un 20% o bien optar por perderse las lecciones teóricas y los seminarios.

La realidad es que pese a todos los esfuerzos realizados las prácticas continuan siendo la parte mas deficiente de la educación médica. El 68% de los estudiantes se siente «un estorbo» en los hospitales, el 72% opina que la nota de prácticas no influye lo suficiente en la calificación final de la asignatura y el 92% desearía que se incrementara el tiempo de dedicación práctica a costa de la teoría (17)

Parte de la dificultad en ofrecer una formación adecuada reside en la estructura misma del sistema sanitario español. Se trata de un sistema basado en el médico con escaso desarrollo de otras profesiones fundamentales como enfermería (en España la ratio médico/enfermero es de 1.08 y en Europa 2.7) (19), trabajo social y administrativos, particularmente en los centros de AP y Especialidades, que se desenvuelve en un espacio casi siempre insuficiente y sin tiempo para la reflexión. Abundan los ambulatorios con una infraestructura esquelética y fragmentada en la que cualquier actividad que no sea «despachar la faena» no tiene cabida. Además ni la Administración toma en consideración «de verdad» la necesidad de que los médicos dediquen un tiempo protegido y bien remunerado a la docencia, ni la mayor parte de los médicos tiene asumido que la docencia es una parte obligatoria de su trabajo. En estas circunstancias se comprende que los estudiantes no logren integrarse en la estructura de los centros asistenciales y se sientan como un estorbo.

Otra razón que explica la baja calidad de las prácticas es desde luego la insuficiencia de recursos humanos. Los recursos actuales son suficientes para dispensar una enseñanza basada en la clase magistral y en seminarios de prácticas, es decir, una enseñanza en la que el estudiante adopta básicamente una actitud pasiva de escucha y de observación y en la que se priman los aspectos cognitivos sobre las habiactitudes y conductas. Pero si aspirásemos a emplear técnicas pedagógicas eficaces modernas orientadas a la adquisición de «competencias», las cuales requieren necesariamente la participación activa del estudiante (como por ejemplo el «Aprendizaje Basado en Problemas»), sería necesario incrementarlos considerablemente.

Es sabido que la eficacia del aprendizaje a largo plazo depende en parte de la similitud entre el contexto donde se ha realizado el aprendizaje y el contexto en el que se ha de ejercer lo aprendido. Una buena parte de la enseñanza teórica y práctica se realiza en las aulas. El aula es sin embargo un escenario artificial. Lo que se aprende en un aula dificilmente se podrá actualizar en el contexto de la práctica clínica real en el futuro. A largo plazo solamente perdurará lo aprendido en un escenario clínico con pacientes reales y bajo supervisión. Otro aspecto del mismo tema es la necesidad de aprender de forma integrada. Es dificil integrar los conocimientos y destrezas que han sido aprendidos por separado. Sin embargo así se enseña en la Facultades de Medicina. La enseñanza integrada exige además de recursos un grado elevado de motivación y de capacidad de coordinación del profesorado, hoy por hoy inalcanzable.

En definitiva una enseñanza moderna debería orientarse hacia la adquisición de Competencias Clínicas, entendiendo como tal «el conjunto de aptitudes que nos permiten resolver problemas clínicos de complejidad creciente en escenarios diversos, de manera autónoma y flexible que propicia su transferencia a situaciones nuevas; asi como la construcción de una postura profesional en la clínica que integre a los conocimientosy habilidades, los elementos éticos y el pensamiento crítico requeridos para afrontar y mejorar la atención médica» (20).

Tal vez el aspecto mas descuidado de la formación práctica en todo el mundo, no solamente en España, sea la adquisición de actitudes necesarias para el ejercicio profesional competente, tales como la integridad, la capacidad de comprensión, la motivación para ayudar, la empatía y la resistencia al estrés. Esto representa un formidable problema porque está en el centro mismo de una buena enseñanza y sin embargo ignoramos cual puede ser la metodología más adecuada para enseñarlas y para evaluarlas.

En algunos países se ha optado por seleccionar a los estudiantes que solicitan matricularse en el primer curso de la Licenciatura en base a estas u otras características similares, además de las calificaciones obtenidas durante la enseñanza secundaria. La propuesta de seleccionar a los estudiantes de esta manera en nuestro pasís es impensable. Sin embargo está probado que la selección inicial en base a una entrevista estructurada, además de las calificaciones previas, puede ser eficaz en reducir la tasa de abandonos durante la carrera y en mejorar la predicción sobre el rendimiento futuro en un 24% (21). El mayor problema de este sistema para seleccionar a los candidatos es que no es exacto, y por lo tanto podría dar lugar a injusticias, ni es transparente y por ello susceptible de perversión.

Las evaluaciones

La evaluación de los estudiantes se lleva a cabo en la práctica totalidad de los centros de enseñanza por medio de exámenes escritos de preguntas cortas o preguntas de respuesta múltiple, complementados con varios casos clínicos. En algunos centros además se llevan a cabo exámenes orales para los estudiantes que lo solicitan.

El exámen tal como se realiza en nuestro medio es solamente adecuado, en el mejor de los casos, para la evaluación de los conocimientos teóricos. Las actitudes y las destrezas requieren un sistema de evaluación continuada basada en la observación, lo que exige abundantes recursos humanos. En países mas desarrollados se emplea con frecuencia la «Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada» que tiene por objeto evaluar la competencia, es decir, la capacidad real de resolución de problemas clínicos. En el Reino Unido esta es la forma de evaluación empleada en mas de la mitad de las Facultades en la actualidad (22).

La evaluación puede cumplir también una función relacionada con el proceso de aprendizaje, informando al estudiante sobre su rendimiento para que pueda mejorarlo. Utilizada a menudo en el medio escolar, es prácticamente ignorada en los estudios superiores, pese a que se trata de un sistema muy eficaz para conducir el proceso de enseñanza, tanto para el estudiante como para el profesor.

6. LA EVALUACIÓN DE LA ENSEÑANZA

La evaluación del sistema de enseñanza es obviamente otra vertiente fundamental del sistema educativo. En algunas Facultades los estudiantes evalúan a los profesores una vez al año con protocolos estandardizados. Las calificaciones obtenidas sin embargo no se hacen públicas, solamente son comunicadas a los interesados y aunque teóricamente pueden influir en el complemento de productividad docente, en la práctica rara vez sucede. Los estudiantes por su parte, conscientes de estos extremos, se muestran desinteresados, no participan o lo hacen en porcentajes muy bajos, con lo cual los resultados son poco o nada representativos. Por ello la evaluación llevada a cabo de esta forma carece de poder incentivador, es decir, carece de utilidad.

En cualquier caso la satisfacción de los usuarios no es mas que un aspecto, ni siquiera el mas importante, de la evaluación de la calidad. Un sistema de evaluación serio requiere la existencia de un listado de indicadores de calidad, unos estándares, un procedimientio operativo transparente y un organismo evaluador independiente.

Hasta ahora no ha existido ningún control real externo de la calidad de la enseñanza en las Facultades de Medicina. Una de las innovaciones de la LOU es la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, organismo independiente que se encargará de evaluar la actividad docente, investigadora y de gestión de las Universidades. Hay que la bienvenida a esta iniciativa de la Administración. De todas formas la eficacia de un organismo evaluador, cuyo objetivo final no debería ser sancionador sino la mejora de la calidad, probablemente depende en gran medida de la existencia de una verdadera colaboración entre evaluadores y evaluables y para ello es imprescindible la credibilidad del organismo en términos de imparcialidad política y objetividad técnica. Habrá que esperar para ver si se cumplen estas condiciones.

7. PROPUESTAS PARA EL FUTURO

El primer problema que habría que resolver es la escasez de recursos, especialmente recursos humanos. Desde luego que los recursos no son todo, pero hay una dotación mínima necesaria para impartir una docencia de calidad. Según el informe de la CRUE (23) España gasta 0.8 del PIB en educación superior, mientras que la UE el gasta el doble y EEUU el triple aproximadamente. No parece probable que una Administración que pone como prioridad el déficit cero incremente los recursos para los servicios públicos.

En segundo lugar sería necesario que la enseñanza de la Medicina se configurase tomando como objetivo las necesidades reales de la población en materia de salud. En mi opinión este asunto no mejorará con organismos como el Consejo Social propuesto por la LOU, ni siquiera en el caso de que su composición fuese representativa de la comunidad y su funcionamiento democrático. Falta en nuestro país la madurez democrática necesaria para que los usuarios de los servicios públicos tengan plena conciencia de sus derechos y los exijan.

En tercer lugar, no es posible enseñar una medicina mucho mejor que la que se practica en las instituciones sanitarias. La enseñanza de la Medicina requiere necesariamente la colaboración de las instituciones sanitarias y su calidad dependerá siempre de la calidad de estas.

Pero tal vez la mayor dificultad para mejorar la calidad de la enseñanza resida en que lo importante para obtener un buen puesto de trabajo como médico en nuestra sociedad o para tener éxito en el ejercicio privado no es tener un buen nivel de capacitación profesional. Según mi punto de vista, por mucho que mejoren los recursos y métodos de enseñanza, mientras los estudiantes tengan puesta su expectativa fundamental en asegurarse el futuro laboral - cosa por lo demás absolutamente razonable - y mientras los procedimientos por los que esto se consigue no cambien, no habrá mejoría efectiva de la calidad docente. No obstante la evolución de la ratio de nuevos licenciados/oferta de plazas MIR que constituía un factor de presión considerable en los ochenta (había entonces una plaza MIR por cada 5 nuevos licenciados) ha desaparecido en las últimas convocatorias ya que el número de plazas MIR supera al de solicitantes (19).

Seguidamenbte expondremos esquemáticamente nuestro punto de vista particular, seguramente muy discutible, sobre el que, quien, cuando, dónde y cómo de la docencia de la Psiquiatría.

1. ¿*Qué*? El siguiente Plan de Estudios Troncal («Core Curriculum») procede de una encuesta realizada en el Reino Unido (23).

2. *Los conocimientos* básicos sobre la prevalencia, clínica, etiología y manejo de los trastornos de base orgánica, afectivos, de ansiedad, los emocionales y de conducta de los niños, la esquizofrenia, los asociados al abuso de sustancias, los adaptativos y el duelo, los de la alimentación, los trasotrnos de la personalidad, los problemas psicológicos que complican las enfermedades somáticas y las disfunciones sexuales. En cuanto a terapéutica, los psicofármacos y los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual, psicodinámica y de apoyo.

3. *Las destrezas* para comunicarse con los pacientes de todas las edades y sus familiares, hacer una anamnésis y explorar el estado mental, hacer un diagnóstico diferencial, valorar las relaciones familiares y su influencia en el paciente, llevar a cabo exploraciones físicas y psicológicas sencillas en pacientes psiquiátricos y valorar el riesgo de hacerse daño o dañar a otros.

4. *Las actitudes* de comprensión empática de los problemas de los pacientes, un compromiso para maximizar su integración social y una sensibilidad específica relacionada con las dificultades generadas por la estigmatización.

5. Finalmente mencionaría específicamente, siguiendo las recomendaciones del IIME (15), los aspectos éticos y de derechos humanos relacionadas la salud mental, la salud mental de las poblaciones incluyendo las minorías, y la estructura, organización y funcionamiento de los sistemas de salud mental.

6. *¿Quién?* La enseñanza de la Psiquiatría debería estar a cargo de psiquiatras, pero con la participación activa de médicos generalistas, de psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, con el fin de transmitir con la máxima fidelidad la naturaleza multidisciplinar de los trastornos mentales.

7. ¿*Cuándo*? La enseñanza de «Bases Psicológicas» debería repartirse uniformemente a lo largo de toda la carrera, con el objeto de que el estudiante permanezca en contacto con la psicología, no como una especialidad, sino como una parte integrante del funcionamiento normal y patológico. La Psiquiatría quedaría reservada al segundo ciclo, como en la actualidad

8. ¿*Dónde*? Menos en las aulas y más en los centros asistenciales. Las «Bases Psicológicas» en los Centros de Atención Primaria y la «Psiquiatría» en los dispositivos de tratamiento y rehabilitación psiquiátrica intramurales y extramurales del área.

9. ¿*Cómo*? Con técnicas docentes que estimulen la iniciativa y la participación activa del estudiante, con predominio de la práctica sobre la teoría y de forma integrada con otras especialidades médicas.

En cualquier caso, como se comprenderá por todo lo expuesto anteriormente, sería ingenuo pensar que este planteamiento, o cualquier otro, tendría mas o menos probabilidades de llevarse a cabo en virtud de sus bondades intrínsecas. La enseñanza de la Psiquiatría está entretejida en la enseñanza de la Medicina, y ésta en el ámbito de la Universidad y ésta a su vez forma parte de nuestro entramado social y político mas amplio. Como señala Ginés i Partagás, citado por Diéguez (24) «Si hay ramas del saber humano cuyo desarrollo corra parejo con el desenvolvimiento moral y político de los pueblos, en ninguna se manifiesta tan palpable este hecho de relación como en la parte de la Medicina que se ocupa de las enfermedades mentales». Por ello cualquier iniciativa que vaya por delante del «desenvolvimiento de los pueblos» tiene pocas probabilidades de éxito: solamente aquellas que sean oportunas lo lograran.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Angosto T.(1985) Entrevista a José Pérez-López Villamil. *Revista de la AEN*, 15
2. Espino A La formación del psiquiatra en España. Apunte a modo de introducción. *En Origenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*. Compilador Victor Aparicio. Ed. ELA. Libro
3. Comelles, J. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea* PPU. Colección Sociedad y Estado, 1988
4. Carles Egea F. Muñoz González I, Llor Moreno C El psicoanálisis en España en el siglo actual. En: Angosto Saura T, Rodriguez López A, Simón Lorda D, compiladores. *Setenta y cinco años de historia de la Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Galega de Saúde Mental; 2001. p. 99
5. Sanpedro, J. Medicina Basada en el Anuncio *El País*, 2003, 7 Enero; Sec. Sociedad (col. 1-3)
6. Prieto, JF. Olea MJ. *Nociones de Psico-sociología médica*. Salamanca, Hespérides 1995, citado por Tabarés R en Proyecto Docente Universidad de Valencia 1997
7. Tabarés, R. *Proyecto Docente* . Valencia Universitat de Valencia; 1997. p. 234
8. Anne Worrall-Davies. Successful small group teaching. Advances in Psychiatric Treatment (1999); 5: 376-381.
9. Figueroa-Hernández JL Rojas-Mejía Y, Mendoza-Patiño N, Lorenzana M Aprendizaje Basado en Problemas Formato de ar-

chivo: PDF/Adobe Acrobat. On line: www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no45-5/RFM45509.pdf
10. Guthrie E, O'Neill P Self-directed, problem-based learning for undergraduate psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 1999, 5 pp: 382-389.
11. Nathan R, Gibbs TJ, Wilson KCM Problem-based psychiatry in a new undergraduate medical curriculum. *Psychiatric Bulletin* 1999, 23 pp:436-439
12. Elspeth Guthrie and Paul O'Neill. Self-directed, problem-based learning for undergraduate psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* (1999); 5: 382-389.
13. Ramírez Escudero Pablo Brito Paulina Vukusich Tomislav OSCE on line: http://www.medmayor.cl/osce/
14. Serdio Romero E Evaluación Clínica Estructurada. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat On line: http://www.samfyc.es/nueva/revista/PDF/v3n2/10.pdf.
15. Schwarz-MR; Wojtczak-A Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education *Med Teach*. 2002; 24 (2) : 125-129.
16. Carrasco JL Docencia de Psiquiatría en la Licenciatura de Medicina. Comunicación personal
17. Albadalejo, P - Estudiantes de Medicina reclaman mas prácticas en los hospitales. *El País*, 2001 29 Octubre; Sec. Apuntes (col. 1-3)
18. Flaquer A. Punto de vista del estudiante de Medicina sobre la formación de pregrado. *Educación Médica*, 2001; 4: 39
19. B. González López-Valcárcel Formación y empleo de profesionales sanitarios en España.Un análisis de desequilibrios Informe Técnico encargado por la AES Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat. On line:
http://www.aes.es/Publicaciones/AES_Informe_tecnico_4.pdf.
20. Jesús Vázquez Esquivel, Educación basada en competencias clínicas. Educación Médica, 4, 100, 2001
21. Hughes P. JR. Can we improve on how we select medical students? *Soc. Med*. 95:18-22, 2002
22. Howard Ring, David Mumford and Cornelius Katona. Psychiatry in the new undergraduate curriculum. Advances in Psychiatric Treatment (1999); 5: 415-419.
23. Diéguez A Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat On line: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/72_historia2.pdf

24. Hernández Armenteros J Información Académica, Productiva y Financiera de las Universidades Públicas Españolas. Indicadores Universitarios (Curso Académico 2000-2001) Madrid: CRUE; 2000.

I

CAPÍTULO 2
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA Y FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LA SITUACIÓN ACTUAL.

AMPARO BELLOCH FUSTER

1. INTRODUCCIÓN

Los antecedentes

Hablar de la formación universitaria actual en psicología clínica, requiere a mi entender hacer un breve recuerdo histórico de la licenciatura en Psicología en España. Breve por dos razones: porque no es el objetivo de esta ponencia, y porque además es en sí mismo escaso, pues no hace más de 25 años que comenzaron a implantarse tímidamente estos estudios en la red universitaria del Estado Español. Sin embargo, resulta notable el hecho de que la timidez fuera siendo ràidamente sustituída por un cierto desparpajo que hizo florecer multitud de Facultades de Psicología, hasta alcanzar un número que en la actualidad ronda la treintena.

Este crecimiento exponencial de la psicología española universitaria ha servido cuanto menos para poner en evidencia las voces que en nuestro país negaban, en ocasiones abiertamente y en otras de forma más soterrada, la posibilidad y la necesidad de una psicología científica. Voces que surgieron desde diversos foros «científicos», muchas veces ligados a las posiciones (pseudo)-neuro-psiquiátricas más rancias, y que tanto peso tuvieron en la postguerra inmediata y continuaron durante toda la dictadura: no podemos obviar el hecho de que la guerra civil y la larguísima post-guerra que sobrevino supusieron una interrupción casi total del desarrollo de la psicología en España y también de las orientaciones psiquiátricas más relevantes, tanto desde el punto de vista científico como del social-comunitario. No es ocioso recordar que, por ejemplo, la guerra española impidió la celebración del primer congreso de psicología que iba a tener lugar en España, impulsado desde Barcelona por Mira i López, uno de los primeros catedráticos de psiquiatría, que tuvo que enfrentarse al exilio en 1939, y desde Madrid por José Germain.

La planificación de este congreso no hubiera sido posible, empero, de no existir otros pioneros de la psicología española, situados a su vez entre los mismos impulsores de la naciente psicología como nueva disciplina científica que empezó a surgir en Europa a finales del XIX y principios del XX: en Madrid, Giner de los Ríos, que había asistido al laboratorio de Wund en Leipzig, y Simarro, que se había formado con Charcot en La Salpetrière, y que fundó a su regreso el primer laborato-

rio de psicología experimental en Madrid ocupando después la cátedra del mismo nombre en 1902, ubicada en la Facultad de Ciencias de la Complutense madrileña. En esta cátedra iban a estudiar entre otros muchos Cajal, Rodríguez Lafora y Achúcarro, auténticos impulsores de la neurología y la psiquiatría españolas. En Barcelona, un amplio grupo de seguidores de las obras de Claparède y Piaget, impulsa la creación del Secretariado de Aprendizaje, cuyos intereses primordiales estaban centrados en la aplicación de los conocimientos psicológicos al ámbito educativo, y que se convertirá después en el Instituto de Orientación Profesional. En los años veinte, al amparo de diversos impulsos legislativos que pretendían renovar y mejorar la calidad de la educación que recibían entonces los niños españoles, se crea en Madrid otro Instituto de similares características y denominación.

Pero la psicología, como tal, no existía de forma autónoma, ni se ofrecía una formación específica en la universidad española: médicos, educadores, pedagogos y hasta ingenieros, se ocupaban de ello, de una manera más bien autodidacta, como muy bien han recordado Siguán (1978) y Carpintero (1989). Y sus principales intereses estaban no en la investigación psicológica básica, sino en las posibles aplicaciones de la misma: instrumentación psicológica, orientación vocacional, renovación pedagógica, etc. En cualquier caso, como ya se ha dicho, la guerra civil supuso la paralización total de estos primeros intentos, impidiendo su desarrollo natural y su ampliación hacia otros ámbitos de aplicación, en especial los relacionados con la psicología clínica.

Durante todo el periodo franquista hubo, pese a todo, quienes continuaron persistiendo en el empeño de crear estudios diferenciados de Psicología en la Universidad española: al amparo de José Germain, Miguel Sigúan en Barcelona, y en Madrid Mariano Yela y Jose L. Pinillos entre otros retomaron la tarea y no sin resistencias consiguieron crear en 1953 una escuela de psicología aplicada en la complutense de Madrid, concebida como un centro para la especialización post-graduada en psicología. En esa escuela, en la que participaron de manera activa las doctoras Romano, Monaterio y Pertejo, estaba presente la formación clínica, aunque no como un área prioritaria de trabajo, ligada sobre todo a la aplicación y el desarrollo de instrumentos psicométricos, además de las pruebas de tipo proyectivo (Rorschach, especialmente, y con una orientación predominantemente psicodinámica.

Habría que esperar a 1964 para que la clínica tuviera una presencia mayor con la creación en Barcelona de una escuela similar a la de Madrid, con dos secciones claramente diferenciadas: una con contenidos pedagógicos y de psicología del trabajo, y la otra de clínica, ubicada en la facultad de medicina.

Cuatro años después, en Barcelona y Madrid se crea el embrión de las futuras licenciaturas en psicología: la licenciatura en Filosofía incluye la posibilidad de especializarse en psicología, pedagogía, o filosofía «pura». En esta nueva licenciatura los dos primeros años eran comunes y los tres restantes estaba orientados a una de las tres posibles secciones mencionadas (que no especialidades). Esta misma filosofía se aplica en 1970 en Valencia, y después en la práctica totalidad de los estudios de Filosofía en el resto del Estado.

Finalmente, en 1978 los estudios de psicología se desligan totalmente de la licenciatura común en filosofía, y se crean las primeras facultades independientes. Un año después se crea además el Colegio Oficial de Psicólogos. Y a partir de aquí las licenciaturas en psicología se extienden por todo el Estado, hasta alcanzar la treintena actual.

2. LOS PRIMEROS PLANES DE ESTUDIO

La creación de las primeras facultades «independientes» de psicología no siempre se acompañó de planes de estudio exclusivamente «psicológicos». De hecho, seguía habiendo una importante carga de asignaturas heredadas de la filosofía (antropología filosófica, historia de la filosofía, sociología, historia de la ciencia, lógica matemática, son algunos ejemplos) que en la mayoría de los casos se mantenían en los planes de estudio de psicología no por razones científicas, sino más bien por compromisos político-educativos, adquiridos tras largos años de convivencia con los «filósofos».

Aparte de esta carga lectiva filosófica, que podía variar en función de los compromisos mencionados, había un cierto acuerdo implícito entre las diversas facultades en torno a un núcleo de disciplinas, claramente vinculadas con la tradición más académica o básica de la psicología, que en ocasiones se ha querido oponer a la versión más aplicada o profesional: asignaturas como psicología general, historia de la psicología, psicología experimental, psico-fisiología, psicología matemática, psicología diferencial, psicodiagnóstico, o psicología social, estaban presentes en prácticamente todos los planes de estudio. Junto a ellas, pero con un peso menor, y no siempre presentes, estaban otras como la psicología de la personalidad, la psicopatología, la evolutiva, o la psicología del trabajo.

Este abanico limitado de disciplinas básicas, presentes en todas las facultades, se completaba después con otras muchas, diferentes según cada uno de los centros en los que se impartía la licenciatura, y cuya

presencia o ausencia respondía de nuevo no a planteamientos académico-científicos, sino más bien a intereses particulares y a la capacidad de influencia de los mismos, teniendo en cuenta la correlación de fuerzas que existiera en el seno de cada facultad. Así por ejemplo, la psicología dinámica estaba presente como disciplina obligatoria en algunos planes de estudio, mientras que en otros se hallaba totalmente ausente. Y algo similar pasaba con la Terapia/Modificación de Conducta: en ciertas facultades era prioritaria, y en otras era una optativa cuatrimestral o, simplemente, no existía (Ibáñez y Belloch, 1989).

Este estado de cosas, diverso y en muchas ocasiones incluso divergente, era el resultado de la historia inmediata anterior y el crecimiento desordenado de los estudios de psicología que se produjo como consecuencia y reacción. Desordenado porque se produjo sin tener en cuenta ni la demanda real de licenciados en nuestro país, ni los requerimientos mínimos para impartir una docencia universitaria de calidad, ni por supuesto, la necesaria dotación humana y material para la investigación. Y qué decir de las salidas profesionales: aunque desde el principio hubo quienes insistieron en considerar las necesidades de profesionalización de los futuros licenciados a la hora de diseñar los planes de estudio o las prácticas pre-profesionales, lo cierto es que fueron bien pocos los que abordaron tales necesidades.

El entusiasmo creador de más y más facultades, para las que se necesitaba naturalmente alumnos que justificaran su existencia (y profesores que les dieran clase), dio paso a una especie de ceguera nacional por parte del mundo universitario sobre todos estos problemas. Y el paso del tiempo no ha hecho más que agravarlos. Como prueba, una muestra: la diversidad de los planes de estudio que desde el principio imperó, sigue vigente hoy. Diversidad que no siempre ha sido señal de vitalidad ni de crecimiento, sino más bien de intereses creados, falta de racionalidad y, lo que es peor, ausencia de consenso sobre el significado mismo de la Licenciatura o si se prefiere, sobre los contenidos (y su importancia o peso relativos) que se incluyen en la denominación genérica de «psicología».

Pero a la luz de nuestra breve pero intensa historia, cabe también pensar que muchos de los males que actualmente aquejan a la actual Licenciatura en Psicología, especialmente en lo que se refiere a la mencionada diversidad de planes de estudio, no sean otra cosa que el resultado de la represión pseudocientífica que los poderes del Estado impusieron sobre una rama del quehacer científico, el psicológico, que no era bien visto por tales poderes, como tantas otras cosas. Y cuando nos pusimos a crecer, era tanto el apetito que nos resultaba difícil escoger, acordar, consensuar y, en fin, tener la tranquilidad suficiente como para

reflexionar antes de actuar. En todo caso, ya ha pasado el tiempo suficiente como para que seamos capaces de repensar críticamente, constructivamente, sobre el estado en que hoy se hallan los estudios universitarios de psicología.

3. LA SITUACIÓN ACTUAL

A finales de los ochenta se intentó poner un cierto orden en el caos desde instancias ministeriales. Bien es cierto que ese intento no estaba exclusivamente dirigido a la psicología, sino a la totalidad de los estudios universitarios del país, en un intento por adecuarlos a la realidad de los países de nuestro entorno, además de a las necesidades reales de la población.

Este proceso dio lugar a la organización de los estudios de la licenciatura en Psicología en seis grandes áreas de conocimiento: Básica, Metodología, Psicobiología, Social, Educativa-Evolutiva, y Personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos (PETRA). Las cuatro primeras están directamente vinculadas con las cuatro perspectivas fundacionales de la psicología científica de finales del XIX (General, Experimental, Fisiológica y Social). La quinta es directamente heredera de la tradición educativa de la psicología, uno de sus primeros ámbitos propios de desarrollo profesional, recogiendo además la perspectiva evolucionista de la biología que, por su parte, ha estado asimismo siempre presente en psicología desde sus orígenes. No es ocioso recordar que Galton, uno de los padres indiscutibles de la tradición psicométrica, era primo de Darwin. Por último, el área PETRA, en la que se engloba la psicología clínica, incluye disciplinas de tres tipos: unas de carácter más básico o fundacional (personalidad, diferencial, psicopatología, psicodiagnóstico), otras más aplicadas (las psicoterapias en sus diversas acepciones, subsidiarias de diferentes modelos explicativos, técnicas de entrevista, psicología clínica, etc.), y otras de nuevo cuño (como la psicología de la salud).

Además de esta lectura, hay otra posible que no es en modo alguno incompatible con la anterior: las tres primeras áreas –Básica, Metodología y Psicobiología- recogen supuestamente los desarrollos más básicos de la licenciatura, es decir, aquellos conocimientos que cualquier psicólogo debe poseer y dominar, sea cual sea el ámbito profesional al que vaya a dedicarse, mientras que las tres últimas –Social, Educativa, PETRA-, aglutinan los contenidos más directamente vinculados con los ámbitos de desarrollo profesional posteriores a la licenciatura. Esta

diferenciación, bastante artificial por otro lado, entre «psicología básica» y «psicología aplicada» se ha traducido con el paso del tiempo e en una mayor representatividad de las áreas básicas frente a las aplicadas en los planes de estudio actuales, con una serie de repercusiones importantes que más adelante se comentarán. Por último, es preciso mencionar que esta primera reforma situó a la psicología en el campo más general de las ciencias sociales, en el que actualmente sigue estando.

Uno de los objetivos de la reforma, realizada al amparo de la primera ley de la democracia sobre las universidades, la LRU, era poner un cierto orden en la dispersión de los planes de estudio de las diversas universidades, que en el caso de la Psicología era, como se ha dicho especialmente elevada. Además, se pretendía sustituir el concepto de «Facultades» por el de «Departamentos», apelando a una consideración menos jerárquica y más transversal de los conocimientos universitarios. Las «Áreas de conocimiento» debían a su vez inspirar la creación de esos departamentos inter-facultativos, lo que supuestamente permitiría optimizar los recursos disponibles y mejorar las interrelaciones entre profesionales y académicos que se dedicaran a un mismo campo de conocimientos (de ahí la denominación de «Área de conocimiento»).

Pero la disponibilidad al cambio no es algo que caracterice a la Universidad española, y al final todo se redujo a más de lo mismo: las Facultades siguieron imponiendo su status, los departamentos-áreas quedaron incluídos en ellas, y además había que ponerse de acuerdo entre todos para promover un plan de estudios coherente para la licenciatura en Psicología. Y el único punto de partida indiscutible (por impuesto) fue la necesidad de que ciertas asignaturas (las desde entonces denominadas troncales) estuvieran presentes en todos los planes de estudio de todas las universidades españolas. El resto, quedaba al arbitrio del consenso en el seno de cada Facultad. Y ya se sabe que los consensos no son fáciles de lograr, y menos aún cuando intervienen factores extra-científicos, que en muchos casos actúan como verdaderas variables de confusión y no como moduladoras, que sería lo deseable. Seguramente por todo ello hablar hoy de «Licenciatura en Psicología», como reza el título de esta ponencia, puede resultar como mínimo equívoco. Más bien habría que hablar en plural, esto es, de licenciaturas en psicologías.

A título meramente ilustrativo, y sin pretender por lo tanto ser exhaustiva, solo unos datos: los planes vigentes actualmente, aprobados después de la última reforma de 1999, no concuerdan en cuanto al número mínimo de créditos a superar por los futuros licenciados: 300 (UNED, UAMadrid, UABarcelona, UCBarcelona), 302 (Valencia), 330

(La Laguna), ni en cuanto al número de años o cursos lectivos en los que se distribuyen: la mayoría opta por cuatro, pero también las hay de cinco (Complutense de Madrid, Valencia). Tampoco hay coincidencia en el peso que tienen las clases prácticas en relación con las clases teóricas: en ocasiones es 3:1, en otros casos es 2:1. Este último dato tiene además repercusiones económicas y de consideración científica: las denominadas licenciaturas experimentales (por ejemplo, ciencias físicas) tienen coeficientes práctico–teóricos (los llamados coeficientes de experimentalidad) de 3:1 cómo mínimo, mientras que en las humanistas (filosofía) o bien no existe tal coeficiente (todo es teoría) o es del tipo 1:1. Esta relación teoría/práctica no debe ser confundida con la necesidad de realizar prácticas pre-profesionales (el denominado practicum): a todo ello me referiré más adelante.

Tampoco hay acuerdo en la creación o no de itinerarios de preespecialización: Murcia, Autónoma de Barcelona, y Complutense de Madrid contemplan algunos, pero no lo hacen por ejemplo, Valencia, La Laguna, o Central de Barcelona. Por no hablar de la cantidad (diversidad) y peso docente de las asignaturas obligatorias y del catálogo disponible de optativas. A este respecto, he de confesar que cuando se me pidió que redactara esta ponencia mi intención era construir una especie de mapa de posibilidades de licenciatura en psicología según las diversas Universidades: no he sido capaz. Así a excepción de las materias troncales, de obligado cumplimiento por todas las Universidades, y que representan no más del 20% del total de la Licenciatura, la diversidad de opciones, enfoques, distribuciones lectivas, etc., es de tal calibre, que no hay forma de dibujar un mapa coherente de la titulación.

Contenidos básicos y ámbitos profesionales

Clásicamente la psicología ha defendido la existencia de tres grandes ámbitos de especialización profesional: el educativo, el laboral, y el clínico, y así se ha intentado reflejar en las denominaciones de las áreas de conocimiento, como antes se dijo.

El primero de ellos, evolutivo-educativo, ha entrado en colisión más de una vez con la pedagogía y, más recientemente, con la psicopedagogía. Pero al final, más que representar un problema, tal colisión ha dado como resultado una amplificación del ámbito profesional, en el que es difícil dibujar límites precisos, tanto desde el punto de vista competencial, como desde el científico y el académico. Pero en esa carencia o difusión de límites reside a la vez su fuerza potencial: el psicólogo educativo ha diversificado sus funciones, ampliado sus posibiliades profesio-

nales, y el área de conocimientos en el que se encuadra (Psicología evolutiva y educativa) está presente en la práctica en tres licenciaturas: psicología, pedagogía y psicopedagogía.

El caso de la psicología del trabajo, el segundo de los campos de especialización profesional, no ha sido muy diferente: se encuentra presente no solo en la licenciatura de psicología, sino también en otras (por ejemplo, Sociología, Relaciones Laborales), además de «representar» (y no solo en teoría) a la Psicología en el campo global de las Ciencias Sociales en el cual, como ya dije antes, se encuentra ubicada.

La peor parte se la lleva la Psicología Clínica. Para empezar, nótese que el área de conocimientos en la que se encuadra (Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos), no recoge siquiera la denominación, lo que está lejos de ser casual. Para seguir, porque como área, solo dispone de tres asignaturas troncales, cada una con 9 créditos: Evaluación (o Psicodiagnóstico, que para el caso que aquí nos ocupa viene a ser lo mismo), Personalidad, y Psicopatología y Tratamientos. Supuestamente, esta escasa representación en troncalidad debería contrapesarse con una mayor representatividad en la carga de obligatorias y optativas. De hecho, este supuesto era el que presidía la desigual distribución de troncalidad según las seis áreas de conocimiento: las tres áreas básicas debían tener mucha troncalidad y muy poca optatividad, y al revés debía suceder con las áreas más aplicadas.

Sin embargo, en algunas Facultades este espíritu se tomó en el sentido opuesto, con argumentos de este tipo: si el Ministerio ha dictaminado que nuestro peso es (pongamos por caso) del 30% en troncalidad, esa misma proporción debe seguirse en el caso de la optatividad. Afortunadamente, tras innumerables debates y más de un malestar, en la mayoría de los casos prevaleció lo primero. Y para terminar, porque el área tiene una representación más bien exigua (en cuanto a peso docente) en otras licenciaturas y diplomaturas (magisterio, relaciones laborales, psicopedagogía, criminología), y esto no en todas las Universidades. En teoría, además, como área de conocimiento está presente en algunas licenciaturas, como Medicina (en el área de Psiquiatría). Pero solo en la práctica. Justo es señalar que también se produce a la inversa: Psiquiatría está presente como área docente posible (es decir, con la posibilidad de que sus titulares y catedráticos impartan docencia en el área de PETRA). Pero solo es una posibilidad. Lamentablemente, una vez más, la interdisciplinariedad no pasa de ser una hermosa utopía, pero utopía al cabo, en la universidad española.

De todo lo antedicho se derivan a mi entender, varias consideraciones. En primer lugar, el escaso peso cualitativo (asignaturas) y cuantitativo (créditos docentes teóricos y prácticos) que siguen teniendo las

materias relacionadas con la psicología clínica en la troncalidad de la Licenciatura, es decir, en su obligatoriedad para cualquier futuro Licenciado. Esto tiene consecuencias inmediatas importantes, de las que solo mencionaré dos: una, que queda al arbitrio de las diversas Universidades y Facultades el contrarrestar este escaso peso de troncalidad con una mayor carga en la opcionalidad; dos, que un psicólogo puede serlo sin haber cursado más que unos pocos créditos de psicodiagnóstico, psicoterapia, o psicopatología.

En segundo término, pero directamente derivado de lo anterior, al quedar al arbitrio de las diversas Facultades la distribución docente de la optatividad (es decir, qué asignaturas entran y cuáles no, cuántos grupos se ofertan para que los alumnos se puedan matricular, cuántos créditos teóricos y cuántos prácticos tiene cada asignatura, etc.), el panorama que ofrecen las diversas Universidades en cuanto a la representación de la psicología clínica en los planes de estudio es enormemente amplio y variopinto, lo que en la práctica impide realizar comparaciones entre las diversas Universidades, dadas las enormes diferencias que pueden existir entre los Licenciados en Psicología de las diversas Facultades de Psicología repartidas por el territorio español. Este problema no sería importante en el caso de que cada estudiante pudiera realmente escoger realizar su licenciatura en aquella Facultad que más se ajustase a sus preferencias. Pero este no es el caso, como todo el mundo sabe. Y no parece que el futuro inmediato vaya a ser mejor, sino más bien lo contrario.

En tercer lugar, la exigua representación que tienen los contenidos prácticos relacionados con la psicología clínica en la Licenciatura. Esta cuestión se aborda en el punto siguiente.

Las prácticas y el practicum

La vertiente práctica de las disciplinas clínicas se realiza mediante dos vías, en principio complementarias: la primera, directamente vinculada con la docencia teórica de cada materia. La segunda, dependiente de una asignatura, el practicum, de carácter troncal y con 12 créditos, que no se traducen en la realidad en una proporción 1crédito:10horas, como en el resto de asignaturas, sino en el doble (240 horas).

Por lo que se refiere a la relación con la teoría, su magnitud (peso docente) depende del coeficiente de experimentalidad que cada facultad haya logrado «negociar» en su respectiva Universidad, como anteriormente se mencionó. Pero independientemente de ese coeficiente - que al final, se traduce en el dinero que los alumnos tienen que pagar al

matricularse (más cuanto mayor coeficiente de experimentalidad tengan los estudios), en el número máximo de alumnos por cada grupo docente de «prácticas», o en los recursos materiales que la facultad recibe para desarrollar la docencia-, de nuevo nos encontramos ante un maremágnum de posibilidades: en algunos centros las horas de clases teóricas triplican a las de prácticas, en otros es una cuarta parte, en otros la mitad. Y ¿cómo se realizan estas prácticas?: aquí entran en juego multitud de factores, que van desde la creatividad del docente, pasando por los medios de que se dispone, o del interés de los alumnos. En casi todos los casos, con todo, sen trata de prácticas «de papel y lápiz», más o menos sofisticadas dependiendo de los medios con los que se cuente (videos, audios, supuestos prácticos, role-playing, etc.).

En cuanto al practicum, debe realizarse en el segundo ciclo y en algunos casos (por ejemplo, Complutense de Madrid, Valencia), constituyen el grueso del último año de la carrera. La filosofía de esta asignatura es que el estudiante entre en contacto con la realidad del mundo profesional de la psicología, allí donde ese mundo tiene lugar, por un periodo limitado de tiempo (240 horas), y bajo una tutoría doble: la de un profesor de la universidad y la de un profesional, ajeno a la Universidad, con el que va a trabajar en el día a día. Por lo que hace a los contenidos, cada facultad diseña sus posibilidades: en algunos casos, solo hay 3 de ellas, vinculadas a las áreas clásicas de profesionalización (clínica, educativa, trabajo). En otros, se incluyen también los de las otras áreas. En otros, los hay para cuatro áreas –las ya mencionadas, más básica- pero los alumnos deben cursar obligatoriamente unos pocos créditos de psicobiología y/o de metodología.

Las diferentes posibilidades de llevar a cabo un determinado contenido de prácticas no sería un problema mayor si los alumnos pudieran realmente escoger el ámbito en el que desean realizar sus prácticas preprofesionales, ya fuera en clínica, en psicobiología, o en educativa, por poner tres ejemplos. Pero la realidad es que el acceso de los alumnos a cada una de tales posibilidades es limitada, porque limitado es el número de centros asociados en los que se pueden desarrollar las prácticas con un mínimo de garantías.

En realidad la libertad de elección solo sería posible si la oferta se adecuara a la demanda real, lo que no es el caso: los alumnos se ven forzados a realizar las prácticas allá donde pueden y les dejan, si es que quieren acabar su carrera en un tiempo adecuado. Otro problema adicional es la escasa vertebración y articulación de las prácticas obligatorias pre-profesionales: cada Facultad hace lo que quiere (en el mejor de los casos). En la mayoría, simplemente hace lo que puede.

Además, salvo unos pocos ejemplos, los profesionales externos a la Universidad (Tutores) que supervisan estas prácticas, no tienen reconocimiento oficial alguno, más allá del agradecimiento de los alumnos y de la Facultad con la que gratuita y altruistamente colaboran. En el caso de las prácticas de psicología clínica en centros y/o servicios de Salud Mental de la red sanitaria pública, esta situación crea agravios comparativos con otros compañeros de los mismos centros (médicos, enfermería, farmaceúticos, biólogos-bioquímicos, etc.) que sí disponen de tal reconocimiento a través de la figura del Profesor Asociado de Prácticas (lo que conlleva como es natural, una representación en los órganos de gobierno de las Universidades, un contrato, y un reconocimiento dinerario).

Por último no quisiera pasar por alto la dificultad que tenemos los docentes para realizar una práctica clínica adecuada, imprescindible en el caso de que se imparta docencia en psicodiagnóstico, psicopatología o psicoterapia, por poner tres ejemplos más que obvios. Las Universidades no solamente no proporcionan la infraestructura adecuada para ello (es decir, espacios diferenciados, personal de apoyo, instrumentación clínica, etc.), con lo que en el mejor de los casos esta práctica se lleva a cabo en los «despachitos» individuales de cada cual, sino que además no la promueven ni la reconocen (por ejemplo, a través de la reducción de la carga docente, la creación de plazas vinculadas, etc.) y, en muchos casos, la entorpecen.

La conclusión de esta situación desastrosa es que esta práctica o bien no se realiza, o se lleva a cabo de manera absolutamente altruista, sin reconocimiento alguno y sin conexión con otros dispositivos y/o profesionales. Consecuentemente, la investigación clínica, necesaria para cualquier profesor universitario, se resiente de manera notable. Hay algunas excepciones, es verdad, pero son escasas y no representan la realidad. Es posible que los cambios que se avecinan en cuanto a los dioctorados y masters puedan abrir alguna vía de solución a estos problemas, pero solo es una posibilidad. La otra pasa por la creación de plazas vinculadas de psicología clínica en unidades de salud mental y hospitales, específicas para los profesores universutarios que desarrollamos nuestra docencia en disciplinas clínicas. Pero hoy por hoy, esta posibilidad parece todavía remota.

4. Y AHORA, ¿QUÉ?

Una gran parte de las consideraciones y argumentos hasta quí expuestos están, a mi entender, vinculados con la respuesta que se quiera dar a la pregunta ¿qué psicólogo se quiere formar con la Licenciatura en Psicología?. La respuesta a esta cuestión suele ser la siguiente: la Universidad debe formar «psicólogos generalistas», es decir, con el bagaje suficiente de conocimientos como para saber en qué campo profesional de la psicología (educativa, social, clínica) desean especializarse. Y la realidad es que, a pesar de las disfunciones y diferencias intercentros, los estudiantes de psicología salen de las facultades con un bagaje de conocimientos amplio y, en principio, adecuado para poder decidir a qué aspecto de la profesión se quieren dedicar, o lo que es igual, en qué ámbito se quieren desarrollar y especializar como profesionales de la psicología. Ahora bien: esta adecuación refiere únicamente a los contenidos y herramientas conceptuales y teóricos, ya que en el terreno de las competencias y destrezas las cosas no están nada claras, a pesar del claro avance que ha supuesto la introducción del practicum obligatorio y la inclusión de clases prácticas vinculadas a la mayoría -o la totalidad- de las materias.

Por otro lado, si bien la respuesta antes enunciada es desde luego lícita, tiene varios inconvenientes:

Primero, puede implicar que la Universidad se desentiende de la formación post-graduada y, lo que es más problemático, no tiene interés en saber qué demanda la sociedad de los Licenciados que forma. Algunos podrán argumentar que los Masters y Títulos propios de especialista que promueven las distintas Universidades en el Tercer Ciclo, están precisamente pensados para esta misión y, de hecho, las reformas que vienen abundan en esta dirección. Sin embargo, en mi opinión, esta respuesta no deja de ser sorprendente: si la Universidad puede formar especialistas quiere decir que tiene recursos para ello. Si es así, ¿por qué no emplea al menos algunos de ellos en la formación de pre-grado? ¿por qué tan poco empeño en mejorar el aprendizaje de destrezas y competencias?

Segundo, con los actuales planes de estudio es más que dudoso que los estudiantes tengan de verdad oportunidad de saber si la Psicología Clínica es el campo al que quieren dedicarse en su vida profesional.

Tercero, para que la respuesta fuera útil, debería poderse especificar con toda claridad en qué consiste el perfil general de un psicólogo, tarea que una y otra vez se ha visto impedida en nuestro sistema Universitario, enormemente lastrado por una compleja red de intereses y personalismos que no sólo no nos permiten avanzar, sino que además nos retrotrae muchas veces a épocas pasadas de infausto recuerdo.

En definitiva, la situación actual de la formación en psicología clínica de pregrado es, como mínimo, insuficiente, a pesar de que la mayor parte de los estudiantes que escogen cursar la licenciatura en psicología, lo hacen movidos por futuros intereses en la clínica.

La última de las reformas habida en torno a los planes de estudio, ha puesto algunos parches (por ejemplo, imponer mínimos para cada asignatura en cuanto a número de créditos), pero no ha entrado a fondo en el origen del problema: ni lo ha permitido, ni por supuesto tampoco lo ha fomentado. Pero si somos honestos, debemos reconocer que no toda la culpa reside en las decisiones ministeriales: desde luego, éstas no han ayudado a poner orden, pero tampoco nosotros lo hemos intentado, o al menos esa es mi impresión. ¿Habrá que esperar a que mamá Europa nos dé la solución, es decir, nos la imponga?.

Los nuevos planes de convergencia con la CE imponen la necesidad de acordar contenidos mínimos imprescindibles antes de 2010, además de otorgar un papel mucho más activo al estudiante en su formación, lo que entre otras cosas, va a exigir un profundo cambio en nuestra organización docente (y en nuestra mentalidad como docentes universitarios). Las ideas que vamos conociendo priman el aprendizaje activo (incluyendo el de las destrezas propias de la profesión en sus distintas vertientes) frente a la pasividad actual del «tomar apuntes, memorizar, y responder a un examen de x preguntas» a que se reduce la estancia del universitario en nuestras facultades. Esto es, desde luego, una buena noticia. La pregunta es: ¿seremos capaces?. Esperemos que nuestra historia reciente no sea un buen predictor del futuro.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Belloch, A. E Ibáñez, E. (1989). Psicología académica y psicología profesional en el campo de la clínica. *Anuario de Psicología, 41* (2), 33-48.
2. Carpintero, H. (1989). El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional. *Papeles del Psicólogo, 36/37*, 68-73.
3. Siguán, M. (1978). La enseñanza universitaria de la psicología en España. *Anuario de Psicología, 19*, 125-137.

I

CAPÍTULO 3

LA FORMACIÓN EN EL PREGRADO PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

JOANA FORNÉS VIVES

1. INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI asistimos a un mundo lleno de cambios que incluyen violencia, desastres naturales, bolsas de pobreza, situaciones de inmigración-emigración constantes, etc. Es evidente que los patrones relacionales van cambiando, aparecen nuevas formas de comunicación, de integración social y nuevos problemas de salud mental que demandan nuevos planes de cuidados. La OMS ha anunciado que este nuevo siglo puede ser el siglo de los problemas de salud mental.

Para atender de «forma saludable» a los problemas que emergen de estos cambios, quizás habrá que ver su origen no «en» las personas, sino «entre» las personas tal como sostienen los teóricos del enfoque comunitario llamado salud mental de base (1), (2). Es decir, habrá que reflexionar sobre la posibilidad de que estos problemas puedan estar originados por las dificultades que aparecen en las relaciones humanas a consecuencia de una transculturalidad no contemplada o malentendida. Desde este punto de vista, sería deseable que las intervenciones terapéuticas fueran el resultado de una tarea intersectorial e interdisciplinaria que tuviera en cuenta la psicohistoria de las personas y las comunidades. Este hecho implica un conocimiento de las necesidades de las personas, del grado de rol que les permitirá satisfacerlas y de los recursos disponibles (redes sociales) en el contexto de interacción.

La premisa anterior implica una concepción de la persona bajo tres dimensiones: física, psíquica y de relación, ambas necesarias para su desarrollo integral. Esta concepción del ser humano ha sido, hasta la fecha, fundamental para la filosofía de Enfermería. En esta filosofía, cuerpo y espíritu forman una unidad compuesta que es el ser humano, al ser éste un ser eminentemente social, va a estar también influenciado por los efectos que la sociedad genera en él.

Considerando a la persona bajo estas tres dimensiones (física, psíquica y de relación), llegamos a conceptualizarla como un ser bio-psicosocial. Este enfoque integral contempla la importancia no sólo del aspecto biológico de las personas, sino también del psicológico y del social. Ahora bien, si realmente queremos ser coherentes con la filosofía enfermera: «brindar cuidados integrales a la persona, familia y comunidad», deberían contemplarse las dimensiones citadas anteriormente en todo el desarrollo de la profesión, especialmente en los diferentes ciclos de su formación: pregrado y postgrado.

Por lo que respecta a la formación de pregrado, cuyas directrices vienen marcadas por el BOE nº 298 de 14 de Diciembre (3), dista mucho de cumplirse el objetivo ya que las materias destinadas a salud mental («Ciencias Psicosociales Aplicadas» y «Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica») no llegan al 10% de la formación total de la diplomatura.

Partiendo de las bases legales para el desarrollo de la profesión de enfermería vamos a realizar en primer lugar una reflexión sobre los contenidos formativos de la diplomatura, con especial énfasis en aquellas materias relacionadas con salud mental. Esta reflexión pretende poner de manifiesto algunos de los déficits e incoherencias antes aludidos. En segundo lugar, trataremos de aportar una serie de sugerencias encaminadas a paliar estos problemas, considerando para ello, una modificación sustancial de los planes de estudio.

2. SALUD MENTAL Y CONTENIDOS FORMATIVOS EN LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA

Para una mayor comprensión de los contenidos que subyacen en la formación de Enfermería, vamos a hacer un breve repaso desde su génesis hasta la implantación en las universidades españolas, analizando para ello tres documentos básicos: Real Decreto 1947/1987, el Real Decreto 1466/1990 y el Real Decreto 1267/1994.

Real Decreto 1947/1987: Directrices generales comunes de los títulos universitarios.

La génesis de los planes de estudio actuales, parte del R.D. 1947/1987 (3) en el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial en el territorio nacional. Este documento establece, para las diplomaturas una duración de tres cursos académicos con carga lectiva entre sesenta y noventa créditos por año académico, es decir, entre un mínimo de 180 créditos y un máximo de 270. En este mismo decreto se recoge la posibilidad de que cada universidad pueda ampliar sus planes de estudios hasta un máximo del 15% sobre la carga lectiva troncal (30% de la carga total en primer ciclo y 25% en segundo ciclo) por ciclo, o el 25% de la carga lectiva de cada materia.

A partir de la publicación de este R.D. en el BOE (14/12/1987), las universidades tenían tres años para remitir al Consejo de Universidades sus planes de estudios, con el fin de que fueran homologados.

El R.D. 1947/1987 en su artículo 8º establece también que el Consejo de Universidades propondrá al Gobierno el establecimiento de los distintos títulos universitarios, así como las directrices generales propias de los planes de estudios que conduzcan a la obtención de los mismos. Estas directrices determinarán para cada título:

1. La denominación
2. La definición de objetivos formativos
3. La estructura cíclica y duración de las enseñanzas
4. La carga lectiva máxima y mínima
5. Las materias troncales (con créditos teóricos y prácticos y somera descripción de contenidos)

Real Decreto 1466/1990: Directrices generales propias del título de Diplomado en Enfermería.

El 20 de Noviembre de 1990, se publica el R.D. 1466/1990 (4) en el que aparecen las directrices generales propias para la obtención del título de Diplomado en Enfermería. En ellas se establece, entre otras cosas, que el título deberá proporcionar:

1. Conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido conocimiento suficiente del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas, tanto en estado de salud como de enfermedad.
2. Ante este propósito cabe preguntarse: ¿Qué se entiende por conocimiento adecuado del comportamiento de las personas?. ¿Hace falta una definición más preciso del término?.
3. Conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión.
4. Experiencia clínica adecuada. En este sentido, la directriz general primera, punto c, del R.D. citado recoge que «esta experiencia debe adquirirse bajo control de personal de enfermería cualificado y equipos apropiados para los cuidados de enfermería». Conocida la realidad del territorio nacional en esta materia, la directriz encierra en sí misma varias dudas, como por ejemplo: ¿De qué tipo de cualificación hablamos?, ¿De qué tipo de experiencia?, ¿Podemos considerar suficiente la cualificación y experiencia clínica en SM con los créditos actuales de los estudios de la Diplomatura?.
5. Por otra parte, la directriz general segunda, punto 2, establece que «la carga lectiva del plan de estudios oscilará entre 20 y 30

horas semanales, incluidas las enseñanzas prácticas» y que en ningún caso la carga lectiva de la enseñanza teórica superará las 15 horas semanales. Aunque la directriz parece incluir un interés explícito para que la carga lectiva sea tal que pueda ser asumida por los discentes, la realidad observada en la mayoría de universidades es otra, pues a veces, con el objeto de condensar la materia, se superan con creces tanto las horas teóricas como las prácticas. Curiosamente, parece que nadie controla o asume la responsabilidad de estos desfases que, en definitiva, repercuten negativamente en la forma de asimilar los contenidos por parte del alumnado y en su posterior cualificación profesional.

6. Capacidad para participar en la formación del personal sanitario. En este punto surgen de nuevo varias cuestiones, como por ejemplo, ¿Puede considerarse éste un objetivo realista desde el punto de vista de salud mental?, ¿Qué tipo de formación en salud mental puede garantizar el profesional que se le formó de manera exigua (lo máximo que pueden dar de sí 20 horas teóricas) en esta materia?.
7. Experiencia en la colaboración con otros profesionales. Esta experiencia quizás pueda garantizarse en materias biofísicas, pero en salud mental queda de nuevo muy coja para un gran monto de profesionales que ni siquiera han realizado práctica alguna en esta materia, o que en el mejor de los casos, es decir, cuando las han realizado, han sido supervisados por profesores o tutores no especialistas en la materia.

En las directrices ministeriales, se recoge igualmente que la carga lectiva global no será inferior a 180 créditos, ni superior al máximo que para los estudios de primer ciclo permite el Real Decreto 1497/1987. E igualmente, se presenta el cuadro de materias troncales con asignación de créditos teóricos y prácticos, y vinculación a áreas de conocimiento, comunes para todos los planes de estudios de Enfermería del territorio español.

Centrándonos en el hecho que nos ocupa, las dos materias troncales referidas a salud mental de este Real Decreto, su asignación de créditos y la descripción de contenidos hacen referencia a: Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (Tabla 1).

Tabla 1
Materias troncales de la Diplomatura de Enfermería relacionadas con salud mental.

Materia	Créditos Teóricos	Créditos prácticos	Descriptores
Ciencias psicosociales aplicadas (CPA)	4	2	Aspectos psicológicos y sociales de los cuidados de enfermería
Enfermería Psiquiátrica y de salud mental (EPSM)	2	4	Salud mental y modo de vida. Atención de enfermería de salud mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería

Como podemos observar, los descriptores que orientan los contenidos tienen un significado tan amplio que inducen a varias interpretaciones y como consecuencia, a la planificación de contenidos diversos. Por otra parte, es evidente que no se puede prestar atención a algo que se desconoce, por consiguiente, es imprescindible centrar los contenidos en conocimientos referidos a los problemas objeto de atención, es decir, SM al individuo, familia y comunidad; así como aspectos psiquiátricos de los cuidados enfermeros. Pero, ¿Permiten 20 ó 30 horas teóricas la inclusión de contenidos (aunque sean básicos) para entender y poder atender todos estos problemas?, ¿De qué tipo de atención estamos hablando?.

Real Decreto 1267/1994: Actualización de créditos.

En 1994, se publica el Real Decreto 1267/1994 (5) que modifica parte del Real Decreto 1466/1987. Este Real Decreto establece que la carga total en créditos de los planes de estudio conducentes al título de Diplomado en Enfermería, no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo que para los estudios de primer ciclo establece el Real Decreto 1497/1987, es decir, un incremento del 15% de la carga lectiva mínima fijada por las directrices propias. En el caso de enfermería: 205 créditos (carga mínima) más el 15% (30,5 créditos), es igual a 235,5 créditos máximos.

En todo caso, continúa el Real Decreto antes mencionado, los planes de estudios deberán incluir una formación mínima de 3.900 horas para ajustarse a las directrices de la Comunidad Europea. Esto quiere decir que deberán hacerse equivalencias para los créditos prácticos con

el fin de llegar a las 3.900 horas, equivalencias que difieren en la mayoría de escuelas y que después en la realidad práctica pocas suelen cumplirse, tal como quedó de manifiesto en los Talleres Docentes de Enfermería en Salud Mental realizados en el año 2000 (6) y 2001 respectivamente. Concretamente, en estos talleres se constató que mientras en algunas escuelas no se hacía ningún tipo de prácticas de salud mental, en otras, la dedicación podía variar de tres a treinta días. Y que en otras escuelas sólo un pequeño porcentaje de los alumnos realizaba prácticas de salud mental.

La diversidad generada por la desigualdad en cuanto a equivalencias de créditos prácticos, sumada a la posibilidad de aumentar hasta un máximo de 25% los créditos de cada materia, da unos resultados de los más disperso entre las distintas universidades del territorio español; especialmente porque no está asegurado el mismo incremento en todas las universidades.

No obstante, y aún a pesar de lograr el incremento máximo permitido, la equidad pretendida entre las diferentes materias, sitúa en desventaja a la salud mental, puesto que no es lo mismo aumentar un 25% sobre 6 créditos de salud mental (equivale a un aumento de 15 horas), que sobre los 26 de comunitaria (equivale a un aumento de 65 horas) o los 48 créditos de médico quirúrgica (equivale a un aumento de 120 horas).

Con este criterio de procedimiento, las materias con más créditos seguirán haciéndose más grandes y las que tienen menos créditos, como la salud mental, continuarán pequeñas y con un porcentaje sobre la totalidad de los contenidos que no alcanza el 10%, como muestra la Tabla 2.

Tabla 2
Créditos de las materias de salud mental de la Diplomatura de Enfermería después del incremento legalmente permitido.

Materia	Créditos Originales	Incremento 25 %	% sobre 205 cr	% sobre 235 cr
CPA	6	7,5	3,6	3,2
EPSM	6	7,5	3,6	3,2
Total créditos SM		15	7,2	6,4

Si a esta realidad añadimos que las directrices generales comunes establecen la posibilidad de planificar un 10% mínimo de la carga lectiva global, para materias de libre configuración para cada universidad y otro porcentaje dedicado a materias obligatorias y optativas, este he-

cho hace que la disparidad entre universidades aumente, tal como demostró un estudio realizado en el año 2000 sobre la realidad de la salud mental en las escuelas de enfermería españolas (7), del cual se expone un resumen en la Tabla 3. Ello se debe a que las materias denominadas optativas y de libre configuración, pueden o no corresponder a materias de salud mental y considerarse más o menos obligatorias en cada universidad.

Tabla 3

Relación de universidades españolas, créditos (troncales y obligatorios) relacionados con salud mental y porcentaje de estos créditos respecto a la carga lectiva total de los planes de estudio de Enfermería.

UniversidadesSM/Total DE	Troncales	Obligatorios	Totales Diplom.	%
UA – Alicante	13	0	235	5,53
UAH - Alcalá de Henares	13	0	230,5	5,64
UALM – Almería	13	0	230	5,65
UAB - Autónoma Barcelona	12	4	225	7,11
UAM - Autónoma Madrid	13	0	236	5,51
UB - Barcelona	15	0	230	6,52
UBU – Burgos	13	5	237	7,59
UCA – Cádiz	13	3	235	6,81
UCAN – Cantabria	16,5	0	232	7,11
UCLM - Castilla La Mancha	12	6,5	225	8,22
UCM - Complutense Madrid	12	0	225	5,33
UCO – Córdoba	14	3	223,5	7,61
UNEX – Extremadura	16	0	236	6,78
UDG – Girona	14	0	225	6,22
UGR – Granada	11	0	224	4,91
UHU – Huelva	17	0	229,5	7,41
UIB - Illes Balears	13,5	4,5	235	7,66
UJA –Jaén	12	4,5	235	7,02
UDC - La Coruña	13,5	0	236	5,72
ULR - La Rioja	13,5	4,5	235	7,66
UPGC - Las Palmas Gran Canaria	14,5	0	236	6,14
UDL – Lleida	13	0	231	5,63
ULE – León	13	0	235	5,53
UMA – Málaga	21	0	235,5	8,92
UM – Murcia	13,5	0	235	5,74
UOVI – Oviedo	13	9	236	9,32
UPB - País Vasco	18	0	225	8,00
UPNA - Pública de Navarra	12	6	234	7,69
URV - Rovira i Virgili	13,5	0	234	5,77
USAL – Salamanca	13	0	224,5	5,79
USC - Santiago Compostela	17	0	234	7,26
UZAR – Zaragoza	12	5	235	7,23
US – Sevilla	14,5	0	233,5	6,21
UV – Valencia	15	0	225	6,67
UVA – Valladolid	18	0	241	7,47
UVI – Vigo	13,5	0	235,5	5,73
UEM - Europea de Madrid	14	0	234	5,98
UN – Navarra	16	0	245	6,53
UPC - Pontificia Comillas	13,5	0	236	5,72
URLL - Ramón Llull	9,5	0	180	5,28
UVIC – Vic	12	0	225	5,33

Fuente: Internet (Enero de 2000)

A la vista de los resultados es evidente que la oferta de contenidos relacionados con SM es muy variable en las universidades del territorio español y que en general, la salud mental es «la Cenicienta» de las escuelas de enfermería. Estas observaciones se pusieron también de manifiesto en los dos Talleres Docentes de Enfermería Psiquiátrica (6) y en el XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental (8). De acuerdo con la mayoría de profesores titulares de las materias de salud mental en las escuelas de enfermería españolas, estos hechos merecen una reconsideración de los planes de estudio y una contemplación de la salud mental más equitativa y acorde con las exigencias de la sociedad. Por este motivo, se exponen a continuación algunas propuestas.

3. PROPUESTA DE MODIFICACIONES EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA

La realidad formativa actual en enfermería ha puesto en evidencia varias deficiencias, tanto en los objetivos pretendidos, como en los créditos asignados a algunas materias (como por ejemplo salud mental), o incluso los descriptores que orientan los contenidos formativos. Con el fin de paliar estas deficiencias y mejorar la formación en salud mental en la formación enfermera de pregrado, se proponen algunas sugerencias de modificación.

En cuanto a los objetivos pretendidos, que la formación enfermera garantice una comprensión de la persona en todas sus dimensiones, fases de desarrollo, y ámbitos donde interactúa.

En cuanto al número de créditos, se propone una redistribución de los mismos que garantice las demandas de la población en cuanto a salud mental y que considere la formación de los profesionales en esta materia, como mínimo, con la misma importancia que otras. Si realmente concebimos a la persona como un ser biopsicosocial, entendemos que correspondería como mínimo un 33% de la carga formativa a los aspectos psicológicos y mentales. Por otra parte, consideramos que se debería favorecer un mayor porcentaje a la troncalidad en detrimento de la optatividad, pues esta última no siempre guarda coherencia con la formación específica que se pretende.

Para capacitar una formación «generalista» en salud mental, se propone que los descriptores de pregrado, se centren en dos ejes básicos: promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental, tanto en la persona como en la familia o grupos comunitarios. Con implementación en las áreas comunitaria y hospitalaria.

En cuanto a los contenidos formativos. Teniendo en cuenta que son estudios de pregrado con posible ampliación posterior, se propone que estos contenidos vayan dirigidos a capacitar al futuro profesional generalista sobre aspectos de salud mental básicos, que den respuesta a los principales ejes de interés reflejados en los descriptores. Estos aspectos incluirían contenidos relativos a: En cuanto a los descriptores, en primer lugar se considera necesaria una mayor especificidad de los mismos. Esto facilitaría la uniformidad formativa dentro del mismo país a la hora de diseñar los contenidos, e igualmente ayudaría a conseguir el «espacio único europeo» pretendido por la CE. En segundo lugar y

1. Conocimiento de las redes asistenciales socio-sanitarias relacionadas con la salud mental.
2. Formación para el trabajo en equipos multidisciplinares, con respeto hacia la interdisciplinariedad.
3. Conocer factores que favorecen desequilibrio emocional y patología mental: biológicos, cognitivos (estilos de pensamiento) emocionales, ambientales (condiciones físicas, estrés), alimentarios, estilos de vida, etc.
4. Estrategias de conservación y mejora de la seguridad personal y el ajuste emocional.
5. Conocimientos básicos de psicopatología.
6. Conocimientos de psicofarmacología, especialmente: formas de administración, posibles efectos secundarios o complicaciones potenciales y formas de neutralizar algunos de estos efectos.
7. Técnicas y procedimientos para conseguir una relación terapéutica.
8. Metodología de valoración y registro de problemas en salud mental, así como capacitación para el análisis, síntesis y transmisión de información.
9. Diseño de programas de psicoeducación comunitaria.
10. Diseño de planes de cuidado para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.
11. Conocimiento de técnicas básicas de intervención-tratamiento en las que enfermería pueda intervenir como coterapeuta.

4. CONCLUSIÓN

La exposición anterior deja patente que en los planes de estudio de enfermería de pregrado existen una serie de déficits e incoherencias, tanto de planteamiento como de aplicación práctica, que exigen una

reflexión y modificación si se quieren optimizar los resultados de la asistencia profesional y la calidad de la salud mental. Por una parte, se defiende que la enfermería es una profesión que atiende a la persona como ser biopsicosocial, pero por otra, la esfera psicológica recibe una consideración inferior al 10 % en los contenidos formativos. Si realmente se considera que los cuidados de enfermería deben responder tanto a las demandas biológicas, como a las psicológicas y las sociales, es necesaria una equidad formativa en cada una de éstas áreas.

Además de apelar a la equidad, no hay que olvidar que la realidad social donde estamos inmersos demanda cada vez más, respuestas eficaces a las necesidades de la población. Dentro de estas demandas se incluye encontrar soluciones al constante incremento de problemas de salud mental, relacionados especialmente con los estilos de vida y la aparición de nuevas patologías. En este sentido se han pronunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La OMS sostiene que los problemas de salud mental serán la principal preocupación en la Europa de los próximos años. Por otra parte la OIT ha denunciado que el aumento de problemas mentales es cada vez más evidente en el ambiente laboral, afectando ya a uno de cada diez trabajadores. Esta realidad hace pensar en la necesidad imperiosa de asegurar una formación básica en salud mental (tanto en la vertiente de promoción como en la de prevención de deterioros) para todos los profesionales de la salud. Contemplar esta necesidad, aseguraría mejor capacitación de los profesionales de los equipos básicos de salud y mayor eficacia en sus cuidados, a la vez que descongestionaría los servicios especializados.

Por dichos motivos, creemos que se hace necesario instar a los ministerios y personas responsables en materia de educación y sanidad para que se lleve a cabo una reorganización de los planes de estudio, de manera que éstos contemplen: mayor equilibrio en el peso de las materias objeto de formación, descriptores más específicos que aseguren mayor unidad entre las diferentes universidades, contenidos específicos y apropiados para pregrado y postgrado que eviten duplicaciones y aseguren cuidados de calidad, un control riguroso para que se realicen los programas (teórico y práctico) aprobados, y por último, que en las habilitaciones docentes se asegure la capacitación de los formadores en materia de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elvio Sisti. Salud mental de base. San Salvador: UCA Edit, 1995
2. Luciano Carrino. «El enfoque de salud mental comunitaria». Hombres de maíz, 5: 23-27, 1991.
3. R.D. 1947/1987, de 27 de Noviembre. Directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en territorio español.
4. R.D. de 26 de Octubre NUM. 1466/1990 por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios para su obtención.
5. R.D. 1267/1994 de 10 de Junio, por el que se modifica el R.D. 1497/1987 sobre las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios.
6. Fornés, J. II Taller Docente de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. *Revista de la AEN*, vol XXI, nº 77: 176-177, 2001.
7 Pou, J.; Marí, J.; Burguera, M.; fornés,J. «La salud mental en los planes de estudio de enfermería del nuevo milenio». I Congreso Virtual de Psiquiatría. www.psiquiatria.com, 1 Febrero – 15 de Marzo, 2000.
8. Fornés J. «Formación de pregrado en enfermería de salud mental. Contenidos formativos y realidad de los cuidados». Ponencia presentada al Taller de trabajo del XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Gerona, 5-7 de Abril, 2001.

II
SEGUNDA PARTE

LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL. EVOLUCIÓN, APUESTA ACTUAL

II

CAPÍTULO 1
BREVE REPASO A LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA

ANTONIO ESPINO

«Siempre había creído incompatible la actitud científica y la vida política, más ahora veo imprescindible conciliar esta antítesis»

E. Mira i López (1946)

«Esta es la ambigüedad de la Psiquiatría, que no puede ser ciencia natural ni ciencia cultural, sino que ha de lograr un tercer camino, el del diálogo entre ambas»

Juan J. López Ibor (1966)

1. INTRODUCCIÓN

Casi medio siglo después de la aprobación de la fallida Ley de especialidades médicas [1] la psiquiatría se ha consolidado como especialidad médica, lo que no supone dar por concluido el debate sobre su estatus y posición dentro del conjunto de las ciencias de la salud y de la atención sanitaria .

La crónica de los avatares seguidos por nuestra especialidad en España dispone de una creciente literatura científica: diferentes autores la han venido analizando (1), (2), (3), (4), (5), muy especialmente en los últimos años (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14).

De igual forma, los distintos desarrollos sobre la formación en el campo de la salud mental que componen la ponencia, me liberan de entrar en aspectos que van a ser tratados con todo detalle por otros autores.

Esta situación me va a permitir hacer un breve repaso de estos acontecimientos y dedicar una parte del trabajo a comentar algunos problemas relativos a la formación en salud mental todavía insuficientemente resueltos, a mi juicio o, incluso, sistemáticamente mal planteados.

1. Aprobada en julio de 1955, durante la etapa de Pedro Laín Entralgo como Rector de la Complutense, pese a haber visto enseguida aprobado su reglamento, nunca entrará en vigor. Una Orden Ministerial de abril de 1958 dictará las normas para la obtención del título de especialista.

2. EL PUNTO DE PARTIDA

Los elementos constituyentes del proceso de institucionalización de la psiquiatría como especialidad son comparables, qué duda cabe, a otros desarrollos ocurridos en el ámbito del resto de disciplinas médicas.

Sin embargo, a la psiquiatría, aun perteneciendo a las ciencias médicas, le va a corresponder, por su historia, un estatus «especial», lo que afectará a su desarrollo y consolidación así como a la propia extensión de sus contenidos y a la delimitación de su campo de acción dentro del sistema de salud. En palabras de Saurí la psiquiatría no surge como una especialización del saber galénico – el caso de la neurología o de la endocrinología-, sino a raiz de los cambios habidos en la consideración social de la locura y de quienes se venían ocupando de ella, los alienistas, quienes tendrán la doble misión de médicos y protectores del medio social, una especie de higiene mental, por tanto, capaz de preservar a la sociedad y, al tiempo, ser útil al enfermo (15).

Y es que, dentro del campo del saber médico, la psiquiatría no surge del tronco de la medicina interna, sino que va a quedar incorporada a la medicina legal, una disciplina cercana a la higiene pública y cuyo rasgo principal, al contrario de las disciplinas clínicas, será satisfacer un requerimiento de la sociedad ajeno al del mantenimiento y recuperación de la salud de sus miembros: ayudar a los jueces en la resolución de diversos pleitos.[2]

Otro aspecto que le aporta características propias desde su inicio es el hecho de tratarse de la única rama de la medicina que ha de atender a personas en contra de su voluntad (7)

Ese marcado componente público y social que va a acompañar el desempeño de la profesión, su vinculación con «lo político» y con «las políticas»traerá consigo la oportunidad de conseguir una mayor influencia social que otras disciplinas médicas; la posibilidad, por tanto, de influir, más allá de cada persona, sobre el cuerpo político y social.

Pero también, esa mayor facilidad para influir sobre la sociedad y sus responsables ha llevado consigo un cierto menosprecio hacia la misma desde el campo de la medicina clínica. Esa mayor influencia social se ha podido hacer, por tanto, al coste de una menor consideración hacia la misma y su estatus científico por parte del resto de las

2. Algunos de los futuros catedráticos de Psiquiatría pasarán primero por hacerse cargo de la asignatura de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. Es el caso de Juan José López Ibor (1907-1991) catedrático de Medicina Legal (1932) mucho antes que de Psiquiatría (1952).

ciencias médicas. Lo que justifica, por otra parte, el permanente intento de los psiquiatras por conseguir una consideración similar al resto de especialidades, sin renunciar a su plus de influencia social.

3. PRIMEROS PASOS EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA

Las condiciones generales para la institucionalización de las disciplinas médicas como especialidad se desarrollan a lo largo del siglo XIX, presentando los elementos siguientes (7) (14):

1. Un aumento de la complejidad de determinados aspectos de las disciplinas médicas junto con la aparición de nuevas técnicas de intervención específicas y de contenido terapéutico al menos aparente (nuevos medios terapéuticos para afrontar problemas que se han hecho más complejos)
2. La cristalización de un cuerpo específico de conocimientos de carácter científico (un mercado de conocimientos propio)
3. La organización cada vez más autónoma de un grupo amplio de profesionales en torno a dicha disciplina específica, creando una cultura corporativa en torno a la misma
4. La mayor visualización social de la disciplina, con la aparición de nuevas demandas sociales que «van a hacer necesaria» la presencia de nuevos profesionales que las hagan frente (mayor visualización del problema y demanda social)
5. Y la búsqueda, por último, de una triple legitimación del nuevo colectivo: social, académica y frente a los poderes públicos. Lo que supondrá hacerse necesarios para una parte significativa de la sociedad, conseguir una interlocución eficaz con los poderes públicos, introducir su disciplina con carácter obligatoria e independiente en los estudios universitarios y establecer unas condiciones propias y excluyentes para el ejercicio profesional mediante la regulación del título de especialista en psiquiatría.

La psiquiatría ha seguido su propio camino en relación con otras especialidades médicas, haciendo confluir de forma progresiva sus peculiaridades de partida con la asunción del trastorno mental como enfermedad médica. En el caso de la psiquiatría española dichos pasos se inician con claridad en los comienzos del siglo XX y en el ámbito de la psiquiatría catalana, donde habían florecido empresas sanitarias priva-

das en torno al prestigio de un alienista y su centro asistencial, capaz de ofrecer nuevas posibilidades de atención de los enfermos mentales inexistentes hasta entonces en la asistencia manicomial pública. La institucionalización de la psiquiatría española comienza en Cataluña antes que en el resto del estado español, por el hecho de contar desde el siglo XIX con instituciones psiquiátricas importantes y consolidadas desde un punto de vista asistencial, económico y social.

Veamos algunos de los hitos que marcan este proceso (2) (4) (5) (6) (8) (14) (16) (17) (18):

1. Puede considerarse a Giné y Partagás el promotor, siguiendo las huellas de la escuela francesa, de la primera escuela psiquiátrica española. La Revista Frenopática de Barcelona nace en 1881. Y el primer tratado español de psiquiatría también se lo debemos a Giné y Partagás (19). En septiembre de 1883 promueve en Barcelona el Primer Certamen Frenopático Español, una reunión científica sobre temas psiquiátricos que tuvo lugar en el Manicomio de Nueva Belén y que agrupó a un buen número de alienistas dispersos por todo el país. El propio Giné, después de criticar con dureza la situación casi inexistente de los estudios universitarios, va a exigir su inclusión con carácter obligatorio dentro de la formación médica junto al control del acceso al ejercicio de la profesión de alienista. Este primer intento de reunir a los profesionales que ejercían la psiquiatría en España no tuvo, sin embargo, continuidad.
2. En 1911 y promovida por Arturo Galcerán, discípulo de Giné y Partagás, se crea la primera sociedad científica, la Sociedad de Psiquiatria y Neurología de Barcelona, germen de la futura Asociación Española de Neuropsiquiatras (1926). Entre sus objetivos fundacionales ya figuraba el promover la enseñanza de la psiquiatría y la neurología dentro de la Universidad. Con el paso del tiempo, esta sociedad se irá decantando hacia los temas neurológicos y acabará por convertirse en la Sociedad Catalana de Neurología (1973).
3. En 1920 comienza a publicarse en Madrid la revista Archivos de Neurobiología (1920), iniciativa de Sacristán y Lafora que contó con el apoyo de Ortega y Gasset. Aun cuando habían surgido varias revistas psiquiátricas con anterioridad y ya se venían publicando artículos de los psiquiatras en la Revista de Medicina de Barcelona, ninguna llegó a alcanzar la supervivencia, difusión y nivel científico de esta .

4. En 1924 y dentro de la Sección de Psiquiatría del II Congreso Nacional de Medicina celebrado en Sevilla, los psiquiatras catalanes E. Mira y Rodríguez Arias proponen crear una asociación profesional de neuropsiquiatras que, a su vez, diera impulso a la creación de una Liga de Higiene Mental. A finales de ese mismo año se llevará a cabo una reunión preparatoria en la sede de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona, entonces presidida por Manuel Saforcada, que se convierte, de facto, en la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, cuya primera reunión oficial se llevará a cabo dos años después. (17)
5. La exigencia de llevar a las Universidades españolas la enseñanza oficial, autónoma y con carácter obligatorio de la psiquiatría figura ya en las conclusiones de la reunión de Barcelona de 1924 que serán publicadas en Archivos. Hasta entonces la enseñanza de la misma se llevaba a cabo, principalmente dentro de la Medicina Legal (cuya primera cátedra surge con el nuevo Plan de Estudios de 1843) aun cuando, de forma muy dispersa, se venían dando diversos cursos dentro de la asignatura de clínica médica [3] y en torno a los establecimientos psiquiátricos, con gran éxito en muchos casos [4]
6. Igualmente surge en la primera Asamblea de los neuropsiquiatras (Barcelona, 1924) la propuesta de crear un Cuerpo de médicos alienistas con reglamentación propia, ingreso en el mismo mediante oposición y atribuciones propias del ejercicio de una especialidad. En el Primer Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Barcelona, 1926) Gimeno Riera, Escalas Real y Torrás presentan una ponencia oficial con el título «Creación de un cuerpo de alienistas», que fue objeto de fuerte polémica, llevándose el tema nuevamente a la reunión de Madrid de 1927 y siendo presentado por Soler Martín con el título «Organización del personal técnico psiquiátrico». La creación de un Cuerpo de alienistas era fuente de disidencias y enfrentamiento entre los propios médicos y entre estos y el cuerpo de abogados, por la competencia que se podía establecer en relación a los peritajes. De forma que, a petición de Sanchís Banús, Sacristán y Prados Such se acuerda aplazar este debate sine die.

3. Abdón Sánchez Herrero, catedrático de Clínica Médica de la Complutense entre 1891 y 1904 va a exponer numerosas lecciones sobre hipnotismo. Igualmente dictarán diversos cursos en la Universidad Fernández Sanz, en Madrid, y Vallejo Lebón en Barcelona, entre otros.
4. Así ocurrirá por el impulso de conocidos alienistas como Esquerdo, J. Vera, Maestre o Juarros, en Madrid, y Giné i Partagás, Galcerán , Martí Juliá y Rodríguez Morini en Cataluña.

7. La legitimación ante los poderes públicos, por último, deberá esperar a la proclamación de la IIª República: en un tiempo récord se publicará la nueva legislación asistencial de los enfermos mentales y, posteriormente, se crearán las primeras cátedras de Psiquiatría de Madrid y Barcelona (1933 y 1934) y se establecerá un sistema de oposiciones para acceder a las plazas oficiales de las instituciones psiquiátricas. En estos cortos años previos a la guerra civil los psiquiatras y sus organizaciones de profesionales dispondrán de una sólida relación con el poder político y con amplios sectores de la sociedad.

4. LA INSTITUCIONALIZACIÓN ACADÉMICA DE LA PSIQUIATRÍA: LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS [5]

La consolidación de los estudios universitarios de psiquiatría también se vio truncada por la guerra civil: dicho proceso iniciado durante la República en Madrid y Barcelona, va a ser puesto al servicio, en la inmediata postguerra, de la consolidación del nuevo régimen derivado de la contienda civil lo que dejará en un segundo plano los intereses propios de la especialidad [6]. Dicho proceso, por tanto, no va a continuar los pasos dados durante la República, ni admite en cuanto a sus efectos comparación alguna con los cambios que tienen lugar en la psiquiatría alemana, al decir de Jaspers, con el paso de una asistencia psiquiátrica centrada en el manicomio a otra desarrollada en torno a las clínicas universitarias (13) (21). Muy al contrario, la «generación de las cáte-

5. La visión expresada por el mundo académico de este proceso va a ser mucho más triunfalista. Demetrio Barcia en su «Historia de la Psiquiatría española», ofrece su particular visión libre de cualquier consideración crítica: «Hay que esperar a finales de la década de 1940 y comienzos de la de 1950 para que se produzca un fenómeno fundamental para la Psiquiatría, la creación de las Cátedras de Psiquiatría, que modifican el panorama psiquiátrico nacional.... Los nuevos directores se mueven dentro del pensamiento psiquiátrico alemán, forman nuevos psiquiatras y desarrollan la psiquiatría. España se incorpora como colectivo, quizás por primera vez, a la psiquiatría mundial». Y continúa: « La aportación a la psiquiatría española de los fundadores y la primera generación de las Cátedras creemos que, en muchos aspectos, es brillante, aunque no ha tenido la repercusión y consideración mundial que, por su valor, debiera haber tenido». Y remacha diciendo que «solo muy tardíamente se puede hablar en España de verdadera Psiquiatría; a partir, de hecho, de las Cátedras Universitarias, que han impulsado el conocimiento de la Psiquiatría y han situado a España en un nivel análogo al de otros países».

6. No serán tampoco ajenos a las tensiones habidas en la institucionalización de las primeras cátedras de psiquiatría los cambios que van a llevarse a cabo en el departamento de Educación, especialmente a partir del nombramiento de Ruiz Jiménez como Ministro entre 1951 y 1956 y de Laín Entralgo como Rector de la Universidad de Madrid, desde donde participará abiertamente en dicho proceso formando parte de los tribunales. A ellos se deberá la aprobación en 1955 de la Ley de Especialidades.

dras de psiquiatría» (3) no supondrá un factor de modernización de la asistencia psiquiátrica española ni acelerará su salida de la ciénaga manicomial.

En 1958, J.A. Vallejo-Nágera retratará el estado de nuestras instituciones públicas con duras palabras: «Nuestros enfermos se hacinan, mal alimentados, peor vestidos, descalzos muchas veces, sucios siempre en el ambiente desolador de los patios y dormitorios del manicomio... Nuestros hospitales psiquiátricos, viejos, destartalados, sucios, malolientes, inhóspitos, sin calefacción (cuando la tienen no funciona), son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar» [7]. Casi diez años después el Presidente de la Diputación de Barcelona confirma esta situación: «Todas las instituciones psiquiátricas donde las Diputaciones tienen albergados sus enfermos poseen un profundo carácter manicomial... no sólo son arcaicos los edificios sino el espíritu que los informa... Son instituciones que producen angustia a los enfermos y a sus deudos. Tienen el carácter de depósitos donde los enfermos viven apretujados y en lamentables condiciones higiénicas» (5). Y el libro del periodista Angel María de Lera sobre el estado de los manicomios españoles publicado en 1972 revelará al público en general la escandalosa situación en que seguía encontrándose la asistencia psiquiátrica española a comienzos de los 70. (22).

La durísima contienda que se lleva a cabo por la Cátedra de Psiquiatría de Madrid, la primera y más importante para el nuevo régimen, entre Vallejo-Nágera y López Ibor, activos partidarios ámbos del nuevo orden, ilustra a la perfección el sentido de consolidación personal y profesional dentro del nuevo régimen que acompañó a este proceso que, en su parte fundamental, se llevará a cabo entre 1947 y 1960, «tiempos de silencio e incomunicación», años que discurren entre el logro de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central por parte de Vallejo-Nágera y su relevo en la misma, a su jubilación, por J.J. López Ibor.

Sinteticemos estos primeros pasos dados en la institucionalización de los estudios de psiquiatría en la Universidad española (13):

1. En 1843 y en el Plan de Estudios de Pedro Mata se crea la Cátedra de Medicina Legal, donde se incluyen los estudios psiquiátricos
2. En 1933 se aprueba la creación de una Cátedra de Psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid[8], aun cuando no se ocupará hasta 1947 [9]

7. En el mismo acto, López Ibor le contestará afirmando como las instituciones privadas de atención a los enfermos mentales tienen un nivel de calidad comparable a las existentes fuera de nuestro país.
8. Orden del 7 de julio de 1933 publicada en la Gaceta el 12 de julio
9. Tal como le cuenta Pérez-López Villamil a Tiburcio Angosto en una entrevista publicada en nuestra revista en 1985, Sanchis Banús iba a hacerse cargo del desempeño de dicha Cátedra pero su muerte prematura lo impidió.

3. En 1934 se crea la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, ocupándola Mira i López hasta 1939 . Una orden de 28 de enero de dicho año, dos días después de la ocupación de Barcelona, le dejará cesante junto al resto del profesorado que había sido nombrado por la Generalitat de Cataluña, optando por el exilio (23). Habiendo sido el primer catedrático de Psiquiatría de España, los servicios prestados a la República le dejarán sin figurar en el escalafón (24)
4. La Ley de Ordenación de la Universidad española de 29 de julio de 1943 crea los estudios universitarios de Psiquiatría y Psicología Médica. La primera Cátedra que sale a concurso oposición es la de la Universidad Central, que será ocupada por Antonio Vallejo-Nágera frente a Juan José López Ibor, quien tendrá que esperar hasta su jubilación en 1960 para ocuparla por concurso de traslado
5. En 1944 se convoca la provisión de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central a la que se presentan Vallejo-Nágera y López Ibor siendo declarada desierta. Vallejo Nágera pondrá un recurso que es desestimado en 1946, volviéndose a convocar las oposiciones a Cátedra. En 1947, Vallejo Nágera se convierte, después de una nueva contienda plagada de incidentes, en el primer catedrático de psiquiatría de Madrid.
6. Entre 1947 y 1960 y a cuentagotas van a ir ocupándose las primeras cinco cátedras de Psiquiatría: Madrid (1947), Barcelona (1948), Salamanca (1948), Valencia (1950) y Granada (1951). El sistema seguido no se quedará sin ser objeto de críticas en la época. Solé-Sagarra (1953) señalará que «el problema de elección del profesorado universitario sigue si resolverse en España de modo satisfactorio.... el procedimiento anacrónico de nuestras oposiciones, a base de polémica y puro verbalismo, a menudo encumbra falsos valores que ocupan de forma vitalicia un sitio para el que no tienen verdadera vocación ni probada competencia» (19). E igualmente López Ibor (1949) va a ser crítico con algunos aspectos de las mismas: «Las oposiciones a Cátedra son, todavía, en España un pugilato informativo, sin un adarme de pensamiento propio. Y de esto hay que salir a toda costa» (25)
7. Al comienzo de los 60, en el inicio del despegue económico español, López Ibor ocupa la cátedra de Madrid, la de mayor significación e influencia política; Sarró está en la de Barcelona; Alberca en Valencia, Rojas Ballesteros en Granada y Llavero en la de Salamanca. En el camino se habían quedado «las dos

personas más prometedoras y brillantes de las que hacían Psiquiatría en España» a juicio de Laín Entralgo (26): Luis Martín Santos y Castilla del Pino, cuya opinión, expresada muchos años después sobre dichas oposiciones, seguirá sin ser precisamente piadosa. [10]

5. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

La consolidación de nuestra especialidad pasará, principalmente, por la progresiva integración de la práctica psiquiátrica (y de los psiquiatras) dentro del sistema público de salud, lo que se hará más tardíamente que lo que las normas que se van aprobando desde los distintos Ministerios pudieran hacer pensar.

El acercamiento del colectivo psiquiátrico al nuevo sistema sanitario que empieza a desarrollarse en España en la década de los años 60 se llevará a cabo desde distintos posicionamientos. No podía ser de otra forma dada la variopinta urdimbre de donde partían el conjunto de profesionales, recursos y dependencias administrativas existentes en el retrasado panorama psiquiátrico español[11] .

Aun a riesgo de no dar cuenta de todos los matices habidos, dos tendencias sobresalen con claridad: un acercamiento «más defensivo y discreto» que busca no perder el tren del nuevo sistema sanitario en marcha y adaptarse al mismo. Otro de carácter «más crítico y propositivo», que considera, desde un plano de mayor autonomía de su disciplina, que las experiencias de cambio teórico y asistencial que se están produciendo en la psiquiatría dentro y fuera de España pueden y deben aportar elementos de cambio y modernización al conjunto del sistema sanitario. Los inicios de procesos de reforma dentro de la psiquiatría podrían servir también de elemento dinamizador del conjunto de la acción sanitaria. La primera opción se centrará en la consolidación y progresiva normalización de la psiquiatría hospitalaria y su acep-

10 . Carlos Castilla comenta en «Recuerdo de Luis Martín santos» (1999): «En enero de 1955, Luis y yo, entre otros, nos presentamos a oposiciones a cátedras de psiquiatría para las Facultades de Salamanca y Granada. Esta última la obtuvo Luis Rojas, un incapaz absoluto no solo para la Psiquiatría, sino también para la ortografía, gracias al tercer voto de mi querido Pedro Laín Entralgo»

11. Los análisis relativos a la sanidad española durante este periodo desde el punto de vista de su desarrollo institucional cuentan con la dificultad añadida de no existir un Ministerio de Sanidad, lo que obliga al estudio de las actuaciones llevadas a cabo en tres departamentos ministeriales: el de Educación, el de la Gobernación y el de Trabajo.

tación por el resto de las unidades clínicas[12]. La segunda se moverá en ámbitos de mayor complejidad que la pura normalización hospitalaria «como una especialidad más», participando abiertamente en los procesos de cambio que van a convertir la red hospitalaria del Seguro de Enfermedad en un moderno Sistema público de Salud. (6).

El desarrollo de la red hospitalaria en España va a abrir nuevas posibilidades tanto en lo que afecta a la formación como al establecimiento de fórmulas de convergencia entre el mundo académico y el profesional[13] .

El control sobre la formación de especialistas por parte del mundo académico se verá dificultado en la práctica (como ya había ocurrido anteriormente) por la dificultad de contar con suficientes clínicas donde los estudiantes de especialidad pudieran realizar sus prácticas. Los ejemplos son innumerables y venían acompañando a cada nuevo Plan de estudios Universitarios, sirviendo de coartada a la propia Administración para no dar ningún paso serio en la concreción de los estudios psiquiátricos. En el Plan de estudios de la Complutense de 1850 el ministro Seijas justifica la no inclusión de los estudios de psiquiatría por carecer de un establecimiento adecuado para atender a los locos y enseñar la materia. En el Plan de 1866 ya estaba habilitada la Casa de S. Isabel de Leganés pero nada cambiará, salvo los lamentos. En el Plan de estudios de 1902 se aprueba la obligación de enseñar en las Facultades las especialidades médicas (donde quedaba ubicada la psiquiatría) lo que obliga por Decreto a disponer que las Facultades de Medicina cuenten con Clínicas en los establecimientos de Beneficencia para cumplir con sus funciones docentes. El problema era real, las Facultades de Medicina carecían de medios para poder llevar a cabo este tipo de enseñanza y los alumnos no podían recibir la preparación necesaria. Pero pasará el tiempo sin que se arregle esta situación. El caso de la Facultad de Santiago de Compostela, donde el problema dará lugar a una huelga de los estudiantes y la suspensión de la obligación de realizar las prácticas en estas asignaturas, lo explica con detalle Delfín García (27). Después de la guerra, el decreto de Coordinación Sanitaria de 1942 tratará de arreglar una vez más este problema sin conseguirlo.

La Ley de 1955, que había dado el poder a las Cátedras de Psiquiatría poco podía hacer, sin embargo, frente a esta falta de recursos asistenciales dependientes de la Universidad. La tradición del franquismo

12. Lo que no será fácil en muchos casos y se llevará a cabo con gran lentitud; véase, si no, el caso de la Residencia Sanitaria de La Paz, sin camas para hospitalización psiquiátrica durante muchos años.

13 . La aparición de plazas hospitalarias vinculadas a la enseñanza universitaria será el punto final de dicha convergencia entre ambas

de colocar en familias políticas diferentes los departamentos de Educación («católicos») y de Trabajo («azules») tampoco facilitaba la cooperación entre ambos. No es de extrañar, por tanto, que en paralelo con la aprobación de la Ley de Especialidades se empiecen a convocar plazas para médicos recién licenciados en las residencias sanitarias del Seguro de Enfermedad, lo que va a introducir, de facto, otra vía de especialización no recogida explícitamente en dicha Ley [14]. Ni que, al margen de la relación de especialidades que incluía la Ley, donde aparecían por separado la psiquiatría y la neurología, se mantenga sine die »la neuropsiquiatría» en el caso de los especialistas de cupo de las instituciones abiertas dependientes de la seguridad social.

Los cambios asistenciales tendrán efectos más sólidos que todas las normas en el panorama de la formación de especialistas. Herida de muerte la Ley de especialidades desde su nacimiento, vamos a asistir a un continuo tira y afloja entre los Departamentos de Trabajo y Educación que va a conducir, muerto ya el dictador, hacia una búsqueda de convergencia en la nueva regulación de 1978.

Se había partido de una norma sin muchos apoyos políticos y con dificultades objetivas para su desarrollo y, del otro lado, unos nuevos profesionales formándose (y dinamizando, a la vez) en los nuevos hospitales del Seguro de Enfermedad. Y de dos espacios formativos bien diferenciados: la cátedra universitaria -espacio para el saber- y el Hospital de la Seguridad Social - espacio para el aprendizaje profesional[15].

Podemos verlo de manera gráfica en la figura siguiente:

Ministerio de Educación	**Ministerio de Trabajo**
Cátedras de Psiquiatría	Nueva red hospitalaria de la Seguridad Social con plazas para Médicos Internos y Residentes
Ley de especialidades de 1955	Ley de Hospitales de 1962
Escuelas Universitarias/ H. Clínicos	Seminario de Hospitales con Programas docentes.
Estudiantes de especialidad	Becarios contratados por el hospital

14. Como era de esperar en estas primeras convocatorias no aparecerá plaza alguna para psiquiatría

15 . López Ibor en un trabajo clásico de 1949 plantea como una antítesis de carácter moral las relaciones entre la «técnica pura» y el saber (universitario). «La técnica busca la eficacia descuidando la raiz humana y la consideración de los fines últimos, elementos necesarios al enfrentar el conocimiento». Al enfrentar el conocimiento de tipo profesional con el conocimiento con impregnación ética, propio de la Universidad, concede a esta el papel de institución portadora no solo de conocimientos sino también y muy especialmente de valores éticos.

A pesar del desencuentro inicial, se irán acercando posturas en los años previos al comienzo de la descomposición del franquismo, acelerándose este proceso de convergencia de intereses en plena transición democrática con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977

Qué duda cabe que la gran enseñanza de este periodo es constatar la imposibilidad de hablar de formación (y, por tanto, de especialización) al margen de la existencia de una práctica profesional de calidad. El poder político de las Cátedras de poco valía en un país cuya red asistencial pública no tenía el mínimo nivel de calidad exigible. El desarrollo del Seminario de Hospitales, clave para entender el nacimiento del Sistema MIR en nuestro país, se hizo imparable porque fue de la mano de instituciones hospitalarias modernas y actualizadas, un nuevo grupo de profesionales altamente cualificados y un movimiento de jóvenes médicos ávidos por aprender la medicina que se hacía, entonces, en los lugares más desarrollados del mundo occidental. [16]

6. LA INSTITUCIONALIZACIÓN FORMAL DE LA PSIQUIATRÍA: NORMAS REGULADORAS DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

La regulación formal de las especialidades médicas se llevará a cabo a través de tres normas: la primera pertenece a la dictadura (1955) y las dos siguientes al periodo de transición democrática (1978) y al primer gobierno socialista (1984). El sistema MIR se consolida legalmente después de la muerte de Franco a través del Real Decreto de 1978 y, muy especialmente, del aprobado en enero de 1984 todavía vigente a pesar de haberse visto sometido en estos años a múltiples desarrollos puntuales y retoques, junto a intentos de modificación nunca culminados [17].

Veamos los aspectos más relevantes de dichas normas (18).

16 . Una explicación más detallada de este proceso y otros ocurridos durante la transición democrática se pueden encontrar en otro apartado de la Ponencia.

17. Algunos de los desarrollos más importantes del Decreto en lo que afecta a la salud mental: Orden de 24.4.84 por la que se desarrolla la disposición transitoria 1ª; Orden de 30.12.86 por la que se desarrolla la disposición transitoria 4ª; Orden del 4.6.87 por la que se desarrolla el artículo 18 y la disposición transitoria 3ª; Orden de 21.7.94 por la que se convocan pruebas selectivas 1994 para el acceso en 1995 a plazas de formación sanitaria especializada (Primer año de convocatoria PIR a nivel nacional); Orden del 22.6.95 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas.

LEY DE ESPECIALIDADES DE 20 DE JULIO DE 1955 QUE REGULA LA ENSEÑANZA, OBTENCIÓN DEL TÍTULO Y EJERCICIO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

1. La nueva Asociación de Neuropsiquiatría (versión remozada de los antiguos neuropsiquiatras) que había reiniciado su vida asociativa en 1949 va a retomar el problema de la falta de condiciones exigibles para ejercer la especialidad neuropsiquiátrica. Linares Maza en la reunión de Valencia de 1950, llamará la atención sobre lo que está ocurriendo en las escalas de especialistas del nuevo S.O.E, donde se están titulando por primera vez como neuropsiquiatras médicos que jamás se habían interesado por la especialidad (20).
2. Durante el mandato de Ruiz Jiménez como Ministro de Educación y Laín Entralgo como Rector de la Universidad madrileña (1951-1956) se aprobará la Ley de Especialidades, que no llegará a desarrollarse y será devaluada en 1970 de rango al aparecer la nueva Ley General de Educación.
3. Esta norma trató de regular, sin éxito, la enseñanza, el título y el ejercicio de las especialidades médicas. El legislador entendió que «la circunstancia de que se haya asegurado la formación por las Facultades de Medicina y por clínicos que con su libre magisterio personal crearon promociones de especialistas, no puede justificar que el ejercicio continúe realizándose sin definir y regular el derecho a titularse especialista y sin que quede acreditado haber seguido previamente aquellos estudios, prácticas y pruebas que se suponen actualmente establecidos y superados».
4. Incluyó una relación de 31 especialidades médicas, entre las que se encontraba la psiquiatría. Sin embargo hasta muchos años después se siguieron convocando plazas de neuropsiquiatras para la red sanitaria de la Seguridad Social, pudiendo optar a las mismas de forma indistinta psiquiatras y neurólogos. Esta situación no cambiará definitivamente hasta 1984 mediante Orden de 25 de abril de 1984 que va a regular la jerarquización de especialistas en las instituciones sanitarias abiertas de la Seguridad Social y desdobla la neuropsiquiatría en neurología y psiquiatría.
5. La enseñanza de la especialidad quedaba en manos de la Universidad [18], a través de las cátedras de psiquiatría, sus escuelas

18. López Ibor, en *Los problemas de las enfermedades mentales* (1949) ya propone que la Universidad se haga cargo directamente de la formación de los profesionales

profesionales y los hospitales clínicos. A efectos de obtener la titulación se va a contemplar, también, la incipiente red sanitaria dependiente del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los propios colegios médicos.

6. La Ley planteaba:
   - 6.1 La obligatoriedad de poseer el título de especialista «para titularse de modo expreso médico especialista y para ocupar cargos de ese carácter».
   - 6.2 La consideración del postgraduado como «estudiante-médico de la especialidad correspondiente»
   - 6.3 El establecimiento de dos vías para obtener el título: una académica, a través de las Cátedras de Psiquiatría y otra asistencial, mediante la obtención por oposición de una plaza médica especializada de la naciente red asistencial del S.O.E.[19]
   - 6.4. La creación de un órgano asesor por especialidad y una Comisión Nacional asesora de las especialidades médicas, de rancia composición, [20] para el seguimiento de la formación.
   - 6.5. El reconocimiento como especialistas, a partir de su aprobación, de quienes pudieran acreditar un mínimo de tres años de ejercicio profesional de la especialidad, estuvieran desempeñando plaza de especialista por oposición [21] , justificaran un mínimo de 2 años de estudios en la Facultad de Medicina o centro de especialización y, por último, los que aprobaran unas pruebas, pendientes de realizar, en un plazo máximo de 2 años. [22]
7. La pugna existente entre los Ministerios de Educación y Trabajo (tradicionalmente en manos de dos «familias» diferentes del régimen) afectará gravemente a la Ley que sufrirá en su desarrollo (programas nacionales y unificados, establecimiento de normas de acreditación, etc) una desesperante lentitud [23] . Con

19. Al no existir ningún sistema real de incompatibilidades y no exigirse especial cualificación en la disciplina elegida, un mismo médico podía obtener varias plazas distintas y, por tanto, titularse en varias especialidades.
20 . Estaban representados la jerarquía eclesiástica y la dirección nacional de F.E.T. y de las JONS
21. En el artículo 34 del reglamento de aplicación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944) ya aparecía la Neuropsiquiatría como uno de los servicios de asistencia médica
22. Esta disposición transitoria de la Ley se consolidará con la aprobación en abril de 1958 de una orden ministerial que dictaba las normas para la obtención del título de especialista.
23. No es extraño, por tanto, que trece años después de aprobada la Ley , Obiols Vié, en la VIII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría y refiriéndose a la formación del psiquiatra señale que « todavía es posible autodeclararse especialista sin acreditar ninguna formación, con el simple requisito de estar ejerciendo durante dos años, lo que se demuestra por la fecha de colegiación».

el surgimiento de una nueva medicina hospitalaria en la segunda mitad de los 60 y la aparición del movimiento de médicos internos y residentes entra en crisis un modelo de formación postgrado tutelado desde las cátedras universitarias antes, incluso, de haber tenido ocasión de desarrollarse.[24]

R.D. DE 15 DE JULIO DE 1978 QUE REGULA LA OBTENCIÓN DE TÍTULOS DE ESPECIALIDADES

Desde los últimos años del franquismo, el sector académico de la psiquiatría española que surge de la consolidación de las Cátedras y se organiza en torno a la S.E.P (Sociedad Española de Psiquiatría), se prepara para afrontar la situación posterior a la muerte de Franco, promoviendo relaciones de colaboración a nivel internacional (OMS, Asociación Mundial de Psiquiatría) y discretos contactos con sectores reformistas del régimen.

Desaparecido Franco y en plena transición hacia la Democracia, el decreto de 1978 va a tratar de recoger, sin romper con la filosofía docente anterior , los principios elaborados y experimentados por el Seminario de Hospitales junto con las exigencias que había planteado la Coordinadora MIR a la anterior Administración [25]

Un antecedente inmediato será la Orden de diciembre de 1977 del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que trató de regular la formación de postgraduados en todos los centros sanitarios públicos, ampliando la formación seguida en los hospitales de la Seguridad Social a todos aquellos que voluntariamente quisieran adherirse. Presentaba dos grandes novedades que habían constituído el «leit motiv» de las reivindicaciones y tensiones habidas entre la administración anterior y el movimiento MIR: un sistema de entrada en la residencia mediante convocatoria general y única, con prioridad del examen multitest (75%) sobre el expediente académico (un 25%) y la vinculación del médico residente con el sistema sanitario a través de un contrato de trabajo.

El Real decreto del 78 abría nuevas posibilidades en la formación psiquiátrica al ampliar la capacidad docente al conjunto de la nueva red sanitaria existente en España, vinculando de forma explícita la calidad

24. Por el contrario, una Orden de marzo de 1966 del Ministerio de Trabajo crea 500 nuevos puestos de trabajo para médicos recién graduados dentro de los hospitales de la Seguridad Social, los futuros Médicos Internos y Residentes

25. En 1963 se crea el primer programa para postgraduados en el Hospital General de Asturias y en 1968 ya está constituido de manera estable el Seminario de Hospitales con programas para graduados.

formativa a la mejora de la propia red asistencial y abriendo una brecha en la tradicional dicotomía académica entre conocimientos teóricos y habilidades prácticas. Es, a su vez, una norma de transición entre lo antiguo que se fue y lo nuevo que está por llegar. En este contexto, va a replantear tres aspectos básicos del postgrado: la definición de los lugares formativos, las funciones y composición de las Comisiones encargadas de la formación MIR [26] y el modo de obtención del título (una evaluación final que nunca se llevó a cabo) .

Una Orden posterior de septiembre de 1978 reconoce formalmente a la psiquiatría un estatus de especialidad básica de la Medicina, aun cuando, en la práctica, seguirá siendo considerada como una especialidad más del área médica.

A partir de la aprobación del RD de 1978 se constituye un Grupo de Trabajo desde los Departamentos Universitarios de Psiquiatría, donde se encontrarán tanto el Presidente como el Secretario de la nueva Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, Obiols Vié y Joaquín Santodomingo. Dicho Grupo realiza a partir de 1979 varios Talleres Pedagógicos avalados por la OMS y dirigidos a definir y establecer los objetivos de la formación psiquiátrica del pre y postgrado, así como la metodología para alcanzar dichos objetivos y los sistemas de supervisión y tutorías más adecuados (29).Un año después se lleva a cabo en Madrid un Symposium sobre Formación y educación en psiquiatría, patrocinado por la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría, que sirve como punto de partida para la renovación de muchos profesores universitarios frente a los nuevos tiempos (29) (30).

26. No es baladí analizar la composición de las Comisiones Nacionales que propone el RD de 1978 respecto del posterior de 1984, pues expresan (al igual que ocurrió con las Comisiones asesoras de la Ley de 1955) el equilibrio de poderes existente en cada momento: en 1978 siguen teniendo un peso claramente mayoritario dentro de la Comisión el Cuerpo de Catedráticos o Agregados (4 miembros) y el Consejo General de Colegios Médicos (3 miembros). No hay representación de los MIR. En 1984 van a cambiar las cosas asumiendo una responsabilidad paritaria en dicha Comisión las dos Administraciones competentes en la materia: el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación con 3 miembros nombrados por cada uno. El peso del Consejo Gral de Colegios Médicos se reduce a un miembro, ocupando los dos restantes la nueva representación de los MIR.

R.D. DE 11 DE ENERO DE 1984 QUE REGULA LA FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

Supone la definitiva institucionalización del Sistema MIR, consagrando la formación en la especialidad como Médico Residente dentro de una red asistencial acreditada.

Sus características más relevantes han aguantado, contra viento y marea, el paso del tiempo (11):

1. Introduce una clasificación de las especialidades médicas según requieran o no formación hospitalaria, con tres grados: básicamente hospitalarias (cuarenta y una), no básicamente hospitalarias (dos) y no hospitalarias (seis), lo que va a influir sobre las formas de acceso [27].
2. Homogeneiza los programas formativos y los requisitos mínimos para acreditar centros y unidades docentes.
3. Crea una Comisión Interministerial compuesta por los Ministerios de Sanidad y de Educación, responsable de establecer el número total de plazas MIR convocadas cada año [28].
4. Modifica el examen final que había previsto el decreto anterior por evaluaciones anuales [29].
5. Da por primera vez participación a los MIR en las Comisiones Nacionales de especialidad.
6. Contempla la posibilidad de formarse en distintos centros debidamente acreditados para aquellas especialidades con formación multidisciplinaria (Art 4º, 5) [30].

27. La psiquiatría será considerada en 1984 una especialidad básicamente hospitalaria. Los cambios ocurridos en la asistencia psiquiátrica a partir del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) junto a los principios consagrados por la Ley general de Sanidad para la salud mental irán dando lugar a un debate sobre esta cuestión que posicionará a los distintos profesionales de acuerdo a sus propios criterios e intereses.
28. En el momento de aprobación del RD la diferencia entre el número de licenciados que salían de las Facultades de Medicina cada año y las plazas MIR convocadas era enorme en perjuicio de los nuevos licenciados. Una acción conjunta de ambos ministerios debía ir equilibrando, como así fue, este grave problema.
29. La existencia o no de examen final pertenece a un debate interminable que reaparece cíclicamente. En una jornada de trabajo que llevó a cabo la CNEP en 1996 en Segovia y en relación a este tema no consideró conveniente una prueba final obligatoria ligada a la obtención del título de especialista. No veía reparos importantes, sin embargo, a la posibilidad de instaurar una prueba con carácter de recertificación de carácter voluntaria mediante la que el profesional pudiera obtener un grado de excelencia.
30. El Decreto del 78 había mantenido un sistema mixto a la hora de regular las posibilidades formativas. Se podía realizar la residencia en un servicio clínico acreditado, en una escuela profesional acreditada, en departamentos de las escuelas de medicina o, por último, en varios centros sanitarios que se hubieran agrupado para este fin docente.

7. LA SIGNIFICACIÓN DEL SISTEMA MIR Y DEL REAL DECRETO DE 1984 EN LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

Si un objetivo primordial de las políticas de bienestar ha de ser proteger a las personas frente a la enfermedad (mental) de una forma adecuada y eficiente, desarrollar y consolidar una buena atención sanitaria pública se convierte en algo nuclear y para ello es preciso contar con profesionales bien capacitados y dedicados a la misma. Para garantizar un alto nivel de cualificación de sus profesionales el Sistema sanitario debe instaurar un Programa de formación reglado e invertir muy seriamente en el mismo. Esto ha sido, de hecho, el Sistema MIR (Médicos Internos y Residentes), una gran apuesta del estado español moderno por disponer de recursos humanos altamente cualificados en el sector sanitario como la fórmula más eficiente para mejorar y modernizar el conjunto de la Sanidad.

Hizo falta, sin embargo, que llegara la democracia para la consolidación del Sistema MIR, cuyas principales características siguen siendo (11) :

1. Contar con un Programa formativo de carácter nacional
2. Integrar programa teórico y práctica profesional supervisada
3. Contar con un sistema unificado de acceso
4. Considerar al MIR como un profesional médico contratado por el sistema sanitario mientras lleva a cabo el período de formación necesario para adquirir el título de especialista
5. Implicar a todas las partes que intervienen en la formación, con representación de los MIR en las Comisiones de docencia tanto a nivel local como nacional
6. Convertirse en la forma casi exclusiva de obtener el título de especialista y un requisito esencial para poder integrarse posteriormente dentro de las plantillas del Sistema sanitario público [31].
7. Realizar la especialización dentro de la red asistencial en unidades docentes debidamente acreditadas

El gasto del Sistema sanitario en la formación de sus profesionales debe entenderse, por tanto, como la forma de inversión más rentable para promover una mejor protección de la salud (mental) de las perso-

31. Una vía paralela de obtención del título a través de la carrera universitaria, el famoso artículo 18 del RD de 1984 que parecía tener un carácter residual y extraordinario, continúa vigente en la actualidad, lo que expresa que las presiones existentes desde distintos frentes para romper este principio del sistema MIR han sido, son y serán constantes.

nas. Y cualquier desestimiento por parte de la Administración de aspectos de la misma (por ejemplo, la formación continuada, delegada, de facto, en la industria farmacéutica) supone, inevitablemente, un daño a la calidad futura de todo el sistema de salud .

Las políticas seguidas en relación a la formación MIR reflejan el conjunto de las políticas seguidas en materia sanitaria. Pero además, el desarrollo de la formación MIR supuso en su momento una importantísima acción vicariante frente a la falta de calidad de la enseñanza de la medicina. El médico español salía de la Universidad, en muchos casos, con algunas buenas (y a veces, no tan buenas) ideas pero con pocos conocimientos operativos para ayudar a sus enfermos. [32]

Casi veinte años después, puede sorprender la larga vigencia y longevidad de la normativa de 1984 en materia de especialidades, más aun si tenemos en cuenta que es anterior a la Ley General de Sanidad (actualmente y una vez concluído el proceso de transferencias sanitarias en fase de reelaboración). Y más aun si tenemos en cuenta los sucesivos desarrollos e intentos de cambio que ha venido sufriendo a lo largo de estos años . Pero es el caso que ambos, sistema de formación MIR y RD de 1984 han mantenido unido, con gran éxito, su destino hasta la actualidad [33] .

8. PRESENTE Y FUTURO DE LA PROFESIÓN PSIQUIÁTRICA

8.1. Las propuestas del informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (31) vio la luz el año 1985, uno después de la aparición casi simultanea de dos Reales Decretos que habrían de influir en el desarrollo de la reforma psiquiátrica (uno regulando la formación especializada y el otro la nueva organización de la atención primaria de salud) y un año antes de que la Ley General de Sanidad asumiera aspectos básicos de la filosofía de dicho Informe y de la publicación de la Guía de Formación

32. La inclusión dentro de la residencia de un primer año de internado rotatorio resolvió los problemas derivados de la insuficiente preparación de los médicos recién salidos de las facultades de medicina.
33. Un factor que afecta a su consistencia en el tiempo, a mi juicio, es el hecho de haber sido médicos que participaron activamente en el movimiento MIR articulado en torno al Seminario de Hospitales los responsables directos en la elaboración de este Decreto: el Dr. Sabando, Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Dr.Julio Nadal, Jefe del Gabinete del Ministro, habían conocido desde dentro los problemas por los que había pasado la formación MIR.

de Médicos Especialistas (32), donde quedaron recogidas algunas de sus recomendaciones, como la consideración prioritaria de la atención psiquiátrica infanto-juvenil, la psiquiatría de la vejez y el alcoholismo y otras drogodependencias dentro de los cuatro años del periodo formativo. Otra area de acreditación específica será, precisamente, la de planificación y administración en salud (mental), a efectos de mejorar el nivel de profesionalización de la gestión en este campo como un elemento necesario para dinamizar la reforma psiquiátrica.

Dentro del capítulo de recomendaciones al Ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, el apartado séptimo estará dedicado íntegramente a propuestas relativas a la formación, con el objetivo de «adaptar el conjunto de los recursos humanos del Sistema al nuevo modelo de actuación en salud mental» que había definido el Informe en páginas anteriores. Recordemos algunas de las propuestas:

1. Se solicita al Ministro de Sanidad que promueva la *revisión de los planes y programas de formación pre y postgraduada*, de forma que recojan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo de salud mental, haciendo llegar esta recomendación a las administraciones autonómicas.
2. En relación a los *programas de postgraduados* propone modificaciones en los de medicina de familia y comunitaria (rotación de 3 a 6 meses por servicios de salud mental acreditados), psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación en el caso de la psicología clínica (con un programa de duración nunca inferior a los dos años y posterior a obtener la licenciatura en psicología).
3. Dentro de estos programas, propone dar un carácter preferente (en tanto que areas de especial capacitación) a la psiquiatría infanto-juvenil, de la vejez y a los problemas psicológicos y psiquiátricos relacionados con el alcohol y otras drogas.
4. El punto 21 se refiere íntegramente a los programas de formación continuada responsabilizando a las administraciones públicas en su financiación y estableciendo como un objetivo-diana la cualificación en salud mental de los equipos de atención primaria.

8.2. Principales instrumentos para la formación en psiquiatría

Mediante el Real Decreto de 1984 el sistema sanitario se dotó de los instrumentos básicos para la formación especializada de los médicos residentes.

El programa docente

El Programa docente elaborado por la Comisión Nacional sirve de guía de referencia para la formación de los MIR. En nuestra especialidad contamos con los programas formativos (con sus areas de acreditación específica) de los años 1979, 1986 y 1994 y está en marcha un nuevo programa [34]

Es preciso diferenciar entre la calidad de los contenidos del programa escrito, expresión de la tarea conceptual desarrollada por las diferentes Comisiones Nacionales y su nivel de cumplimiento real: este segundo aspecto es el que va a afectar más a la calidad de la formación MIR por lo que resulta más crucial. Y depende del cuidado puesto en la organización y desarrollo práctico del programa, lo que compromete directamente a las comisiones locales de docencia, responsables de las unidades asistenciales y a los tutores. Dos cuestiones hay que tener especialmente en cuenta:

1. La organización de las rotaciones por las distintas unidades asistenciales de la red acreditada para la formación. Un circuito asistencial bien diseñado es la mejor garantía que tiene el MIR del cumplimiento completo de su programa formativo.
2. Las formas de transmisión de los nuevos conocimientos, actitudes y habilidades, incluyendo el temario del Programa, priorizando su desarrollo participativo en el contexto de una práctica supervisada y de la actividad clínica cotidiana de los equipos asistenciales mejor que mediante sistemas más tradicionales centrados en la organización de cursos y seminarios (aun cuando siga siendo esta, por desgracia, la forma de actuación más extendida).

Las comisiones de docencia

El Real Decreto de 1984 estableció una nueva composición de las Comisiones Nacionales de Docencia más adecuada a la nueva situación de la democracia española y a las necesidades de la reforma sanitaria [35] .

34. Los Presidentes y Secretarios responsables de la elaboración de dichos Programas han sido Juan Obiols y Joaquín Santodomingo del programa de 1979, José Guimón y Antonio Espino del de 1986 y , por último, Antonio Espino y Tiburcio Angosto del programa aprobado en 1994.
35. En la C.N. de la especialidad están representadas las dos instituciones directamente implicadas en la formación: Mº de educación y Mº de Sanidad (3 por cada Ministerio) junto a otras instituciones: 1 por el Consejo de Médicos, 2 por las Sociedades Científicas y 2 por los MIR, siendo mayoritaria la representación ministerial , 6 a 5

El papel de las Comisiones de Docencia es clave en todo el proceso formativo. En el caso de la Comisión Nacional, es responsable de la elaboración del Programa y de las normas de acreditación de las «unidades docentes» donde se van a formar los MIR, aspecto este de importancia crucial para la organización concreta (y filosofía asistencial) de la formación de los futuros especialistas [36]. Pero además propone el número de plazas para cada convocatoria anual y es responsable del seguimiento general y del cumplimiento del programa docente en el ámbito del Estado, aun cuando sea dudosa la capacidad real de la CNEP para garantizar el cumplimiento de los objetivos curriculares. Es evidente que la formación final obtenida difiere en calidad y contenidos cuando comparamos distintas Comunidades Autónomas o distintas unidades docentes dentro de una misma Comunidad Autónoma.

En las conclusiones de la reunión citada de Segovia de 1996 la CNEP consideró que las posibilidades de realizar un seguimiento, evaluación y control de la ejecución de los programas MIR que se llevan a cabo en las unidades docentes de Psiquiatría eran escasas o nulas y todo ello a pesar de que la reciente Orden de 22.6.95 hubiera regulado de forma más detallada las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación. Y proponía desarrollar un sistema de evaluación y vigilancia más operativo, que incluyera entre otras, dos medidas: adaptar las fichas de evaluación de las rotaciones incluyendo items específicos del programa de psiquiatría y establecer un sistema de inspecciones ágiles y rápidas a demanda tanto de las unidades docentes como de la propia CNEP. (33)

En cuanto a la aprobación de nuevas plazas de formación la actuación de la Comisión Nacional durante estos años parece haberse conducido con dos criterios diferentes. En toda la primera época de la reforma psiquiátrica se buscaba incrementar todo lo posible el número de profesionales en formación por lo que se aprovechó al ciento por ciento las mejoras de la red de atención a la salud mental.

En los últimos años parecen haberse orientado hacia un mayor control de la calidad de la formación mediante la introducción de criterios más rigurosos a la hora de reacreditar unidades docentes y crear plazas

36. La definición del espacio docente (un servicio o una red de unidades asistenciales, el hospital o el área de salud) ha sido uno de los aspectos que han dado lugar a más discusiones entre los miembros de la Comisión Nacional de Psiquiatría, por los diferentes puntos de vista existentes, unos tendentes a acreditar el Servicio de psiquiatría hospitalario– más en línea con la filosofía de los programas de 1979 y 1986 – otros a acreditar la red de servicios asistenciales del área de salud – algo que trataba de aportar, entre otras novedades, el programa de 1994, actualmente vigente. Dicho enfrentamiento fue uno de los motivos de la crisis habida en la Comisión Nacional en 1994 y que supuso, después de aprobado el nuevo programa, la revocación de los puestos de Presidente y Secretario de la misma, principales artífices del mismo.

nuevas Lo que podría resultar contradictorio con la actual aceptación de profesionales sanitarios aspirantes al título de especialistas que no han llevado a cabo una formación similar (ni aproximada) a la del sistema MIR de Psiquiatría.

En cuanto a la organización de las comisiones locales el RD (anterior a la Ley General de Sanidad, no se olvide) las integró en el hospital. Con los cambios habidos en la organización asistencial hay cada vez más propuestas favorables a ampliar el ámbito de dichas comisiones al conjunto del área sanitaria. (37)

8.3. Principales factores que afectan a la calidad formativa

Con carácter general, la organización del SNS en sus aspectos asistencial y docente. Y en un ámbito más concreto, la propia organización de cada unidad docente.

La formación especializada en España, hay que recordarlo una y otra vez, ha ido de la mano del desarrollo de la atención sanitaria pública. La progresiva mejora de la red asistencial a partir de la segunda mitad de los 60, en relación al despegue económico y la apertura de nuevos hospitales de la Seguridad Social, sirve de reclamo a jóvenes profesionales, formados muchos de ellos fuera del país, que introducen un nuevo estilo de práctica profesional - poco habitual entonces en nuestros centros sanitarios -, caracterizada por la dedicación completa al hospital [37] . Un alto nivel de capacitación, comparable con la medicina de los paises más avanzados, junto a una mayor dedicación hospitalaria, abrió una nueva etapa en el campo de la docencia y la investigación médicas, de la que se beneficiaron los nuevos profesionales que iniciaban su andadura hospitalaria recién terminados sus estudios médicos.

El efecto de estos cambios asistenciales será facilitar la implantación de una nueva cultura sanitaria más en consonancia con el mundo profesional que el académico y centrada en la competencia y la calidad asistencial.

En lo que afecta a la organización de la red asistencial acreditada para la docencia, los elementos clave serán el nivel de articulación del trabajo en equipo dentro de cada unidad asistencial, la coordinación existente entre las distintas unidades, su propio clima asistencial interno y el nivel de motivación de los miembros del equipo para atender a la formación de los residentes.

37. El pluriempleo y la ausencia de un régimen de incompatibilidades digno de tal nombre era entonces la norma. Es famoso el número de empleos que acumulaban algunos profesionales de renombre, como era el caso del yerno de Franco, el Marqués de Villaverde, aun cuando no era, ni con mucho, el único.

Tres aspectos van a influir de forma significativa en el buen desarrollo docente: el nivel de motivación de los psiquiatras, la presión asistencial y la consideración del equipo y sus gestores hacia los formadores, su grado de incentivación externo.

Los informes relativos al síndrome del profesional quemado son cada vez más reiterativos en nuestro medio, tratándose, efectivamente, de un riesgo inherente a los profesionales que desarrollan su actividad en un ambiente competitivo y con altas condiciones de estrés. (34). Pero es dudoso que se trate de un fenómeno nuevo. Mira i López ya refiere, en un trabajo de 1946, dos fuentes de descontento en la práctica psiquiátrica: las condiciones del ejercicio profesional – sobrecarga de trabajo, poca remuneración y falta de medios asistenciales – y el insuficiente grado de cualificación técnica para poder afrontar los cada vez más complejos problemas psiquiátricos. (35)

Cada vez está adquiriendo mayor importancia, por último, garantizar una organización independiente y transparente de los distintos aspectos de la formación MIR debido a la presencia cada vez más invasiva de la industria farmacéutica en todo lo relacionado con la educación médica.

8.4. Características de la práctica psiquiátrica actual

Según González Duro, la psiquiatría está perdiendo identidad y entidad, al menos en Estados Unidos donde el número de médicos que quieren hacer psiquiatría no hace nada más que descender. (36).

Si nos referimos a la medicina pública en España, las cosas no parecen ser diferentes. Según una encuesta realizada en Madrid entre 400 médicos especialistas, el 79% abandonaría el ejercicio de su profesión en el sector público si pudiera mantener su poder adquisitivo y el 68% no estudiaría de nuevo Medicina a la vista de la situación actual de la profesión. (34)

- Pero, ¿qué especialidad es la que queremos ejercer hoy?
  La profesión psiquiátrica y por tanto, la especialidad, ¿sigue siendo básicamente una actividad hospitalaria como señalaba el RD de 1984, hace, por tanto, diecinueve años, o se viene transformando cada vez más en otra cosa? [38] Estamos asistiendo cada vez más, simplificaciones interesadas aparte, a una espe-

38. La Ley de Sanidad matizó, en relación con la salud mental, el criterio expresado por el RD de 1994 en un sentido más plural

cialidad que necesita para su completo desarrollo del conjunto de una red asistencial que se ha hecho cada vez más compleja para poder acoger los problemas de los enfermos en las diferentes fases y momentos de su evolución.
Es este uno de los puntos de discusión más planteados en estos últimos años y de mayor complejidad al mezclarse aspectos de orden técnico con otros de mantenimiento del estatus en relación a la formación. Este debate ya surgió con fuerza dentro de la CNEP en relación con la aparición del proyecto de Orden que daba luz verde al establecimiento de Comisiones asesoras extrahospitalarias en aquellas especialidades con periodos de rotación fuera del hospital, lo que afectaba de lleno a nuestra especialidad. (11)

- Perfiles del psiquiatra
La figura del psiquiatra aparece de forma explícita y por primera vez en el programa de 1994 (38), que contempla su perfil ideal [39], pero siempre ha sido motivo de preocupación e interés el saber en cada momento histórico qué psiquiatra queremos, qué psiquiatra conviene al sistema sanitario y qué psiquiatra solicita la sociedad.
Los perfiles del psiquiatra varían según utilicemos la óptica del usuario, la de nuestra profesión o la del resto de profesionales médicos (Atención primaria y médicos de hospital)
En todo caso existe un amplio acuerdo en considerar que las funciones del psiquiatra actual no terminan en la clínica debiendo asumir funciones de coordinación en el contexto del trabajo en equipo y de la red asistencial. La complejidad de la realidad asistencial actual exige del psiquiatra un grado de polivalencia clínica y asistencial como, seguramente, no había necesitado nunca.

- Los límites del hacer psiquiátrico
Tradicionalmente, la práctica psiquiátrica ha tenido sus límites más visibles y difuminados, a la vez, con la disciplina neurológica. En la actualidad, ya suficientemente deslindados los campos de actuación de ambas disciplinas, han adquirido

39. El psiquiatra ideal se caracterizaría por su buena integración en el sistema de salud, tener una formación polivalente e interdisciplinar, ser competente para tareas clínicas, de programación y de coordinación de equipos, ser capaz de trascender y profundizar en las tareas médico-clínicas, estar motivado para seguir aprendiendo y enseñar a los demás y asumir su profesión desde el compromiso ético.

especial interés las relaciones de la psiquiatría (muy especialmente en su orientación comunitaria) con la psicología clínica y la medicina de familia.

En lo que afecta a la neurología su separación es reciente y todavía nuestra Asociación (nacida en un momento donde neurología y psiquiatría se mantenían unidas en una parte importante de su actividad) mantiene la palabra «neuropsiquiatría» en su denominación. Qué decir del mantenimiento hasta bien reciente de las plazas de neuropsiquiatría del Insalud, declaradas a extinguir en nuestra red sanitaria a partir de la Orden de jerarquización de especialistas de 1994.

La existencia de algún que otro contencioso habido en los últimos tiempos (el caso de la polémica mantenida por los Dres. Esteban Albea y G. Berrios) se ha desarrollado, sin duda, con un cierto componente de forzada artificiosidad (39) (40).

El interés por las relaciones con la Medicina de Familia han surgido del mutuo y progresivo encuentro profesional, muy especialmente allí donde se ha dado prioridad, dentro de la reforma psiquiátrica, a las tareas de soporte de la atención primaria de salud y a la mejora en la cualificación de estos profesionales en lo que afecta a la salud mental.

El caso más significativo en la actualidad se da con la Psicología Clínica, con quien las relaciones vienen modificándose desde el inicio de la reforma psiquiátrica de una forma espectacular si lo comparamos con el espacio que va a ocupar la psicología médica en el primer tramo del franquismo.[40]

Los cambios asistenciales derivados de la reforma psiquiátrica junto a los cambios habidos en la sociedad han consolidado el papel del psicólogo clínico dentro de la red sanitaria y los equipos de salud mental. Se trata, en cualquier caso, de un fenómeno universal en los paises desarrollados (36) (41).

40 . La Ley de Ordenación de la Univesidad Española de 1943 creó los estudios universitarios de Psiquiatría y Psicología, encargando la enseñanza de esta última a un profesor de la Facultad de Filosofía y Letras con el disgusto y la queja de los psiquiatras que la veían como una disciplina complementaria de la psiquiatría ubicada dentro del periodo preclínico. Pronto cambiará esta situación, circunscribiendo su perímetro al de la Psicología Médica («que tiene como finalidad proporcionar un modo de ver los problemas del hombre sano», según López Ibor) y atribuyendo su enseñanza a un profesor de psiquiatría. Antes de ser catedráticos de Psiquiatría de Madrid, primero López Ibor y, después Vallejo-Nágera, tendrán el encargo de enseñar la asignatura de Psicología Médica a los alumnos de medicina. La reciente aparición de una especialidad de psicología clínica, totalmente independiente de la Psiquiatría, ¿puede afectar a los límites y significación de la psicología médica en su consideración actual?.

Las relaciones de la psiquiatría con la psicología clínica a partir de la reforma psiquiátrica de los 80 se mantienen en un ámbito de independencia mutua, valorando en mayor grado los principios de complementariedad y cooperación que los de competitividad y aislamiento profesional. Se trata de dos disciplinas que, ocupando espacios especializados propios y autónomos, comparten lindes borrosos en algunos campos de su actividad. Su ámbito de cooperación se ha desarrollado en el contexto del equipo terapéutico. El desarrollo de los Centros de Salud Mental ha consolidado el papel del psicólogo clínico en la red de salud mental, estando pendiente, su integración dentro del trabajo hospitalario.[41]

La progresiva integración de los psicólogos clínicos dentro de la red pública de salud mental junto a su ganancia en autonomía no se ha llevado a cabo sin problemas, tratados, sin duda, en otros apartados de la Ponencia. Si conviene recordar aquí como la aparición de la primera convocatoria de plazas para formación en psicología clínica avivó en la CNEP un conflicto latente entre los miembros de la misma que se vería agravado con la aparición del proyecto de Orden que regulaba las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación . Visto con la perspectiva de los años que han pasado me es difícil dirimir si se trató de un conflicto real, de la poca habilidad en el manejo de la situación por parte de su Presidente, o más bien de una excusa para «recuperar un poder supuestamente perdido» por parte de los representantes del Mº de Educación frente a los que entonces representaban al Mº de Sanidad.[42]

9. DOS ÚLTIMOS PENSAMIENTOS Y ALGUNA PROPUESTA A LOS SOCIOS DE LA AEN (Y A SU FUTURO PRESIDENTE)

9.1. ¿Sigue siendo posible la formación continuada?

El descuido en el uso de las palabras nos está llevando a aceptar cada vez con menos rubor referirnos a la «formación continuada» como un negocio relacionado con la formación médica y organizado directa-

41. Los problemas para introducir el programa PIR en aquellos hospitales cuyos responsables no son favorables a ningún tipo de « invasión psicológica» son bien conocidos
42. La intervención del Dr. Palomo, entonces vocal de la CNEP, recogida en el acta de la reunión no puede ser más explicita: plantea que habiéndose cumplido el mandato del Presidente y el secretario de la Comisión, ambos representantes del MSC, el nuevo presidente debe ser escogido entre los representantes del MEC.

mente por la industria farmacéutica o, con mayor frecuencia, a través de distintas sociedades científicas y profesionales. [43]

Por eso me parece tan necesario preguntarse, hoy, en el seno de una asociación profesional de tradición progresista, si es posible la formación continuada en nuestro sector.

El caso es que la complejidad de los conocimientos y problemas actuales la hace especialmente necesaria. Para el buen desarrollo del equipo asistencial (y los profesionales que forman parte del mismo), para los usuarios y para el propio sistema de salud.

En el caso del profesional interesado en su profesión, es el principal mecanismo con que cuenta el Sistema Sanitario, junto con facilitarles tiempo y medios para la investigación clínica, para incentivarlo y mantener su motivación. Muy al contrario, los viajes promocionales que organiza la industria (y donde suelen ir siempre los mismos «profesionales») tienen un efecto desincentivador sobre el profesional que «ya no cree en nada» (salvo en sus viajes de placer mientras sus compañeros de equipo se hacen cargo de su trabajo)

Determinados aprendizajes no se pueden completar en los márgenes delimitados de la formación MIR. Porque pertenecen a ámbitos no esenciales a la formación y necesitan, por tanto, de una motivación añadida para afrontarlos. O porque son aprendizajes que traspasan los cuatro años de formación y sólo va a ser posible aprender lo básico durante el periodo MIR

O porque son nuevos problemas que han surgido cuando ya llevábamos tiempo en nuestro oficio.

No digo nada nuevo. La necesidad de un 5º año para profundizar en determinados campos de nuestra especialidad cae por su peso, muy especialmente si se desarrollan, algún día, las ACEs (42). Igual que necesitamos por nosotros mismos, por nuestros pacientes, nuestros compañeros de equipo y el propio Sistema sanitario que nuestra competencia profesional «esté al día».

Por estos y otros argumentos todos estamos de acuerdo con la necesidad de la formación continuada.

El problema cambia, sin embargo, a la hora de diseñar el cómo y el dónde llevarla a cabo para que cumpla eficazmente sus objetivos.

43. Un ilustrativo ejemplo de estas actitudes lo tenemos en la respuesta del Director General de Sanidad de la Comunidad de Madrid a un artículo de Mariano Hernández donde relataba la existencia de prácticas incorrectas de «la mayor parte de los psiquiatras» en sus relaciones con los visitadores médicos. El Director afirmaba, textualmente, haberle desagradado dichos párrafos..... pues aun sabiendo que esas circunstancias existen.... no podía admitir que se dieran en la mayor parte de los profesionales. A lo visto, dichas irregularidades, conocidas por el Director General según propia confesión, no necesitaban investigación alguna, por ser pocas.

Me cuesta entender como, de forma tan acrítica, se viene organizando la formación continuada (cuando no nos la organizan) con esquemas formativos anteriores al modelo MIR, esquemas, por cierto, que han demostrado sobradamente su poca utilidad. Si lo que cambió el nivel de cualificación real de los profesionales de la sanidad fue el pasar de una enseñanza de corte tradicional (clases magistrales, cursos y seminarios) a la práctica supervisada y el trabajo en equipo como modo de aprender a resolver los problemas en su complejidad (además de poder hablar con sentido de ellos) no se entiende que los programas de formación continuada tiendan a diseñarse en paralelo con la práctica profesional y se siga cayendo en la tentación de realizar cursos y más cursos sin una evaluación seria de los resultados.

Si en un determinado territorio existe una prevalencia alta de trastornos de la alimentación o un equipo carece de profesionales con experiencia en determinadas técnicas de tratamiento grupal, el problema no debería tratar de resolverse con un curso a la vieja usanza, sino mediante la sabia combinación de dos tipos de actuación: realizar una estancia en un servicio puntero en trastornos de alimentación o en terapias de grupo de la propia red, y al tiempo, poner en común nuestras experiencias con otros profesionales interesados mediante una técnica de taller. Algo tan sencillo, ¿por qué no se pone en práctica?. Si un curso de venticinco horas sobre trastornos de la alimentación no me permite hacerme cargo de dicho problema en el Servicio (o más exactamente, me lo permite más o menos igual que si no hubiera realizado el curso, porque la dificultad principal que tengo, manejar los nuevos problemas que me traen estas personas, no se resuelve en el curso, aun cuando pueda aportarme información e ilusión por aprender a afrontar estos problemas...) ¿qué función tiene?. Acaso sea que da créditos que sirven para el curriculum personal o la realización del doctorado, que los profesionales cobran por darlo, muy especialmente si lo financia la industria, etc, etc. Todo parece ayudar a confundir réditos de carácter individual con aquellos vinculados a una mejora de la práctica asistencial, objetivo que se persigue, al menos oficialmente, con este tipo de formación.

Un buen programa de formación continuada exige que la administración ponga dinero, sí, pero sobre todo, que aproveche el valor más preciado con que cuenta en su organización: los propios profesionales. Esto exige contar con una red asistencial competitiva y dispuesta a colaborar. Exige acreditar dentro de la red aquellos programas que tengan condición de excelencia. Exige vincular la formación continuada con las necesidades de la población y de los equipos asistenciales. Exige confiar en el valor formativo de la red de salud mental y del trabajo en

equipo. Exige también controlar la «agenda formativa» (que debe estar en manos de unas comisiones de docencia con amplia representación de los distintos equipos, con medios y con autonomía). Y exige, por último, la mayor independencia posible, lo que pasa por la democratización de la agenda formativa (Comisiones de docencia) y por la financiación pública o cuando esté subvencionada su realización con absoluta transparencia informativa [44] .

Estamos, a mi juicio, ante uno de los problemas clave de la actualidad de nuestra profesión. Si reconocemos el papel que la formación juega (y la llamada formación continuada), en la conformación de la práctica asistencial de los nuevos profesionales ¿cómo no preguntarse sobre quién controla dicha formación, inquirir las razones del abandono cada vez más vergonzante del sector por parte de la Administración, y los intereses de la industria farmacéutica en toda esta actividad que cada vez corre más riesgo de quedar reducida, en su mayor parte, a un suculento negocio?

Por último, ¿cómo podemos – en tanto que Asociación – mirar para otro lado y no hacer nada?

9.2. La realidad formativa, una desconocida

Terminando ya este repaso apresurado sobre la especialización psiquiátrica me asaltan las dudas: ¿seguro que conocemos nuestra realidad formativa? ¿lo qué hacen los MIR durante los cuatro años? ¿lo que aprenden (y lo que no) durante la residencia? ¿sabemos cómo es nuestra especialidad en la actualidad y cual es su efectividad en relación con los problemas de las personas que padecen trastornos psíquicos?

Cada vez estoy más convencido de que sigue existiendo una gran distancia entre lo que, con tanto esfuerzo, planificamos y lo que realmente se consigue en materia docente**.**

La realidad formativa sigue teniendo lados oscuros, desconocidos para todos nosotros

- Tres medidas podrían ayudar a tratar de conocer mejor lo que se hace durante la formación y los cambios que se producen en relación con la propia dinámica del Sistema sanitario. Por eso sería muy conveniente, a mi juicio:

44. Estos comentarios los realicé en la reunión de expertos a que fui invitado a participar en la fase de elaboración del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Desgraciadamente no he visto reflejado ningún aspecto de mi intervención en el documento final de dicho Plan.

1. Realizar una Encuesta Nacional en el ámbito de nuestra Asociación sobre la calidad y efectos concretos de la formación de nuestros residentes en España
2. Establecer un Observatorio permanente que detecte (mediante la elaboración de indicadores sensibles) los cambios que se van dando en la atención a la salud mental y su relación con los recursos humanos del Sistema.
3. Proponer a las administraciones sanitarias un cambio en lo que afecta a la organización, gestión y financiación de la formación continuada, que ha de responder a los intereses de los usuarios y de los equipos asistenciales.

Como es natural, dichas medidas habrán de dirigirse al conjunto de los profesionales de la salud mental, más específicamente, a aquellas profesiones con mayor y más específico compromiso con las acciones en favor de la salud mental que tiene a su cargo realizar el sistema sanitario.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. García del Carrizo, Mª. Gl., «Historia de la Facultad de Medicina de Madrid.(1843-1931)», Tesis doctoral inédita de la Universidad Central, Madrid, 1963
2. Espinosa, J., *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1966
3. Gracia, D., «Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936», *Cuadernos de Hª de la Medicina Española*, 1971; X: 305-339
4. Valenciano Gayá, L., *El doctor Lafora y su época*, Madrid, Ed. Morata, 1977
5. Espino, A., «La reforma de la legislación psiquiátrica en la II República: su influencia asistencial», E*studios de historia social*, 1980, 14: 59-106
6. Comelles, J.Mª, *La razón y la sinrazón*, Barcelona, PPU, 1988
7. Huertas,R., «La Psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de Institucionalización», En: *Un Siglo de Psiquiatría en España*, I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, Madrid, Colección Salud Mental: Pensamiento y Práctica, 1995, 21-40
8. Alvarez, R., «La Psiquiatría Española de la Segunda República», En : *Un Siglo de Psiquiatría en España,* I Congreso de la Socie-

dad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, Madrid, Colección Salud Mental: Pensamiento y Práctica, 1995, 89-108
9. Martínez-Pérez, J., «Locura y Med icina Legal: Una relación clave para la temprana Institucionalización de la Psiquiatría en España», En: *Un Siglo de Psiquiatría en España* , I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, Madrid, Colección Salud Mental: Pensamiento y Práctica, 1995, 69-85
10. Aparicio, V. (comp.), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, Ela Editorial, 1997
11. Espino, A., «La especialidad de psiquiatría en España. El sistema MIR», En: García, J., Espino, A., y Lara,L. (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 1998, 289-309
12. Albarracín, A., «La Facultad de Medicina de Madrid (1843-1967)». En José Danon (coord..), *La enseñanza de la Medicina en la Universidad española. Primera parte*, Barcelona, Fundación Uriach 1838, 1998, 31-54
13. Casco, J., «Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960). Con un Pórtico y un Epílogo como homenaje a Luis Martín-Santos», En: Fuentenebro, F, Berrios, G. E., Romero, I., Huertas, R. (Eds.), *Dr. Luis Martín-Santos. Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Colección Salud Mental: Pensamiento y Práctica, 1999, 85-129
14. Lázaro, J., «Historia de la asociación Española de Neuropsiquiatría», Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (Número monográfico), 2000, XX, 75: 399-515
15. Saurí, Jorge J., *Historia de las ideas psiquiátricas*, Buenos Aires, Carlos Lohle, 1969
16. Espino, A., «La reforma psiquiátrica en la 2ª República española», En: Huertas, R., Romero, A. I., Alvarez, R. (Coord.), : *Perspectivas psiquiátricas,* Madrid, C.S.I.C., 1987, 221-230
17. Lázaro, J., «La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras», En: *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol.XV, nº 53, 1995, 295-308
18. Espino,A., «La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción», En: Aparicio, V. (comp..), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, Ela Ed., 1997, 107-143
19. Solé-Sagarra, J. y Leonhard, K., *Manual de Psiquiatría,* Madrid, Ed. Morata, 1953
20. Linares Maza, A., «Formación psiquiátrica del especialista», En: II Congreso de Neuropsiquiatría, Valencia, 1950, 39-67

21. Jaspers, K., *Psicopatología General,* Buenos Aires, Ed. Beta, 3ª Edición, 1966
22. De Lera, A. Mª, *Mi viaje alrededor de la locura,* Barcelona, 1972
23. Danón, J., «La Facultad de Medicina de Barcelona», En: José Danon (coord..), *La enseñanza de la Medicina en la Universidad española. Primera parte*, Barcelona, Fundación Uriach 1838, 1998, 100-128
24. López Ibor, J.J. y López Ibor-Aliño, J.J., «Historia de la Psiquiatría Española», En: Ruiz Ogara, C., Barcia Salorio, D y López-Ibor Aliño, J.J., (Dir.), *Psiquiatría*, Tomo I, Barcelona, Ed. Toray, 1981, 28-43
25. López Ibor, Juan J., *Los problemas de las enfermedades mentales,* Barcelona, Ed. Labor, 1949
26. Laín Entralgo, P., «El doctorado de Luis Martín-Santos», En: Fuentenebro, F, Berrios, G. E., Romero, I., Huertas, R. (Eds.), *Dr. Luis Martín-Santos. Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Colección Salud Mental: Pensamiento y Práctica, 1999, 255-259
27. García, D., «La Facultad de Medicina de Santiago», En: José Danon (coord..), *La enseñanza de la Medicina en la Universidad española. Primera parte*, Barcelona, Fundación Uriach 1838, 1998, 129-147
28. Chacón, F., *Reclusión de dementes,* Madrid, Col. Lictor C., 1941
29. Ruiz Ogara, C., «La formación de los especialistas en psiquiatría», En: Ruiz Ogara, C., Barcia Salorio, D y López-Ibor Aliño, J.J., (Dir.), *Psiquiatría*, Tomo II, Barcelona, Ed. Toray, 1981, 1615-1618
30. Leal, C., «Sociedad Española de Psiquiatría», En: *Homenaje al Médico del siglo XX,* AstraZeneca, 2002
31. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril, 1985,* Madrid, Secretaría General Técnica
32. «Psiquiatría», En: *Guía de Formación de Médicos especialistas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986, 145-149
33. «Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (CNEP)», Segovia, noviembre de 1996. En: *Rev. Asoc. Esp. Neurops.*, 1998, XVIII, 68, 749-758
34. Espino, A., «La desilusión de los profesionales de Atención Primaria y Salud mental: un serio riesgo para la calidad asistencial. (Editorial)». En: *APySAM. Atención Primaria y Salud Mental,* 1999, Vol.2, nº1, 2-3
35. Mira i López, E., «Cristalografía del psiquiatra», En: *Revista de Neuropsiquiatría.*, 1946, Vol. IV, nº 2.

36. González Duro, E., «De la psiquiatría a la salud mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.,* 2000, XX, nº74, 249-260
37. Espino,A., «La formación de los profesionales de salud mental: un debate abierto», En: *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 1993, nº4, vol.1: 131-143
38. Ministerio de Sanidad y Consumo «Psiquiatría», En: *Guía de formación de especialistas*, Madrid, 1996, 527-538
39. Berrios, G. E., «El ocaso de la neurología. (Editorial)», En: *Rev. Asoc. Esp. Neurops.*, 1993, XIII, 44, 1-2
40. García-Albea, E, «El ocaso de la psiquiatría», En: *Rev. Asoc. Esp. Neurops.*, 1993, XIII, 44, 83-86
41. Pichot, P., *Un siglo de psiquiatría,* Paris, Ed. Roger Dacosta, 1983
42. Montilla, José Fco., «El MIR de psiquiatría. Una historia de venticinco años» (Editorial), En: *Rev. Asoc. Esp. Neurops.,* 2002, XXI, 84, 3-9

II

CAPÍTULO 2
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO ESPECIALIDAD SANITARIA DE LA PSICOLOGÍA. ANTECEDENTES, PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN, FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y FORMACIÓN CONTINUADA. VALORACIÓN, REFLEXIONES Y PROPUESTAS

Mª Begoña Olabarría

No existe duda alguna sobre el hecho
de que todo nuestro conocimiento
proceda de la experiencia.

Kant

1. PRESENTACIÓN

1.1 Necesidad, memoria, mediación y elaboración de la experiencia

Entrego lo que ahora escribo a un tiempo futuro en el que encontrará –tal vez- un lector para una modalidad de interlocución que justificará la razón de ser del texto. Ello obliga a considerar las preguntas, las necesidades, a las que este escrito dirige desde hoy su atención, desde un presente que recoge líneas de acción del pasado y diseña su contribución para el futuro.

No se trata de una vana ambición, porque el curso de nuestro tiempo humano no es neutro, precisa de la determinación, de la materia de las decisiones, de las acciones. De esta manera el curso de las experiencias pasadas aglutinan un modo de ver el presente que convierte en «natural» lo que es producto de la acción. Y así, tal vez para algunos de los lectores futuros (incluso para alguno de los autores de esta Ponencia) que la Psicología Clínica sea hoy en nuestro país una especialidad sanitaria, es «natural» y ello a muchos puede llevarles (sin planteárselo) a alejarse de códigos comunes de identidad y responsabilidad colectiva, códigos comunes que expresan el sentido de la acción que alcanzó la especialidad. Esos códigos, que expresan valores, viven en este texto, y lo explicito para que la lectura crítica de lo escrito incluya este sentido, pues quiere el texto (en realidad, como todo mensaje, como toda acción) decir algo más de lo que expresamente su contenido dice.

Hablar de esta especialidad sin remitirnos a compromisos con el cómo de la configuración de la identidad profesional de la Psicología, así como con la reforma de la Sanidad española tanto en su estructura como en sus discursos y sus formas de hacer, con la necesidad por tanto de la búsqueda de nuevos instrumentos para dar respuesta a nue-

vas necesidades de entonces, sería tanto como prescindir del contexto en el que hoy cobra identidad y dimensión y desde donde proyecta su realidad a un futuro que sería imprudente prever hoy, pero a cuyo diseño quiere contribuir.

La gestación de la especialidad nos obliga a considerar su inevitable sometimiento al curso del tiempo, al tiempo pasado desde la Transición en España donde se inicia y cobra identidad, al tiempo presente donde se establece esta especialidad como realidad instituída (Real Decreto 2490/98 y Orden Ministerial PRE 71107/2002)) y al tiempo futuro con una identidad, unos principios y unas líneas de acción que buscan configurarse en los nuevos marcos, en las nuevas realidades que deparará el tiempo futuro, tiempo que desde ahora cada uno contribuímos a construir. Al fin y al cabo, lo que hoy llamamos (y es) «Especialidad de Psicología Clínica» no es otra cosa que un resultado final de actos de pensamiento, de diseño, de confluencia, de acción, que fueron ampliando, con direccionalidad, el inagotable territorio de las mediaciones hasta llegar a ser.

Este lenguaje escrito fija un discurso en el tiempo para el lector; un lector que hoy para mí es futuro: su aparición convertirá el texto en un ejercicio de diálogo con un pasado que se actualiza en ese presente de la lectura. Y entonces tal vez lo aquí escrito adquiera una movilidad que será la del lector, quien podrá o no hacerse partícipe con sus valoraciones, confluencias, discriminaciones, acciones, de nuevas mediaciones en y sobre la identidad, los valores, principios, objetivos, campos de acción, instrumentos, aplicaciones y transmisión de conocimientos, entre otros asuntos, de la Psicología Clínica.

A todo ello se dirige este texto. Resulta complejo dar cuenta del porqué, del qué, del para qué y del cómo de esta Especialidad, porque elegir de lo habido y de lo existente hoy significa entre otras cosas elegir. Naturalmente, no puedo dar cuenta de toda la riqueza y complejidad (pasos adelante y atrás, caminos realizados y caminos truncados, colaboraciones preciosas, ayudas generosas, problemas internos y externos...) habidas en el proceso. No puedo agotarlo, no sólo por inabarcable para mí, sino también por incapacidad. Del enjambre posible de conexiones de material, haré una selección de proposiciones buscando dar cuenta de esta realidad. Así que, de antemano pido disculpas por el inevitable sesgo que traeré, pues una elección deja de lado otras posibles. Unas más conscientes que otras. Así que expresaré (buscando dar cuenta cierta) un resultado de operaciones previas que cuajarán en el texto, texto que busca a esos lectores críticos que harán un producto o resultado distinto a lo aquí escrito. Un producto que tal vez pueda resultar colectivo de nuevo, en tanto participe de una lógica, de un dis-

curso, de un interés compartido y diseñado estratégicamente vinculado al del pasado, que ha configurado este presente de lo ahora aquí elaborado y presentado, y nuevo, de otra intersubjetividad.

Pero no sólo la selección mía del material de lo expuesto definirá como no inocente lo aquí escrito (como también será no inocente lo leído, naturalmente), sino que el modo del proceso de constitución y el cómo de la propia existencia, del ser actual de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología son resultado de una voluntad colectiva, por lo tanto es también resultado de un cierto modo de ver lo que queríamos hacer, de elegir lo que queríamos cambiar, de actuar lo que queríamos ser en un horizonte continuo. Por éso y en este sentido la Psicología Clínica no es inocente tampoco.

No se trata de entrar en la denominada *filosofía de la sospecha*, sino de reconocer la imposibilidad de la plena neutralidad racional y, al tiempo, el deseo de ella.

De nada nos sirve la mirada si no es como punto de partida de un proceso de elaboración/reelaboración mediante el lenguaje de cuanto hemos visto o vivido (o hemos creído ver o vivir). Desde esta perspectiva lo que aquí se expone no es una apoyatura para dar nombre a las cosas, sino un medio para dar nombre a lo no siempre visible en los procesos y en las estructuras de la formación en Psicología Clínica, a la realidad que éstos contienen, a los obstáculos que dificultan las mejoras.

2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA EN EL MARCO DE LA TRANSICIÓN

La Psicología Clínica (Real Decreto 2490/1998) se configura hoy en nuestro país como un saber especializado que se ajusta a un perfil formativo de rasgos precisos, cuyas líneas están recogidas en el vigente Programa de la Especialidad (1996), aprobado por los Ministerios de Sanidad y Educación. Estas líneas (formación especializada profesional, tutorizada, de carácter progresivo en la asunción de responsabilidad asistencial, en una red de servicios especializados diversificados, en un territorio dado con población definida, con óptica de continuidad de cuidados, con obligatoriedad de existencia en la red de servicios acreditada para esta formación de diversos programas de cobertura etaria y asistencial, con una orientación comunitaria, con una visión integral de la atención y multidisciplinar de los equipos, etc), en su día fuertemente novedosas y cuya bondad viene siendo reiteradamente mostrada desde 1983 (en que se pone en marcha el primer Programa de Forma-

ción de Especialistas para psicólogos en la Comunidad Autónoma de Asturias, sin reconocimiento oficial de los Ministerios con competencias en materia de formación y titulación de especialidades sanitarias), responden a ideas, procesos, debates y discursos que a su vez se generaron a lo largo de la etapa de nuestra historia reciente que ha venido a quedar denominada «Transición».

La etapa de la Transición en lo que a la Psicología Clínica se refiere, introduce objetivos y desarrollos que hoy nos parecen «naturales» y, en ese sentido, no un resultado de la acción colectiva. Hoy consideramos «natural» que los avances de nuestro que-hacer teórico/técnico se entretejieran entonces en y con las estructuras públicas sanitarias complejas y diversificadas. Un entretejido que hace a lo técnico, a lo teórico, a lo conceptual, a lo ideológico y sociopolítico, que se fragua principalmente durante los años 70 y que tiene su presentación o expresión en los importantes cambios que transforman el país en tantos aspectos y, entre ellos, el sanitario.

Resulta habitual que en la enumeración de rasgos del saber aplicado de la Psicología Clínica esté ausente una descripción del contexto de articulación que le dota de significado. Se trata a mi modo de ver de un cierto modo de valor acientífico que olvida la historicidad de todo saber.

Esta configuración del «sentido» de un saber, un «sentido» que lo engloba y trasciende, aporta una inevitable visualización de los valores que jugaron papel destacado en la actuación colectiva así como las distintas posiciones que en torno a ellos diversos grupos sostuvieron. Resulta por tanto «natural» también que para muchos exista una tentación de oscurecer o conocer la construcción del proceso y reflexionar sobre ello para el futuro, pues todo ello configura parte importante del sentido del proceso.

Se trata de un tipo de miedos de pequeños pero influyentes grupos de nuestra propia colectividad -de profesionales «colindantes» y también de la Psicología-, que vienen provocando en ocasiones conflictos locales, pequeños desastres que devienen de confundir ser con ocupar. El miedo de pequeños pero influyentes grupos ante sí mismos y ante los demás ha desembocado en demasiadas ocasiones ya en formas soterradas de violencia que podrían haber dañado muchos objetivos, entre ellos el de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria de la Psicología. Pues el miedo no sólo afecta al futuro, sino también al pasado en singular entrelazamiento: Quienes temen afrontar su pasado, igualmente temen al futuro. Cabe también aquí y ahora expresar agradecimiento a quienes ejercieron su crítica, pues sin duda no sólo ejercían un derecho, sino también un deber y, por supuesto, contribuyeron en muchas

ocasiones a que las reflexiones, los diseños, las elaboraciones, las posiciones, fueran más cuidadosamente propuestas y realizadas, configurando así elementos del bucle dialéctico de la reflexión y la acción.

Por otra parte, conocer el proceso de construcción e institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad sanitaria de la Psicología en nuestro país, permite identificar adquisiciones y también errores, y abordar la tarea de la reflexión responsable y colectiva sobre el futuro, construyéndole –al menos en parte-.

Junto a lo anterior y además, Sánchez Ron (1992) presenta la profesionalización especializada como una vertiente del modelo de desarrollo científico occidental que se ha convertido hasta el presente en un instrumento de poder social aún al margen de las intenciones de sus protagonistas. De hecho no sólo el desarrollo científico, sino la institucionalización de la aplicación científica a través de las profesiones, ha modificado durante el s.XX y particularmente tras cada una de las dos guerras mundiales, la vida social y cotidiana de las poblaciones, los modos colectivos de mirar y afrontar los problemas. La concepción de la salud como derecho ciudadano y la organización de la asistencia sanitaria pública en escalones vertebrados (Atención Primaria, Secundaria, Terciaria) es buen ejemplo de ello.

Los profesionales son hoy percibidos como agentes de influencia en las sociedades de las que participan, contando con una relevancia social impensable hace sólo un siglo. De este modo no puede ya resultar sorprendente el esfuerzo hacia la profesionalización especializada de cada disciplina científica ni tampoco la concurrencia de patrimonialismos corporativistas resistentes que pueden en ocasiones revertir en condicionar los modos de conocer y las aportaciones profesionales de una u otra disciplina científica al medio social del que participa. En este sentido, las recientes sentencias del Tribunal Supremo (Tribunal Supremo, 2002), contra los Recursos Contencioso Administrativos interpuestos por el Consejo General de Colegios de Médicos de España, la Asociación Española de Psiquiatría, la Asociación Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98 por el que se crea y regula la especialidad de Psicología Clínica, vienen a cerrar el proceso de creación normativo/legal de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, que veremos más tarde.

Fijemos entonces la mirada en el pasado inmediato de la Psicología Clínica para poder mirar nuestro presente y hacer diseño de futuro. Intentemos extraer de ese pasado la confianza colectiva de quienes no temen asumir sus intereses y responsabilidades con direccionalidad en un medio social dinámico, en contextos de alta complejidad.

2.1. El Sistema Sanitario español en la Transición.

La muerte de Francisco Franco el 20 de Noviembre de 1975 abre expresamente la transición a la democracia. Tomaremos esta fecha como referencia –siempre arbitraria- del inicio de esa etapa de la Transición que abre un proceso de profundos cambios cruciales en muchos y diferentes ámbitos del país. Su importancia no sólo es visualizable «a posteriori», sino que se trata de una época en que la población conoce, a mi juicio, que está en una fase que puede resultar clave para la incorporación de cambios y reformas en profundidad, con valor de futuro.

Hemos también de situar una convención para el establecimiento del final de la Transición y propondré de manera aproximada, 1982, porque el acceso del Partido Socialista (PSOE) al Gobierno del Estado parece un signo de confianza colectiva en la consolidación democrática que incluye también la –supuesta- imposibilidad de marcha atrás en dicho proceso. Pero conviene aquí decir que es precisamente -y como veremos a continuación- a partir de esa fecha, 1982, que la institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria da sus pasos más significativos, indisolublemente unidos a los cambios sanitarios y reformas tanto estructurales, como de pensamiento y modos de hacer en los servicios sanitarios públicos, que se prolongan hasta la segunda mitad de los noventa.

La muerte de Francisco Franco da lugar a la eclosión en lo sanitario del debate abierto y la expresión de demandas que también caracterizan a otros ámbitos (Educación, Justicia, sindicalismo, libertades, derechos,...). En la Sanidad Pública -entonces «Previsión Social»-, la referencia para el cambio era la de los países europeos (principalmente Gran Bretaña y Suecia, cuyos modelos socialdemócratas eran admirados), imagen que en muchos aspectos representaba un horizonte.

Era evidente que la ciudadanía, los partidos políticos y los profesionales interesados ni en términos de cobertura, ni de gasto público, ni de áreas de intervención podían aceptar no alcanzar mejores cotas de atención sanitaria que los existentes. La necesidad de la introducción de cambios sustanciales en esta materia era un hecho incontrovertible en torno al cual los debates con la participación de muy diversos sectores, se sucedían con intensidad, desorden y riqueza.

Conviene aquí decir que este gran debate sanitario no aboca al establecimiento de las ansiadas reformas durante la Transición, pero sí estableció bases para su desarrollo a partir de 1982.

Es cierto que durante esta etapa se produjeron un aumento de gasto público y de cobertura (aún insuficientes) y la aparición de algunos cambios institucionales de interés para la Psicología Clínica, como la

creación del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) en 1979, la diversificación en el Estado y el desarrollo de los estudios universitarios (licenciatura y doctorado) de la Psicología y el inicio de la incorporación de psicólogos a tareas sanitarias en servicios sanitarios periféricos a la Seguridad Social o en dispositivos creados por los Ayuntamientos y flamantes Comunidades Autónomas (CCAA) que deseaban mostrar desde el acceso de los partidos progresistas a su gestión, nuevos modos de hacer en la salud.

Pero el mantenimiento de lo existente y la continuidad en la Sanidad Pública desde 1975 hasta 1982 fue un hecho.

La percepción valorativa de retraso en la Previsión Social española queda puesta de manifiesto en términos económicos: En 1975 el gasto público era del 24,7 del PIB, mientras que la media de los países de la OCDE era del 40,2% (Tanzi,1998).

En 1975 las transferencias económicas del Estado a la Seguridad Social en España eran 28 veces menos a la media de los países de la OCDE (González Catalá y Vicente Merino, 1985). Si en 1972 la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General no había dado pasos sustanciales en su aplicación, ahora, en la Transición, se producen algunos de los previstos en dicha Ley, aún así, incompletos: Entre 1977 y 1981, cuando ya estaba vigente la Constitución Española de 1978 (que incorporaba el derecho a la cobertura universal sanitaria de la Seguridad Social para todos los ciuadadanos españoles), se crea todavía regímenes especiales para diputados, futbolistas, religiosos y toreros, dejando todavía fuera de cualquier cobertura a otros grupos de trabajadores y ciudadanos.

La importante crisis económica que coincide con la Transición y que arroja al desempleo a millones de trabajadores, dificultaba una expansión del imprescindible gasto público y se produce una importante incapacidad entre 1975 y 1982 para modificar el statu quo sanitario con arreglo a los cambios que se estaban manifestando aceleradamente en lo socioeconómico, ideológico y político en el Estado.

Si las medidas específicas desarrolladas en el campo sanitario durante la Transición en aplicación y desarrollo de la Constitución (1978) fueron escasas, ocasionales y sin lógica interna, cabe destacar la liquidación del Instituto Nacional de Previsión (INP) y la creación mientras se discutía la Constitución, de cuatro institutos dedicados cada uno a una parcela de la política social pública: El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la atención sanitaria; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión de las pensiones; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para las prestaciones a la tercera edad y los disminuídos físicos y psíquicos; el Instituto Nacional

de Empleo (INEM), para la gestión del desempleo. Así mismo se creó la Tesorería General de la Seguridad Social, que mejoró la gestión económica del sistema, si bien aumentó la rigidez administrativa (Gonzalo González, 1985).

Es preciso tener en cuenta que en 1977 se había creado un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, independiente del Ministerio de Trabajo, que no gestionó el Instituto Nacional de la Salud. En 1981 se produce otra separación: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Sanidad y Consumo, quedando a éste adscrito el Instituto Nacional de la Salud.

En resumen, confusión, inseguridad, temor en el desarrollo de los cambios imprescindibles en lo sanitario, circunscribiéndose fundamentalmente a la expansión de la población cubierta (siguiendo un modelo mutual) por los poderes públicos, aunque en 1982 todavía el 14,4% de la población no contaba con ningún procedimiento público de Seguridad Social (Fundación Foessa,1983). La concepción de la cobertura sanitaria como derecho ciudadano no encontraba cabida. La necesidad de reforma aumentaba y su expresión pública también lo hacía: La ciudadanía, los medios de comunicación, los profesionales sanitarios y sus organizaciones y asociaciones, los sindicatos, los empresarios, la Administración, los partidos políticos, el mundo de la cultura...

Si el Artículo 43 de la Constitución encomendaba la organización de la protección de la salud a los poderes públicos, quedando así establecido un derecho ciudadano, el Artículo 149 define las competencias exclusivas del Estado central en esta materia (bases y coordinación, legislación básica, régimen económico) y abre la puerta a la descentralización. Así, en 1981 se transfieren las primeras competencias sanitarias a Cataluña, paso que abre la consideración de las Comunidades Autónomas como eje organizativo de la sanidad pública.

Durante la Transición la producción de información para la mejora de la planificación sanitaria, así como su calidad, es escasa, siguiendo la línea de continuidad existente durante el franquismo. Así, datos tan básicos como el número de personas con cobertura sanitaria y su evolución temporal desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, eran desconocidos, manejándose cifras aproximativas con diferencias entre sí de varios millones. Lo mismo ocurría con los recursos humanos y materiales y su distribución en el territorio del Estado (De Miguel,1978, 1979,1983).

Pese a lo anterior existía un consenso acerca de importantes vacíos de la cobertura sanitaria española:

1. La población cubierta recibía diferentes prestaciones de servicios en función del régimen al que estuviese adscrita.
2. Los trabajadores autónomos en muchas ocasiones no realizaban contribuciones, con lo que quedaban al margen del sistema de prestaciones sanitarias, como también quienes no habían trabajado nunca y no estaban casados con alguien que sí contase con contrato laboral fijo.
3. Era común que población con importantes necesidades no contase con cobertura sanitaria.
4. La Atención Primaria era muy deficiente (los médicos contaban con horarios muy restringidos, no se abrían historias clínicas, alto número de pacientes y consultas...).
5. El número de camas hospitalarias era el más bajo de Europa y las urgencias estaban saturadas.
6. La organización y gestión del sistema estaba fragmentada entre diversas instituciones con falta de coordinación entre ellas.
7. La crisis del «Síndrome Tóxico» producida en 1981 puso sobre el tapete la exigencia y la urgencia de abordar una reforma.
8. La prevención y la promoción de la salud estaban muy desatendidas (cuando no abandonadas) y se contaba con un modelo de atención asistencialista, rígida y estereotipadamente medicalizado y una visión biologicista y parcializada del sujeto.
9. El estado calamitoso de la asistencia psiquiátrica era denunciado y reconocido (Fraga, 1976; Montoya, 1978; González de Chávez, 1980): Saturación manicomial, enfermos institucionalizados, deshumanización de la atención, estado calamitoso de los centros...La hospitalización psiquiátrica era la prestación «mejor» establecida (a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social). Ante la situación de la asistencia psiquiátrica, mayoritariamente de carácter manicomial y, en tantas ocasiones, terrible, en 1976 y como única consecuencia del Informe de una Comisión Ministerial para la Reforma Sanitaria (1975) se asignaron fondos para la asistencia psiquiátrica, que no sólo resultaron muy insuficientes, sino que quedaba definida como prestación social, no sanitaria. Se aumentó así su marginalidad.

Es decir, la existencia de una amplia coincidencia acerca de la necesidad apremiante de cambiar sustancialmente el sistema sanitario, recogida incluso en la constitución, no generó cambios. Antes al contrario, los principios regidores, organizativos, el modelo de financiación, el modelo de atención, etc. se caracterizaron por la continuidad con el franquismo.

Los importantes estudios y propuestas («Informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria», 1975; «Pactos de la Moncloa», 1977; «Libro Blanco de la Seguridad Social», 1977; «Política de Sanidad y Seguridad Social. Criterios para una reforma», 1978) realizados, no generan cambios en el ámbito sanitario.

Tampoco los resultados de las encuestas a la población y a los médicos del sistema (IESS,1979), que mostraban el descrédito del sistema ante la población, la falta de confianza de los ciudadanos en los médicos y la prestación recibida, y la opinión mayoritaria y generalizada entre los médicos de la necesidad de reforma.

Si existía todo lo anterior, parece preciso establecer alguna hipótesis explicativa del por qué de esa continuidad, de la falta de introducción de cambios relevantes en lo sanitario durante la Transición.

En ese sentido hemos de considerar que la Seguridad Social, con todos sus defectos, era una enorme organización que realizaba prestaciones sanitarias a muy importantes sectores sociales y que no existían procedimientos adecuados de información sanitaria producidos por el sistema. Por otra parte, las fuerzas políticas e instituciones herederas del franquismo continuaban teniendo un gran peso, contrario a cualquier innovación, lo que producía incertidumbre en la definición de líneas de acción gubernamentales, que a su vez llevaban a la apertura de escenarios para el debate y el consenso, que generaron procesos y tiempos complejos.

Por otra parte, pero no menos importante, las precauciones políticas ante las sucesivas amenazas e intentos de golpe de estado, la inesperada ofensiva terrorista de ETA y la importante crisis económica con sus efectos de inflación desbocada y paro en grave crecimiento con sus importantes efectos de alto coste social, en el marco de una transformación política de primera magnitud, de organización del Estado, del tejido industrial y económico del país, resultan relevantes para la definición de políticas sociales, en particular de gobiernos cuya legitimidad estaba puesta en cuestión por sectores involucionistas de la derecha con fuerte implantación en el aparato del Estado.

Lo que se produce con un carácter singular en la etapa de la Transición es la participación de múltiples actores en múltiples escenarios (y su importante interrelación) en el gran debate sobre las reformas imprescindibles, entre ellas la sanitaria. Aparecen múltiples publicaciones (revistas, libros, estudios, propuestas...) incitadoras de tomas de decisión y de posición. Grupos de profesionales (en el campo de la Salud Mental, la AEN, y en organización corporativa la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados, que desaparece a partir

de la creación del Colegio Oficial de Psicólogos en 1979 incorporándose en éste sus integrantes y líderes) apostaron por reformas profundas en los modelos de atención (Duro, 2001).

También los sindicatos recientemente legalizados: La Unión General de Trabajadores (1979) apostaba entonces por una reforma radical hacia la creación de un Sistema Nacional de Salud; Comisiones Obreras se declaraba partidaria de mejorar el sistema recibido del franquismo, posición que devenía de una valoración: evitar el riesgo de perder una estructura sanitaria existente, aún con todos sus problemas. Tal era la desconfianza en los proyectos de creación de un *estado del bienestar.*

La organización empresarial CEOE (1982) defendía el aumento de la provisión y gestión privadas en el sistema heredado.

Los partidos políticos trabajaron intensamente sus propuestas: Alianza Popular (Fraga, 1976) se acercaba al planteamiento de la CEOE; los partidos Socialista (1979) y Comunista (1978) apostaban por la expansión de un Sistema Público de Previsión con referentes principales en los modelos socialdemócratas de Gran Bretaña y Suecia. El partido en el Gobierno, Unión de Centro Democrático, como responsable de la gestión pública era ambiguo en sus propuestas, aunque coincidía en el diagnóstico de la necesidad de cambio.

De este modo, el discurso progresista en lo sanitario tenía fuerte identidad y se vinculaba a cambios e innovaciones profundas en:

1. La cobertura pública y única, establecida como derecho ciudadano
2. La organización de un Sistema Nacional de Salud
3. La modernización de la gestión
4. La financiación pública
5. La defensa de la Atención Primaria tanto organizativa como conceptualmente.
6. La defensa de la salud como un todo integral de abordaje interdisciplinar
7. La defensa de modelos comunitarios
8. La promoción de la participación
9. La lucha de la salud como derecho ciudadano democrático
10. La defensa de la integración de los recursos sanitarios dispersos
11. La promoción del principio organizativo y conceptual de la territorialización, de los equipos interdisciplinarios, de la prevención y la promoción de la salud
12. La defensa de la imprescindible reforma psiquiátrica y la creación y organización de servicios de Salud Mental alternativos a la atención hospitalaria y manicomial.

2.2. Movimientos y debates sanitarios y primeras participaciones de la Psicología Clínica.

La conciencia pública en torno a la necesidad de la reforma sanitaria se había iniciado durante la finalización del franquismo, desde el inicio de los setenta a través de la conflictividad protagonizada por profesionales sanitarios y MIR. Reclamaron, desde reformas laborales, cambios en la atención sanitaria y en el régimen político.

Especial relevancia cobran los «conflictos psiquiátricos» que, iniciados durante el franquismo se extienden por toda la geografía y a lo largo de la década. Tengamos una panorámica no exhaustiva. 1971: Hospital Psiquiátrico de Oviedo, en primer lugar, seguido en el mismo año por las Clínicas Psiquiátricas del Hospital Francisco Franco de Madrid; 1973: Instituto Mental de la Sta. Cruz, Barcelona;1974: Hospital Psiquiátrico de Bermeo en Vizcaya y Hospital de Salt de Gerona; 1975: Hospital de Conxo de Santiago de Compostela; 1978: Hospital Psiquiátrico de Valladolid (González de Chávez, 1980). Líderes de este movimiento, con un colegio profesional anclado en los intereses y posiciones ligados al régimen político, apuestan por su participación en la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), entrando en la Junta Directiva en 1977, en el Congreso de Sevilla, con Valentín Corcés como presidente y con una composición de dicha Junta que establece una nueva etapa para la Asociación (Lázaro, 2000).

El movimiento estudiantil estaba en pleno auge y dentro del mismo, las numerosas facultades de Medicina y los escasos comparativamente, aunque muy activos, estudiantes de Psicología (nueva titulación universitaria creada en 1968), que reclamaban cambios democráticos, pero también aspectos específicos de su ámbito de conocimiento -la Psicología- y apoyaron los «conflictos psiquiátricos» antes mencionados.

Es decir, que en la primera mitad de los setenta se producen conflictos significativos que hacen a lo sanitario, con impacto en los medios de comunicación (durante el franquismo sumamente controlados por la censura político/ideológica) y en la ciudadanía, en un marco en que el dictador finalizaba su existencia. Son conflictos que marcan generacionalmente y que se prolongan durante la Transición bajo otras modalidades, aunque con similares contenidos.

Paralelamente, la organización médica colegial es denunciada reiteradamente por su alejamiento del colectivo profesional y su carácter no democrático. La herencia del franquismo en estos colegios profesionales se hace patente y se producen fuertes cuestionamientos de su legitimidad y representación desde distintos ámbitos democráticos. Tal vez por ello la influencia colegial/corporativa organizada de los médicos en

los debates sobre la salud y la reforma sanitaria no fue relevante, abriéndose múltiples escenarios donde participan, junto con otros profesionales y grupos interesados, los primeros jóvenes licenciados con currículum específico en Psicología.

Al hilo de la Constitución y tras las primeras elecciones locales (municipales y autonómicas), algunas de estas administraciones ante la demanda social existente en materia sanitaria y su falta de abordaje gubernamental, inician reformas parciales y/o la creación de nuevos servicios sanitarios de carácter ejemplificador, con nuevas ideas, nuevos modos de atención y nuevos profesionales. Por tanto, estos nuevos servicios mayoritariamente quedaban situados fuera de la estructura del INSALUD.

Es ahí y en ese momento cuando se produce una incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos con equipos multidisciplinares (equipos del Síndrome Tóxico, Centros Municipales de Salud, Equipos Municipales de Planificación Familiar, Centros de Salud Mental...) que juegan un importante papel en la verificación de nuevos modos de hacer en lo sanitario, superando desde entonces las intervenciones meramente evaluadoras, psicodiagnósticas, abriéndose con sus discursos y conocimientos a los intentos de reforma, considerando la salud como un campo interdisciplinario de intervención desde una concepción integral bio-psico-social del sujeto en su contexto y una perspectiva comunitaria, que consideraban y planteaban como elemento central del modelo territorializado, principio que entonces ya se consideraba elemento regidor de la futura reforma.

Los entonces vigentes estudios de Psicología eran muy nuevos y eran producto de una trayectoria de esfuerzo directamente vinculada tras la guerra civil al Dr. J. Germain (Olabarría, 1995) y al pequeño grupo de discípulos que supo aglutinar, entre los que destacan M. Yela, J.L. Pinillos y M. Siguán, que vienen a jugar un papel fundamental en el diseño de dichos estudios universitarios, que alcanzan curriculum propio, específico, en 1968, aunque todavía dentro del título de Filosofía y Letras, lo que representaba un importante avance por el contenido formativo específico (Yela, 1976; Carpintero, 1994). Por tanto, estos primeros licenciados de la Psicología surgen en los años setenta y tienen un rápido crecimiento: En 1978 existían estos estudios de Psicología en ocho universidades; en la actualidad existen 20 facultades de Psicología en el Estado con título propio de Licenciatura (un -seguramente alarmante- crecimiento exponencial). Carpintero (1989) aporta el dato de que durante los setenta y hasta 1983 se licenciaron unos veinte mil psicólogos. Un joven colectivo profesional que, en cuanto tales, no contaron con maestros y que tuvieron que abrir los campos de inter-

vención profesional de la Psicología, hasta entonces prácticamente inexistentes.

El movimiento estudiantil de Psicología fue particularmente activo en los últimos años del franquismo y durante la Transición (Camarero, 1989; Hernández,1989). Asambleas, debates, encierros, gestiones, reuniones, eslóganes, consignas, en los que, junto a reivindicaciones democráticas confluyentes con otros sectores sociales (como el apoyo expreso a aquellos movimientos psiquiátricos antes reseñados) realizábamos reivindicaciones específicas en torno a los modos poco rigurosos o científicos de la enseñanza de la Psicología, la crítica a las «guerras entre las distintas escuelas teórico-técnicas, la reivindicación un colegio profesional propio... Los «Cuadernos de Psicología Crítica», editados por los estudiantes a multicopista, introducen y dan a conocer por vez primera en España escritos de Reich, Luria, Skinner, Pichón Rivière, Bleger,...

Pronto, algunos de los primeros licenciados, todavía durante el final del franquismo y hasta diciembre de 1979, se agrupan y crean las secciones de Psicólogos de los Colegios de Doctores y Licenciados, que, a diferencia de los colegios de médicos, juegan un interesante papel democrático al final del franquismo y durante la Transición. Los «Cuadernos de Psicología 3» y el Boletín de la Sección, dan cuenta ya de las primeras experiencias profesionales en que se rompía con la idea profesional del psicólogo/testólogo. Surgen también revistas de Psicología y/o abiertas a ella que inician la diversificación del escenario de publicaciones (Tortosa,1989).

La participación de los profesionales de la joven Psicología española durante la Transición en los múltiples escenarios de debates (sanitarios, educativos, universitarios, sindicales, políticos, etc) en defensa de la interdisciplinariedad, de nuevos modelos de atención (Leal, 1997) de la apertura de los ámbitos de intervención (configuradas hasta entonces de maneras patrimonialistas y cerradas), de la promoción de la salud, de lo comunitario, de la salud integral, de la Atención Primaria, de la desinstitucionalización psiquiátrica y otras (horfanatos, por ej.), permitió a mi juicio una visualización social de estos profesionales como dinamizadores de cambio con aportaciones de conocimientos nuevos en el que-hacer (Escudero y Olabarría, 2000; Duro, 2001).

La creación del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) en 1979 (tras múltiples actos reivindicativos, gestiones y presiones de los psicólogos, un cuidadoso diseño de Carlos Camarero y Manuel González de Chávez –psiquiatra relevante de la AEN, de los conflictos psiquiátricos, defensor de la Reforma Psiquiátrica-, que contemplaba las negociaciones y actuaciones a seguir en el Parlamento, consigue que el PSOE

y el PCE presenten una proposición para la creación del COP, que queda aprobada por el Parlamento prácticamente por unanimidad), marcó un punto de inflexión que configura un nuevo escenario junto a las facultades de Psicología, la apertura de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría, de relevante papel en los debates de reforma) a los psicólogos, y la penetración de estos primeros profesionales de la Psicología en equipos multidisciplinares con el diseño y ejecución de nuevos modos de hacer en salud.

Los psicólogos clínicos, no obstante, sufríamos muchas carencias: No existía una especialización clínica propiamente dicha, nuestra propia denominación como psicólogos clínicos era voluntarista: Cada cual buscaba con sus propios medios la formación que podía –en el mejor de los casos-, sin perfil formativo ni profesional, sin maestros...

No contábamos con lugares donde ejercer en servicios sanitarios públicos. Desde visiones corporativistas del ejercicio más conservador de la Medicina, se pretendía una reducción de nuestro ejercicio al de meros evaluadores/testólogos al servicio de la Psiquiatría más que del ciudadano o de la mejora del Sistema sanitario y sus modos de hacer, su modelo de atención.

Los mismos psicólogos debatíamos intensamente los contenidos de la Psicología Clínica. No existía una definición específica, consensuada y legal de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria.

No era sólo que la Ley de Especialidades entonces vigente, proveniente de 1955, estuviera referida exclusivamente a especialidades médicas, ni tampoco que fuera casi impensable entonces para los sectores dominantes en lo sanitario la incorporación de la Psicología Clínica como nueva especialidad no sólo con nivel de investigación y conocimiento que justificase su acceso a dicha condición, sino también con contenidos relevantes para la atención integral. Fue también que la juventud e inexperiencia de los primeros psicólogos en la Transición, la definición de prioridades urgentes en lo social, unido al desconocimiento provocado por la «exclusión» casi total de la Psicología Clínica de los servicios sanitarios públicos y todo lo que en torno a ella se establecía, dilató para nosotros mismos una adecuada consideración de muchos extremos importantes, también el de la búsqueda de un adecuado reconocimiento oficial de este ejercicio como saber especializado.

En la Transición se abrió un importante debate en torno a la deficiente modalidad de formación de los especialistas de la Medicina en España fundamentalmente vinculada a poco regladas formaciones en el ámbito académico (cátedras ligadas a «hospitales clínicos») y básicamente al margen del ejercicio en servicios sanitarios acreditados a tal fin. Esta situación es abordada por el Real Decreto 2015/1978, de 15 de

junio, por el que se regula la obtención del título de médico especialista. Este Decreto suscitó potentes críticas por cuanto no satisfacía las necesidades de reforma en la formación de médicos especialistas. Se trató de una norma que mantenía vigente el modelo fijado por la Ley de 1955 con base en las Escuelas Profesionales y las Cátedras de Medicina y declaraba subsistentes, de manera transitoria, los poco rigurosos sistemas de concesión de títulos de especialistas paralelos y vigentes en ese momento. Con todo, este Real Decreto da unos vacilantes primeros pasos hacia el establecimiento del Sistema MIR como vía para la obtención de una especialidad, lo que fue su principal novedad, pues definió otros lugares y modo de realizar la formación especializada. Se produce, así, por primera vez, aunque de manera ambigua, una confluencia entre normas generales de formación y las sectoriales de la Seguridad Social.

Pero lo que quiero destacar de ese Real Decreto de 1978, es que los psicólogos colectivamente estuvimos al margen completamente de todo ese proceso, más que por ninguna exclusión del mismo, por ausencia plena de posibilidad, incluso ausencia de conciencia de la misma. Ausencia que no sólo provenía de fuera, estaba también en nosotros mismos. El rápido crecimiento del mundo académico de la Psicología parecía absorber todos los esfuerzos en materia de formación, y la manera de establecerse éste, completamente al margen de los campos de aplicación, junto a la ausencia de psicólogos en el medio sanitario público, posiblemente justifiquen esta falta de participación de la Psicología Clínica en este debate (incluso de una específica reivindicación en este aspecto) que sólo a partir de la segunda mitad de los años ochenta alcanza a establecerse vinculándose a los procesos de reforma sanitaria y especialmente de Salud Mental (Olabarría,1998).

La AEN, liderada por una generación progresista de psiquiatras que protagonizó los «conflictos psiquiátricos» de los setenta antes reseñados, abrió la Asociación en 1977 a otros profesionales y especialmente a los psicólogos en el marco de un importante discurso de cambio en materia de reforma psiquiátrica y Salud Mental. Fue muy relevante este hecho tanto en sí mismo como por su significación, reconocimiento y la influencia en los servicios sanitarios públicos de la AEN (Escudero y Olabarría, 2000).

El objetivo de un colegio profesional propio, democrático, no corporativista, vertebrador de la profesión, defensor de la interdisciplinariedad, promotor de la actualización rigurosa acorde con las necesidades y nuevas demandas de la población, hacia el aumento de la calidad de vida de la ciudadanía, consumió importantes energías colectivas. Su consecución en diciembre de 1979 (Decano: Carlos Ca-

marero; Secretario General: Adolfo Hernández) favoreció, junto al desarrollo de lo anterior, la participación de los psicólogos en los diversos escenarios de debate con una nueva entidad e identidad y, con ello seguramente, una significativa entrada profesional en distintos campos de intervención, entre ellos el sanitario. Entrada que se produce significativamente al iniciarse los años ochenta, en el marco de las transformaciones impulsadas desde las corporaciones municipales y autonómicas, como antes ha quedado reseñado (Olabarría, 1993,1997,1998, 2000).

Conviene mencionar ahora que, en España, la historia de la licenciatura universitaria en Psicología es realmente breve. Los primeros títulos de licenciados a los que anteriormente he hecho referencia (1969: creación de la Sección de Psicología en las Facultades de Filosofía y Letras de la Universidad Complutense de Madrid y Central de Barcelona) no cubrían plenamente el objetivo de institucionalización de la Psicología como ciencia y profesión en tanto no existían facultades independientes. Es en 1.979 cuando se crean estas facultades independientes.

Se ha producido desde 1.969 hasta hoy un enorme salto cuantitativo y cualitativo. Cuantitativo porque de aquellas primeras dos Secciones de Psicología de las Facultades de Filosofía y Letras de la Universidad Complutense de Madrid y Central de Barcelona, hemos pasado a veinte facultades públicas de Psicología en todo el Estado (y varias privadas). Y cualitativo, por cuanto hoy las facultades de Psicología son independientes de otras disciplinas y estudios universitarios.

Pero en los años de la transición muy pocos profesionales de la Psicología encontraban marco institucionalizado en Servicios Sanitarios Públicos para su ejercicio profesional. En 1.976 menos de seis trabajaban en todo el Estado y ello en Servicios de Psiquiatría de hospitales públicos realizando exclusivamente evaluación psicológica y psicodiagnóstico como instrumento del que-hacer psiquiátrico y su modelo predominante de atención, hospitalario y manicomial.

De manera densa, cargada de energía, de empuje, de altas tasas de desempleo y también de contradicciones, en la Transición a mi juicio se produce en torno a la Psicología Clínica:

1. La aparición de una combativa y singular generación de licenciados de la Psicología formados con los primeros estudios de licenciatura de curriculum específico que constituyen la primera generación de profesionales, sin maestros.
2. La inclusión y participación en espacios y escenarios de debate múltiples, para el cambio en lo sanitario.

3. La creación del COP, como colegio profesional democrático, enfrentado a los modelos del corporativismo, y la aparición de «Papeles», la revista del COP que jugó un importante papel en tantos aspectos, entre ellos en la Psicología Clínica.
4. La primera incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos en el marco de las transformaciones progresistas emprendidas por las administraciones locales: municipales y autonómicas.
5. La incorporación a la AEN y a sus debates y propuestas de cambio en la Salud Mental.
6. La aparición de Facultades de Psicología generadoras de perfiles curriculares y título específicos.
7. Un salto cuantitativo y cualitativo en la investigación.

Dicho de otra manera, se estableció - con auto y heteroreconocimiento- cierto corpus teórico/técnico y la masa crítica suficiente para el afianzamiento y nuevos desarrollos para la Psicología Clínica que se materializan tras esta etapa de la Transición.

2.3. El marco normativo de las especialidades sanitarias y condición periférica de la Psicología Clínica.

El objetivo de constituir la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología y con ello la formación de sus especialistas, se configura al final de la Transición, no en el marco de los debates acerca de los nuevos modos en la regulación de las especialidades médicas, cuyo exponente mayor en esa época es el Real Decreto 2015/ 1978, origen de lo que sólo llega a perfilarse y definirse claramente en 1984 con el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, actualmente en vigor, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

Este Real Decreto de 1984 acaba con la ambigüedad en cuanto al modelo de formación de especialistas médicos, deroga expresamente la Ley de 1955, rebajada a rango reglamentario por la Ley General de Educación de 1970, y el Real Decreto 2015/78. Establece el Sistema MIR (Médicos Internos Residentes) como modelo para la formación de médicos especialistas. Entre otras muchas innovaciones que introduce este Real Decreto, cabe destacar:

1. Clasifica a las especialidades según requieran o no formación hospitalaria.
2. Establece la necesidad de seguir un Programa formativo establecido como Médico Residente en centros acreditados que han de reunir requisitos previamente definidos por los Ministerios implicados.
3. Crea el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y las Comisiones Nacionales de cada especialidad como estructura de asesoría de ambos Ministerios, dotándola de amplias competencias y funciones en el marco de la formación de especialistas. Esta estructura cuenta hoy con un consolidado prestigio científico entre los profesionales y la Administración.
4. Establece las directrices que presidirán los requisitos mínimos que han de cubrir las unidades docentes.
5. Contempla la creación de una Comisión entre los Ministerios de Educación y Sanidad y Consumo para que determine el número de plazas que anualmente deberán convocarse para cada especialidad.
6. Instaura un sistema objetivo e igualitario para el acceso a estas plazas de formación en el que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.
7. Incorpora la participación de los Médicos Residentes, regulando su participación en las Comisiones Nacionales de la especialidad.
8. Crea una única vía alternativa, restringida y controlada, para la obtención del Título de Médico Especialista por el sector académico.

El Sistema MIR supuso una ruptura con un enfoque académico de la formación de especialistas y un empuje hacia la consideración de que en lo sanitario el aprendizaje especializado era un aprendizaje profesional en servicios públicos acreditados a tal fin de acuerdo a un programa de cada especialidad, creándose las Comisiones Nacionales de cada especialidad como órganos asesores de la Admón. en esta materia. Así pues se inicia tímidamente en 1978 y se finaliza esencialmente en 1984, a través de dicho Real Decreto, una mayor y mejor regulación de la normativa de formación de especialistas que define un modelo y termina con contradicciones y ambigüedades (Espino, 1998).

El sistema MIR durante estos años ha demostrado una gran eficacia y ha permitido dotar a la sanidad española de profesionales excelentemente formados, comparables con los mejores de los países de Europa y América. Sin embargo, cuando en 1984 se regula el Sistema MIR para la formación de los médicos especialistas, el planteamiento del desarrollo de la norma para todas las especialidades sanitarias, clí-

nicas, no existía, aunque había habido desarrollos parciales e insuficientes, a través de experiencias concretas.

La comunidad científico/profesional de la Psicología se encontraba situada periféricamente, cuando no al margen del sistema sanitario público y por tanto también periféricamente a la norma que se establecía para las especialidades.

De esta manera, los primeros pasos del modelo de formación de especialistas en psicología Clínica, PIR, se establecen desde la consideración de la necesidad de establecer un perfil profesional de psicólogo clínico, consensuado, riguroso y acorde con las necesidades sanitarias detectadas y los proyectos de reforma a desarrollar.

Así, es en 1983, en el inicio en algunas Comunidades Autónomas de las principales reformas psiquiátricas (García González, 1998), año de la constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, cuyo Informe (1985) tanta incidencia tuvo en los procesos de transformación y reforma y que recogía la necesidad de la formación de especialistas para la Psicología (García, Espino, Lara, 1998), año en que por vez primera se incorpora a la Junta Directiva de la AEN una psicóloga (Escudero y Olabarría, 2000), año en que se pone en marcha la primera experiencia de Programa de Formación PIR en la Comunidad Autónoma de Asturias (Consejería de Sanidad de Asturias, 1983), experiencia seguida después por otras cuatro -como ya ha sido reseñado en otras ocasiones (Olabarría, 1993,1997,1998, 2000)-, año en que se inicia el proceso hacia la institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, que llega en 1998 (R.D.2490/98), con los apoyos de la AEN, del COP, de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y otras instancias y organizaciones de la Psicología (COP,1989; Escudero y Olabarría, 2000) y otros fuera de la misma (Olabarría, 1998).

3. PROCESO HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: EL PIR

3.1. Los años 80: los primeros pasos.

El Programa PIR de formación especializada para psicólogos se establece además de por la pionera Comunidad Autónoma de Asturias (1983), por Andalucía (1.986), por Navarra (1.988), Madrid (1.989) y Galicia (1.990), sin refrendo de los dos ministerios implicados en la aprobación de especialidades sanitarias y en los programas de forma-

ción: El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación. El esfuerzo para el desarrollo de objetivos de la reforma sanitaria en general y de las reformas psiquiátricas en particular, era lo que impulsaba a aquellos gestores políticos autonómicos a ponerlo en marcha (Olabarría, 1998). Fue además un esfuerzo sostenido, pues año a año realizaban sus convocatorias públicas de plazas de formación a través de sus boletines oficiales autonómicos, definiendo sus programas de formación, aportando los servicios sanitarios de su Comunidad Autónoma, al margen de y sin reconocimiento oficial por la Administración ministerial responsable de la formación de especialistas sanitarios. Hicieron todo ello sin otro objetivo que dotar de formación adecuada a unos profesionales de la Psicología, cuya contribución al proceso de reforma que impulsaban consideraban ya de alta utilidad.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría desde 1983 y el Colegio Oficial de Psicólogos después respaldan, apoyan e impulsan el PIR con múltiples actuaciones, como más tarde veremos, todo ello al margen de los importantes debates sobre el modelo para la formación médica especializada.

El PIR se configura entonces posiblemente como un modelo alternativo en la formación de especialistas sanitarios, que posee características muy definitorias, rasgos muy acusados de un modo de concebir y hacer la formación en las especialidades de Salud Mental, que podía mostrar su bondad, como finalmente así fue.

Hoy sabemos que en 1983 el PIR, obviamente, entraba (tal vez en liza y, desde luego, sin conciencia de ello por la comunidad profesional de la Psicología) en el campo normativo para la formación de los médicos especialistas (que se estaba construyendo aún), únicos profesionales sanitarios superiores que, como hemos visto, contaban desde 1955 con regulación específica a tal fin y con un modelo para la misma que se apoyaba fundamentalmente en la cátedras y el colegio de médicos. Este modelo, considerado en los debates de la Transición ampliamente obsoleto y que era poco riguroso en su aplicación, contaba con fuertes intereses para su mantenimiento en ámbitos internos y externos a la Medicina que seguramente influyen en sectores de la Psicología. De hecho, durante años se mantuvo entre la comunidad científico/profesional de la Psicología un soterrado pero no menos potente debate acerca del modelo para la formación PIR, proponiéndose (bajo la misma denominación) una modalidad de doctorado con prácticas en centros sanitarios públicos y privados, que nunca llegó a existir como tal. Debate que ni la primera convocatoria PIR por la Comunidad Autónoma de Asturias, ni el Real Decreto 127/1984 por el que se regulaba la formación médica especializada, finalizaron.

Tengamos en cuenta, aunque rápidamente, que la Ley de Reforma Universitaria (1.983) había supuesto también un punto de inflexión. Esta LRU estableció tres posibilidades de formación de postgrado en el marco de la Universidad como institución pública:

1. Los doctorados.
2. Los masters, que expiden estos títulos privados de formación profesional especializada y que suponen aproximadamente dos años de formación.
3. Los Cursos de Especialización, de características similares a los anteriores y con una duración aproximada del 50% de los masters.

Por otra parte conviene aquí mencionar que estas dos últimas opciones regidas desde la LRU no contaban (ni pueden hacerlo hoy) con la validez administrativa requerida para conseguir la especialidad sanitaria que sólo el Ministerio de Sanidad conjuntamente con el de Educación pueden establecer por vía normativa específica. Pero a pesar de semejante evidencia, fueron elemento fundamental de la sorda y dura oposición que desde algunos sectores del ámbito académico de la Psicología se fraguó frente al PIR, así como por la relevancia aún mayor del compromiso y generosidad de quienes –individual y organizativamente- desde el mismo ámbito apoyaron, defendieron y colaboraron en el proyecto.

En diversas ocasiones anteriores he señalado la significación que en torno al proceso del PIR tuvo el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1.985) por cuanto desde una óptica de continuidad de cuidados propugnó:

1. El paso de un modelo de atención con referente central de intervención en el hospital psiquiátrico, a una red de servicios diversificados de Salud Mental, sobre un territorio definido e integrado en el sistema Nacional de Salud como Servicios especializados de segundo y tercer nivel de atención.
2. La especial atención a la coordinación y cobertura a la Atención Primaria.
3. El establecimiento de un modelo de prestaciones basadas en una concepción interdisciplinaria y comunitaria de las prestaciones.
4. Una especial atención a la necesaria «regulación de la formación postgraduada de los psicólogos»... acorde con las necesidades que se desprenden del modelo propuesto y vinculada a la red pública de servicios.

En realidad, las bases del PIR de Asturias (en 1985 todavía el único existente) contenían ya dichos principios rectores, los cuales se mantuvieron más tarde en todo el proceso de creación de los Programas PIR autonómicos y finalmente en el Programa estatal de 1993 hasta el Real Decreto de creación de la Especialidad de Psicología Clínica en 1998.

En 1.986 se publica la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) creándose el Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollando con ello el principio constitucionalmente establecido de considerar la protección de la salud como derecho ciudadano, al Estado como responsable de establecer los instrumentos para ello e iniciándose la reforma sanitaria global. Y con ello un marco aún más sólido donde la Psicología había de ubicarse. Ese mismo año la Comunidad Autónoma de Andalucía hace su primera convocatoria PIR, que se inicia en 1987.

El entonces flamante Sistema Nacional de Salud introduce como nuevo eje organizativo las Comunidades Autonómas del Estado y contribuye a favorecer no sólo reformas estructurales y de financiación sino también nuevos modos de atención tanto en la Atención Primaria como en la Especializada con un carácter más integral y por tanto favorecedor de la apertura de servicios especializados a la Psicología además de los de Salud Mental, que continúan siendo los que cuentan proporcionalmente con significativa participación de psicólogos.

En esta situación de cambio, el Colegio Oficial de Psicólogos con su nueva Junta de Gobierno inicia la elaboración en 1.987 del Documento-Base para el PIR (ver COP, 1990). Se trata de un documento ampliamente consensuado y que permite aglutinar en su derredor iniciativas y voluntades múltiples.

Sólo un año después se establece un acuerdo COP-Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) con la elaboración del «Documento Base acerca de la Formación de Especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR» (COP, 1990; Escudero y Olabarría, 2000).

Y en 1.990 el COP y seis CC.AA del Estado (Asturias, Andalucía, Castilla-León, Galicia, Madrid y Navarra) elaboran conjuntamente el «Documento Marco sobre la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR».(C.O.P. 1.991).

Si los dos primeros documentos establecían el modelo formativo del PIR, acorde con el modelo sanitario a impulsar, el tercero no solamente lo suscribía básicamente sino que también enunciaba nuevos propósitos:

1. Estimular el desarrollo de nuevos programas de formación postgraduada en Psicología Clínica siguiendo un modelo PIR.
2. Favorecer unas bases comunes a todos ellos, de manera que al tiempo diesen cabida a las especifidades propias de los lugares

de aplicación. Dicho de otra manera, favorecer una homologación entre los distintos programas aplicados en distintas Comunidades Autónomas del Estado.
3. Facilitar a las instancias ministeriales competentes un programa seriamente elaborado y contrastado por la experiencia que agilizase y favoreciese la inclusión de la especialidad de Psicología Clínica a través de un Sistema PIR en el marco de un futuro Decreto regulador de las Especialidades en Ciencias de la Salud.
4. Equiparar la formación especializada del psicólogo que trabaja en el campo de la salud a la que reciben otros profesionales con ejercicio en el mismo campo, favoreciendo a la vez una mayor identidad e interdisciplinariedad profesional. (Pág. 65).

Al tiempo, comprometía a las CC.AA que lo suscribían y que no contaban aún con Pr. PIR, a su inmediata puesta en marcha, lo que así ocurrió con Madrid y Galicia, aunque no con Castilla-León que se «descolgó» del proceso.

Esta convergencia de distintas instituciones en torno a objetivos y modelo consensuados sobre el «cómo» del PIR y el «hacia dónde», favoreció una mayor vertebración del mundo científico-profesional de la Psicología Clínica, aún no oficializada, (ver Conclusiones de la Jornada de Trabajo sobre «La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas». 1.989, en C.O.P. 1.990) de los apoyos de otros profesionales colindantes (la Comisión Nacional de Psiquiatría desde finales de 1.988 mayoritariamente expresó su apoyo al PIR en distintas ocasiones) y de algunas CC.AA cuyo liderazgo en los procesos de reforma en Salud Mental era un hecho.

Ya en el Documento Base del COP acerca del PIR, elaborado en 1987, y en su Introducción se expresaba en torno a éste:

1. «Está directamente vinculado a los Servicios Especializados de la red sanitaria, lo que permite el establecimiento de un equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada, en relación todo ello a la necesidades que la demanda social en los servicios públicos plantea. Ello habrá de permitir además una mejor y/o mayor adecuación de los instrumentos del psicólogo al campo de intervención.
2. Vincula la Formación Postgraduada al ejercicio profesional y ello no sólo porque aparecen profesionales vinculados a funciones docentes, sino también porque al estudiante de la especialidad se le reconocerá el ejercicio profesional que realiza al tiempo que su formación, a través de un contrato laboral.

3. Posibilita y favorece una mayor identidad profesional tanto internamente como en relación a otros colectivos profesionales de distintas disciplinas que realicen funciones en campos de intervención común, así como en relación a los ciudadanos que demandan sus servicios como especialistas.
4. Contribuye al reconocimiento de la Psicología Clínica como Profesión Sanitaria en el marco de la Sanidad española, de acuerdo a la Ley General de Sanidad y al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
5. Permitirá una homologación de derecho de los Psicólogos especialistas en relación a los titulados superiores de otras disciplinas vinculadas al campo de la salud. (médicos, farmacéuticos, etc)». (Pág. 59).

Dicho de otro modo, en el marco de un modelo de atención que primaba lo comunitario y lo interdisciplinario desde una óptica de atención integral y de continuidad de cuidados, la opción que tomaba la formación PIR resultaba central, pues definía cómo el especialista en Psicología Clínica ha de aprender, «cómo» que marca un devenir de perfil profesional y una reproducción al menos parcial del mismo en su futuro que-hacer especializado, contribuyendo al desarrollo del corpus teórico-técnico de la Psicología Clínica con formulaciones imprescindibles y acordes con los objetivos de atención que el modelo comunitario de atención y la reforma sanitaria emprendida reclaban y al tiempo contribuían a establecer.

De esta manera el PIR respondía no sólo a una necesidad científico-profesional, sino también a una construcción epistemológica según la cual el cómo de la adquisición del conocimiento por el profesional resulta decisivo para un enfoque integrador de la Psicología Clínica y su incorporación en el complejo ámbito de la sanidad pública configurando campos complejos de intervención comunitaria que precisan de abordajes interdisciplinarios para una atención integral

Implantado el Programa PIR en cinco CC.AA del Estado, el COP decidió realizar en 1.991 una valoración o evaluación de cada uno de ellos en orden a establecer la adecuación de éstos al acuerdo establecido en el Programa-Marco elaborado conjuntamente en 1.989. De dicha evaluación quedó publicado un Informe (1.991) y una valoración posterior (Olabarría et al. 1.993), siendo el resultado altamente satisfactorio.

Quedó ratificada la existencia de un corpus, un status y un nivel de implantación del modelo PIR con un alto grado de homologación interna de los distintos programas autonómicos y ello sirvió de base par arreciar desde instancias oficiales (CC.AA) y científico-profesionales (COP, AEN) las solicitudes hacia los Ministerios de Sanidad y Educación respecto a la asunción por parte de los mismos del PIR. Un paso más hacia la institucionalización de la Especialidad Sanitaria.

En el complejo ámbito de las Ciencias de la Salud, la especialización ha ido adquiriendo carta de naturaleza, ligada al ordenamiento jerarquizado del Sistema y sus prestaciones (Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria). Con independencia de las presiones sociales y económicas que generan la demanda de especialismo -en un ambiente en que todos parecen querer ser especialistas- y las consideraciones de prestigio que parecen hacerla obligatoria, existen razones de peso que fundamentan la especialización: El cumplimiento de objetivos en los procesos de diagnóstico y tratamiento, en la obligada reconsideración del campo de actuación como ámbito común, en la transversalidad imprescindible de la acción interventora, en la investigación, en la cobertura de nuevas demandas y necesidades sanitarias más integrales.

Por otra parte la especialización debe contemplar un modo de formación que afronte el riesgo del aislacionismo especialista antes mencionado, por lo que su ordenamiento también conforme y hacia principios de orientación de la dinámica social, debe ser cuidadosamente considerado. En materia de Psicología Clínica, la formación PIR desde una base amplia de conocimientos, afianzó ejes y parámetros, tales como:

1. Rotaciones siguiendo el principio de territorialidad. Ya desde el primer programa autonómico de formación PIR, la idea de que una sola institución sanitaria no podía contener por sí misma la suficiente capacidad formativa en las distintas modalidades diversificadas de intervención de que la Psicología Clínica debía disponer, perfiló el primer programa de formación de especialistas en España que establecía rotaciones, estancias con objetivos y tiempos pautados en dispositivos asistenciales de segundo y tercer nivel de atención especializada en Salud Mental y básicos de un territorio (por tanto sobre una población establecida) sanitario (áreas sanitarias, con centros de atención primaria obligadamente atendidos por y coordinados con el Centro de Salud Mental) definido. Las rotaciones habían de realizarse al menos por: Centro de Salud Mental, servicio hospitalario y servicio de atención de crónicos, en diferentes segmentos de edad. El primer programa de formación de especialistas que

incorpora y desarrolla el eje de la rotación como elemento de la formación, es el de Psicología Clínica, rompiendo con ello el prejuicio según el cual existe una equivalencia entre especialidad, hospital y formación de especialistas.

2. Formación para el trabajo comunitario y en el contexto. Hacia la actuación transversal en trabajo por programas con la inclusión de un criterio de red de servicios diversificados, con el Centro de Salud Mental como eje central.

3. Formación para intervenciones desde una concepción interdisciplinaria, para una atención más integral. La inclusión de un criterio de equipo multiprofesional en los criterios de acreditación de Unidades Docentes, con competencia profesional simétrica y complementaria entre sus integrantes, favorecía el desarrollo de dicho eje interdisciplinario, que conlleva la dimensión de complejidad de la atención biopsicosocial.

4. Tutoría: Progresiva asunción de responsabilidad clínica por el PIR en un proceso tutorizado por psicólogos de los servicios sanitarios acreditados para esta función. De hecho, también el primer programa de formación de especialistas que contempla y desarrolla desde los primeros programas autonómicos de formación la figura del tutor, es en España el PIR.

5. Definición de perfil formativo especializado en línea y acorde con los objetivos asistenciales a abordar.

Es decir, en los ochenta se producen las condiciones (académicas, profesionales, de reforma sanitaria y cambios en modelos de atención) para abordar la institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria en el marco de un proceso de transformaciones múltiples. Pero era un marco inestable, también para la Psicología Clínica: la administración competente en materia de creación de especialidades y en la formación de especialistas, los ministerios de Sanidad y de Educación, aún no intervienen. Las cinco Comunidades Autónomas de Asturias, Andalucía, Navarra, Madrid y Galicia mantienen las convocatorias PIR a través de sus respectivas Consejerías de Salud, con el respaldo y apoyo múltiple y continuado del COP, de la AEN y de diferentes sectores y organizaciones de la Psicología y otras profesiones.

3.2. La construcción de la especialidad en la Administración Estatal: Proceso, valoración y algunas propuestas.

Es en 1.993 cuando el Ministerio de Sanidad, siguiendo el modelo de los PIR autonómicos, realiza la primera convocatoria de plazas de formación especializada para psicólogos, de ámbito estatal (BOE. Nº 254 de 23.10.93. Orden de 8.10.1.993); en 1.994 la segunda, conjuntamente por el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad (apareciendo por tanto en BOE como Orden de Presidencia del Gobierno), la tercera sigue el modelo de la anterior en 1.995 y desde entonces anuales hasta hoy. Entonces y por ello finalizan el Programa PIR autonómico las Comunidades Autónomas que hasta ese momento lo habían creado y sostenido por sí mismas.

Esa primera convocatoria estatal supuso el cierre de una etapa y el comienzo de otra nueva: El cierre de los PIR autonómicos, en que desde el compromiso de transformaciones sanitarias lideradas en su dirección y gestión por las CC.AA ya citadas, se incluyó un Programa PIR que, al tiempo que procuró una formación especializada no reconocida oficialmente por los Ministerios implicados, sentó las bases de su necesidad y del modelo del programa de formación, así como el inicio del camino para la asunción por la Administración Central competente en materia de especialidades sanitarias, del PIR como modo y modelo para la formación de especialistas en Psicología Clínica.

Como ya he dicho en otro lugar (García Alvarez y Olabarría 1.993), la incorporación de psicólogos clínicos a los servicios sanitarios públicos en el marco de la reforma potenció para la Psicología Clínica el desarrollo de las técnicas, la incorporación de nuevos enfoques teórico-técnicos, los modelos comunitarios con desarrollos en el territorio, una específica visión integral bio-psico-social de la salud, abrió nuevos ámbitos de investigación, configuró el PIR como modelo de formación y docencia especializada, nuevas posibilidades de intervención confrontando a la Psicología con demandas sólo posibles en los servicios públicos desde una óptica de continuidad de la atención, la búsqueda de contrastación de la utilidad de instrumentos clínicos del psicólogo, la ruptura de la obsoleta concepción de la Psicología Clínica como disciplina que únicamente afronta la enfermedad abriéndose hacia todos los procesos de Salud-enfermedad en los tres niveles de prevención: Primario, Secundario y Terciario; redujo la tendencia a la fragmentación y al cerrado especialismo en la disciplina, obligando la construción práctica del discurso interdisciplinario al confrontar al psicólogo clínico al trabajo en equipo con otros profesionales, la diversificación de las técnicas en función de las demandas y necesidades a que se quería hacer frente y los modelos de atención y sanitarios a impulsar, etc.

Uno de los efectos de todo ello tal vez fue el auto y heteroreconocimiento como profesionales de la Psicología Clínica, su necesidad en la Sanidad Pública con el crecimiento progresivo y muy significativo de la demanda ciudadana, y la necesidad de abordar oficialmente la finalización del proceso de creación de la especialidad y con ello de la formación de sus especialistas.

En aquella primera convocatoria publicada en BOE en 1993 se expresa la necesidad de la formación de especialistas en Psicología Clínica por las necesidades abiertas en el Sistema Nacional de Salud. Es decir, se establece por primera vez un compromiso en cuanto a la definitiva oficialización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, poniendo en marcha el programa de formación vinculado (como había quedado ya marcado en los PIR desarrollados en las CC.AA y apoyados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el Colegio Oficial de Psicólogos) a los servicios territorializados de Salud Mental acreditados a tal fin y de acuerdo a un Programa de formación.

Si en Octubre de 1.993 el Minsterio de Sanidad publica en BOE la primera Convocatoria a las pruebas selectivas para formación especializada de psicólogos, los siguientes años noventa expresan un avance que se va produciendo inexorablemente, pero con una lentitud que en ocasiones pone al límite las contradicciones y voluntades pareciendo quebrar el proceso.

En 1.994 la convocatoria es conjunta de los dos Ministerios implicados en la regulación de especialidades sanitarias: Sanidad y Educación, por lo que se convoca en BOE como Orden de Presidencia de Gobierno, y con ello se avanza un paso imprescindible: la asunción del proyecto por el Mº de Educación, que hasta entonces no se había pronunciado (BOE, nº 178. de 27.07.94. Orden de 21.07.94 del Ministerio de Presidencia por la que se convocan Pruebas Selectivas)

En Julio de 1.995 se crea la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (C.N.P.E.P.C.) a imagen y semejanza del resto de Comisiones Nacionales de Especialidades y con similar composición: Tres miembros designados por el Ministerio de Sanidad entre profesionales vinculados a servicios sanitarios públicos, tres miembros designados por el Ministerio de Educación de entre los profesionales titulares y catedráticos del Área de Conocimiento relacionada con la especialidad en las Facultades de Psicología del Estado, dos representantes de sendas sociedades científicas relacionadas con la especialidad, un representante del Colegio profesional y por último dos representantes elegidos por y entre los PIR. Se trató de un paso singular, por cuanto hasta entonces no existía semejante precedente: crear la CNPEPC antes de la creación oficial de la especialidad.

En 1.996 los Ministerios implicados aprueban el Programa de la Especialidad de Psicología Clínica que fue propuesto por la C.N.P.E.P.C., asignándosele a partir de ese momento la responsabilidad de informar y valorar, como comisión asesora de los Ministerios de Sanidad y de Educación, acerca de los servicios que solicitan su acreditación como Unidades Docentes en materia de Psicología Clínica. La publicación por el Ministerio de Sanidad de los Programas de las Especialidades Sanitarias vigentes (Guía de Formación de Especialistas, 1.996), con la inclusión de un recortado, pero flamante, Programa de la Especialidad de Psicología Clínica (que era heredero en sus formulaciones de los Programas PIR autonómicos), supone un paso central en el proceso hacia la creación de la especialidad. Algunos de los elementos del Programa fueron conocidos e incorporados para y por otras especialidades, como las rotaciones y la tutoría.

En 1998, el 28 de diciembre, con grandes dificultades, se publica el Real Decreto por el que se crea y regula la Especialidad (R.D. 2490/98) de Psicología Clínica.

Poco después, el dos de febrero de 1999, el Consejo General de Colegios de Médicos, la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica interponen sus respectivos Recursos Contencioso Administrativos contra esta especialidad. Recursos que básicamente comparten tanto la fecha de interposición, como la similitud de forma y fondo. La Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Sociedad Española de Psicología Clínica y Psicopatología, el Colegio Oficial de Psicólogos, el Collegi Oficial de Psicologes de Catalunya, la Asociación de Psicólogos Clínicos y de la Salud del INSALUD y la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes se personan en la defensa de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología. Una conmoción recorre la comunidad científico-profesional de la Psicología y los equipos de profesionales de los servicios sanitarios públicos del Estado... En este contexto se producen en algunos servicios sanitarios múltiples movimientos y propuestas más o menos explícitas de normas de actuación profesional en detrimento de las hasta ese momento desarrolladas por los psicólogos, mientras que otros muchos mantienen su apoyo a un modelo comunitario que precisa de una concepción de trabajo interprofesional hacia una atención integral sin jerarquías corporativas o patrimonios gremialistas del campo de actuación, y de una visión holística de la salud-enfermedad y, con ello, acogen y respaldan la actuación de la Psicología en su vertiente especializada. Pero no se trataba de un hecho aislado o de un azar esta acción contra la Psicología Clínica: era el momento de la llamada *década del cerebro*, donde se

estaba produciendo un avance muy relevante de la Psiquiatría más biologicista muy apoyado por la industria farmacéutica, una vuelta a la valoración de lo hospitalocéntrico versus lo comunitario, un avance de valores conservadores en los ámbitos sanitario y social, una simplificación de la visión del modo y del campo de intervención desde la jerarquía corporativa médica.

De las importantes dificultades que todo ello comportó, da cuenta la dilación temporal: Si una vez aprobado el Programa de la Especialidad en 1996 y publicado en ese mismo año, manteniéndose las convocatorias anuales de plazas PIR, existiendo desde 1995 la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (que, nombrada por los Ministerios de Sanidad y Educación a imagen y semejanza del resto de la Comisiones Nacionales de Especialidades, venía a cumplir parcialmente las funciones que la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995 asigna a las mismas), existiendo el corpus teórico-técnico, la masa crítica, la alta valoración de la experiencia acumulada a través de los Programas PIR de formación especializada, la demanda social y la necesidad en los servicios sanitarios, estaban dadas y maduras las condiciones internas para la creación de la especialidad, el proceso final se enlentece: Sólo en noviembre de 1999 la Administración crea la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, como era obligado por el Real Decreto 2490 de diciembre de 1998. Hasta el 2002 no se publica la Orden Ministerial que hace operativa la apertura del proceso de aplicación del mismo Real Decreto, que oficializa la especialidad. Es en noviembre del mismo año cuando se publican las sentencias (Tribunal Supremo, 2002) relativas a los Recursos Contencioso Administrativos antes mencionados. Todas ellas resultan favorables a la Especialidad de Psicología Clínica.

Es decir, se cierra en el segundo semestre del año 2002, la fase de legalización, de institucionalización oficial de la Psicología Clínica. Casi veinte años, si tomamos como inicio la publicación en 1983 de la primera convocatoria PIR por la Comunidad Autónoma de Asturias al inicio de su Reforma.

Es mucho el terreno avanzado, muchas las resistencias corporativas intra e intergrupos profesionales cercanos superadas, y también muchos los caminos andados, los apoyos externos a las fuerzas de la disciplina, las complicidades, los objetivos compartidos, lo madurado también.

Ahora es preciso abordar, junto a mejoras en la formación de especialistas y en la formación continuada, una nueva fase para *poner en valor* la Especialidad.

4. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. APORTACIONES, POSIBILIDADES, DIFICULTADES Y CARENCIAS.

No contamos ya hoy con el principio de verdad absoluta en los ámbitos públicos, y la ciencia aplicada es uno de éstos. Las distintas especialidades, en función de la dialéctica social en la que están incluidos, defienden sus intereses y valores como públicos. Pero hoy lo público está marcado por el pluralismo y por ende por el relativismo. Así, cada colectivo científico-profesional está obligado por sus códigos instrumentales y de conocimiento, pero también por el respeto al pluralismo y a la valoración relativa de sus propios principios y fundamentos en el marco de dinámicas sociales cambiantes movidas por contradicciones.

Sus instrumentos estarán legitimados operativamente por sus códigos internos, pero además han de engarzarse en discursos de concepciones y de orientación de la dinámica social en diferentes líneas, con establecimiento de ideas, objetivos y prioridades basadas en éticas colectivas. (Olabarría et al. 1.993).

Estas líneas están implícitas en la formación de especialistas y se encuentran situadas en ámbitos diversos: epistemológicos, teórico-técnicos, de investigación-aplicación, en el propio diseño de la formación de licenciados, de especialistas, continuada, en la adecuada y suficiente ubicación y participación en las estructuras docentes y asistenciales vinculadas a la formación de especialistas y a la planificación y ordenamiento de los recursos humanos y asistenciales (prestaciones, sistemas de calidad, etc.). De su intrincada imbricación es resultante la situación existente, aún frágil, de la Psicología Clínica en España y posiblemente la del próximo futuro.

Como en otra ocasión (Olabarría, 2000) he sostenido, creo que es preciso abordar la reflexión epistémica acerca de la complejidad versus la simplicidad tanto en lo que se refiere a la causalidad como a los niveles de análisis de la realidad en lo psicológico y la interación entre ellos, la multideterminación y la información circulante como elementos operativamente puestos en marcha desde los 70 y que vienen a poner en cuestion –en lo que a la Pisocología se refiere- la unicidad en los conceptos y a poner de manifiesto la consideración de la pluralidad de modelos teórico-técnicos, de tendencia de cambio de paradigma científico explicativo o básico: de la física a la biología evolucionista e interaccionista (Maturana), y todo ello en un bucle epistemológico en curso que abarca a concepciones antroposociológicas (que a su vez remitan a la física, a la biología y de aquí a la organización

antroposociológica y/o, más aún, abarca a la consideración de cómo se establece la organización física en la biológica -F. Cordón, por ej.-, y cómo concebir ésta en el interior de la organización antroposociológica.

Los bloques herméticos entre ciencias, cuyas fronteras resultan extremadamente vigiladas para la evitación de entradas («instrusismos») en los campos de aplicación o experienciales, han sido históricamente permeables en los desarrollos conceptuales. También ello es así entre los modelos teórico/técnicos en Psicología Clínica: Como señala E. Morin (1.986) es preciso prestar atención a las modalidades de esta circulación de conceptos para poder sustituir anexiones y sojuzgamientos de conceptos (y sus aplicaciones) por circulaciones reflexivas que abran el conocimiento. La pluralidad de modelos teórico-técnicos será más o menos deseable, pero en cualquier caso inevitable, así como la pluralidad de disciplinas y profesiones en el campo de intervención. De l entramado de lenguajes plurales que puedan articularse en distintos niveles de investigación/intervención, tal vez deviene un nuevo modo de hacer conocimiento y clínica.

También se ha puesto en crisis la estricta separación entre lo psíquico y lo físico o corporal. Que el modelo conceptual bio-psico-social no sea (aún) predominante en los campos de intervención de la Psicología Clínica (y de la Salud…), seguramente tiene que ver no sólo con resistencias externas, también con la necesidad de desarrollar esfuerzos para mostrar (y demostrar) su capacidad operativa, su adaptabilidad creativa en los sistemas sanitarios, su demostración de la intervención de específicas variables psicológicas aparte de las biológicas en el delicado equilibrio procesual salud/enfermedad, de la posibilidad de intervención en dicho proceso desde la Psicología (también sobre variables físicas) y todo ello de manera complementaria a otras profesiones y campos de investigación/acción en organizaciones sanitarias complejas.

Al tiempo, los niveles sanitarios secundario y terciario en el Sistema Nacional de Salud -donde principalmente se encuentran hoy ubicados en nuestro país los psicólogos clínicos y donde se realiza hoy la formación PIR de especialistas- han incorporado valores provenientes de dicha Salud Pública: Eficacia y eficiencia, accesibilidad, detección e intervención precoz, prevención, costes adecuados, calidad de vida, apoyo, lucha contra la cronificación, contra la marginación, etc. De dicha incorporación de valores, se vienen desprendiendo modos y criterios para la intervención no siempre explícitos y que tal vez deban empezar a ser más que criterios, prioridades explícitas.

Por todo lo anterior, la formación de especialistas se configura como un elemento central por cuanto de una parte, además de los conocimientos propios de la especialidad, da cauce explícita y/o implícita-

mente a una gran parte de elementos epistemológicos, valores, posiciones, como los antes reseñados y, de otra, los profesionales en gran medida repetimos lo que aprendemos. Así, la formación es estratégica, pues configura un modo de pensamiento y acción en el presente y para el futuro.

4.1. El marco normativo actual y configuración de la formación en Psicología Clinica. Algunas propuestas de cambios y de mejoras.

Es preciso tomar en consideración que en la actualidad la formación de especialistas en Psicología Clínica está regida por normas de distinto rango, de carácter general o común a distintas especialidades, y específicas. Estas últimas, conocidas por su aún cercana aparición, son:

1. Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en Psicología Clínica.
2. Programa de la Especialidad, publicado en 1996 (ha sido elaborado por la Comisión Nacional y presentado en marzo de este año 2003 a los Ministerios un nuevo Programa, que pretende mejorar sustancialmente el todavía vigente). Entre otros aspectos, define la especialidad de Psicología Clínica como mixta (extrahospitalaria y hospitalaria).
3. Criterios para la acreditación de Unidades Docentes establecidos por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica y que deben cumplir aquellos centros y servicios saniatrios que deseen solicitar la acreditación a los Ministerios para realizar la formación de especialistas.
4. Orden Ministerial PRE /1107/2002, de 10 de mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998.

Estas normas específicas para la Psicología Clínica, de distinto rango, que contienen y son resultado de tantos, variados y continuados esfuerzos, configuran el marco específico de la formación de especialistas en Psicología Clínica.

Pero además, la Psicología Clínica queda regulada por normativa general de aplicación a todas las especialidades, lo que define el marco y condiciona el hacer de manera importante, por lo que conviene conocer y mejorar. Más aún cuando la ubicación y participación de la Psico-

logía Clínica en las estructuras docentes creadas por dicha normativa general no está plenamente *normalizada* manteniéndose en la actualidad una situación que puede perjudicar el futuro y que a mi juicio condicionana la *puesta en valor* de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

4.1.1. Normativa de Marco General: El Real Decreto 127/1984 y la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995.

La formación en las especialidades sanitarias se rige por una normativa general que a todas agrupa y obliga y que en lo que a la formación de especialistas en Psicología Clínica se refiere, establece su marco de referencia.

4.1.1.1. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero y actuaciones complementarias por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Implicaciones para la Psicología Clínica.

Esta disposición deroga expresamente la Ley de 1955, rebajada a rango reglamentario por la Ley General de Educación de 1970, sus normas de desarrollo y el Real Decreto 2015/78. Resulta desde la creación de la especialidad de Psicología Clínica, en diciembre de1998, de parcial aplicación a la formación de especialistas en Psicología Clínica.

Como elementos centrales que aportó el Real Decreto vigente, merecen destacarse:

1. Define y agrupa a las especialidades según requieran formación hospitalaria, extrahospitalaria o mixta.
2. Crea el Consejo Nacional de especialidades médicas y las Comisiones Nacionales de cada especialidad como estructura de asesoría de ambos Ministerios, y le dota de un amplio abanico de competencias y funciones en el marco de las especialidades, lo que ha devenido en un órgano de alto prestigio científico, que cuenta con alta influencia por prestar asesoramiento continuado a la Administración.
3. Establece las directrices que presidirán los requisitos mínimos de acreditación que han de cubrir las unidades docentes.
4. Establece la necesidad para cada especialidad de seguir un programa formativo establecido, desarrollado en centros sanitarios acreditados que han de reunir los requisitos de acreditación previamente establecidos y todo ello a propuesta de la Comisión Nacional respectiva.

5. Contempla la creación de una Comisión entre los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo para que determine el número de plazas de formación de especialistas que anualmente deberán convocarse.
6. Instaura un sistema objetivo y equitativo de adjudicación de estas plazas de formación.
7. Suprime el examen final a la terminación de la fase de formación, sustituyéndolo por evaluaciones anuales.
8. Crea una vía especial para la obtención del Título de Especialista para el ámbito académico.
9. Instaura y fija la especial modalidad de contrato laboral para los residentes durante el período formativo de la especialidad.

4.1.1.2. El Consejo de Especialidades. Situación de la Psicología Clínica.

En el desarrollo de todos estos elementos docentes cobra un papel relevante el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano consultivo de la Administración, constituído por los Presidentes de cada una de las Comisiones de Especialidad. Éstas, a su vez, se componen de profesionales de reconocido prestigio: dos designados a propuesta de asociaciones científicas, uno de colegios profesionales, tres designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, tres catedráticos o profesores titulares designados por el Ministerio de Educación y Ciencia y dos residentes elegidos por y entre los residentes de la especialidad en formación.

En lo que se refiere a la Psicología Clínica y como antes he reseñado, desde 1999 existe la Comisión Nacional de la Especialidad, pero al amparo de que se trata de una especialidad no médica, esta Comisión Nacional ha visto hasta la fecha no respondida su incorporación a este Consejo de Especialidades cuya importancia es evidente. Como ya antes expresé, en 1984, año de promulgación de este Real Decreto 127/84, se pretendía establecer y regular un sistema docente de especialidades, siendo entonces las especialidades clínicas existentes fundamentalmente médicas. En la actualidad esta norma se viene aplicando de manera sustantiva, aunque no completa, a la Psicología Clínica. Pero la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (como la de Radiofísica Hospitalaria) no está incluída y no ejerce participación alguna en este Consejo de Especialidades.

La incorporación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica a este Consejo de Especialidades resulta inexcusable (hasta tanto se modifique la denominación: Consejo de Especialida-

des Sanitarias o en Ciencias de la Salud) y debe de realizarse pronto a fin de evitar que la situación actual se convierta en una nueva forma de exclusión corporativa que dificulta y entorpece la adecuada participación tanto en la estructura docente creada por este Real Decreto para las especialidades, como en todos aquellos asuntos que interesan a la formación de los especialistas en Psicología Clínica y que en sí mismos resultan de alta relevancia.

Por ejemplo, y ahora mismo, el establecimiento y regulación de las denominadas Áreas de Capacitación Específicas (ACEs) para la profundización de conocimientos en ciertas áreas (técnicas, ámbitos, segmentos de edad, patologías y otras): debatiéndose en el Consejo y habiéndose presentado en él varios borradores sobre este asunto, la Comisión Nacional de Psicología Clínica viene planteando la necesidad y urgencia de conocer y participar del debate que realiza el Consejo a este respecto y, desde fuera de éste y sin haber sido expresamente consultada al respecto, ha presentado la propuesta de regulación de varias ACEs de Psicología Clínica (una de ellas, la de Psicoterapia, cuyo borrador ha elaborado conjuntamente con la Comisión Nacional de Psiquiatría) sin haber obtenido respuesta de ninguno de los ministerios hasta el momento.

Otra no inclusión relevante pendiente también de *normalización* se refiere a la reciente creación por el Ministerio de Sanidad de la Comisión de Recursos Humanos (Diarios Médicos de 4 y 5 de diciembre 2002). Dicha Comisión contará con relevantes cometidos para planificar los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordando asuntos de gran envergadura y calado, entre ellos el pregrado y la formación de especialistas y continuada, la planificación de recursos humanos en el SNS, la introducción de criterios para el control de calidad en las prestaciones sanitarias y otras muchas. Su creación y composición precede y están recogidas en el Anteproyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Ministerio de Sanidad. Llama la atención el hecho de que siendo la composición de dicha Comisión de Recursos Humanos amplia y representativa y participada por las comisiones nacionales de todas las especialidades, queda en este momento sin inclusión ni participación la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, aspecto éste contra el que dirige también sus esfuerzos dicha Comisión (Actas de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica de 13 diciembre 2002, de 17 enero 2003, de 17 febrero 2003 y especialmente de 21 de marzo 2003).

Vemos, pues, cómo el camino aún debe afirmarse, consolidarse, sin esperas, sin pasividades irresponsables.

4.1.1.3. Búsqueda de calidad: Acreditación de Centros y Servicios como Unidades Docentes y Auditorías.

Otro aspecto relevante de este Real Decreto 127/1984 se refiere a la Acreditación de Centros y Servicios. El Consejo de Especialidades elaboró sendos manuales que la Administración aprobó y fueron hechos públicos en 1986. De acuerdo con ello, cada Comisión Nacional dentro de ese marco ya definido, establece las particularidades de cada especialidad en cuanto a la específica definición de criterios para la acreditación de centros y servicios a los que deben adecuarse aquellos que deseen solicitarla para su consideración como entidades con capacidad docente para la formación de especialistas.

La Comisión Nacional de Psicología Clínica realiza estos cometidos desde su creación y ha establecido criterios específicos propios desde comienzos del año 2000, que mejoran los muy frágiles establecidos –y con muchas dificultades- en 1996 a propuesta de la CNPEPC y hasta el 2000 existentes.

La acreditación como proceso integrado, ha de tener un carácter dinámico en evolución acorde con la propia de los servicios del sistema sanitario. Pero además, la acreditación debe complementarse con auditorías docentes (Sánchez Chamorro, 1999). Su realización por equipos especializados de la Administración, ajenos a los centros y/o servicios acreditados y a auditar, y con representación de la Comunidad Autónoma de que se trate, si bien está prevista en el Real Decreto, su desarrollo ha sido hasta la fecha muy escaso y el cualificado equipo que las realiza, abiertamente insuficiente. Es urgente y precisa no sólo su existencia real, sino también la posibilidad de un funcionamiento habitual y suficiente para la verificación del grado de cumplimiento que las Unidades Docentes Acreditadas realizan en la práctica tanto de los criterios para la acreditación que alegan cumplir, como del Programa de Formación de la Especialidad para la que están acreditados.

A este asunto la Comisión Nacional de Psicología Clínica ha dirigido esfuerzos, solicitando la realización de auditorías con carácter habitual, reglado anualmente y con un doble carácter: aleatorio y a demanda (por denuncia expresa o por demanda específica de la Comisión Nacional). Las carencias de personal y medios dificultan extremadamente lo que debe ser una práctica habitual de auditoría para todas las especialidades y específicamente en Psicología Clínica.

Cabe de nuevo reseñar que, si bien está prevista en la norma que el informe final de la auditoría se presente al Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades, en el caso de la Psicología Clínica, la ubicación de la Comisión Nacional fuera de éste, provoca que sea directa y únicamente esta Comisión Nacional quien demande, conozca

y proponga decisiones sobre las auditorías realizadas a Unidades Docentes Acreditadas para la Formación de Especialistas en Psicología Clínica, situación que conviene modificar hacia la *normalización*

4.1.1.4. Programa de Especialidad.

A la entrada en vigor del Real Decreto 127/84, las Comisiones Nacionales de cada especialidad elaboraron un programa teórico-práctico de formación en la especialidad correspondiente, de obligado cumplimiento para todas las unidades acreditadas. Todos los Programas de las Especialidades reconocidas oficialmente, fueron aprobados por la Secretaría de Estado de Investigación en 1986.

Como antes ha quedado referenciado, los esfuerzos de los años 80 para la construcción de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, estaban centrados en establecer programas PIR autonómicos y ello en el marco de (y seguramente como instrumento de) la reforma sanitaria en la que y de la que el PIR participaba inequívocamente.

Aproximadamente diez años después de aquéllo, en 1995, el Ministerio de Sanidad promueve que los programas de las especialidades fueran objeto de revisión por cada Comisión Nacional de cada Especialidad para adecuarlos a los nuevos contenidos científicos-técnicos. Quedaron publicados en la Guía de Especialidades (1996). Para ello las Comisiones de Especialidad hubieron de observar unos mismos principios para la definición y ordenamiento de los programas. Principios propuestos por los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo al Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Con ello se consiguió obtener una homogeneidad en la estructuración y definición de niveles y contenidos de los distintos programas, que fueron aprobados por el Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, los Ministerios implicados y quedaron publicados y en vigor desde entonces. Estos programas y la acreditación permitió alcanzar una muy importante homogeneidad y mejora en la formación de especialistas, siendo aún los únicos publicados y oficializados en Europa.

Vuelvo a destacar la importancia que para todo este proceso global y común a todas las especialidades tuvo la existencia de aquel programa PIR realizado en diferentes CCAA del Estado con un carácter homogéneo, definido explícitamente, reglamentado, ajustado también a la actividad asistencial de los servicios, que contribuía a impulsar un modelo de atención y un perfil de formación de especialistas y que era presentado a la Administración del Estado desde diferentes instancias (colegio profesional, asociaciones científicas, Consejerías de Salud de CCAA, sectores universitarios, etc.) en cada uno de los pasos que establecía y desarrollaba (COP, 1990,1991) (Olabarría, 1998, 2000).

Aquel Programa fue con muy pocas modificaciones el que quedó aprobado en 1996 por los Ministerios de Sanidad y Educación (de hecho, muchas de las modificaciones propuestas por la CNPEPC para mejorarlo, fueron desechadas por los ministerios a partir de la especial oposición corporativista que ya había empezado a organizarse con fuerza) como el Programa oficial de la (futura, por aún no oficializada) Especialidad de Psicología Clínica. Con todo, fue fuente de elementos claves para programas de otras especialidades, como:

1. Rotaciones y con ello la consideración de la necesidad de diferentes servicios para la formación, de la aplicación del principio de territorialidad y trabajo de red y su traslación posterior a la noción ministerial de Unidad Docente Acreditada.
2. Asignación de tiempos, objetivos y actividades básicos en la formación para cada servicio o dispositivo asistencial de la rotación.
3. Tutorías, considerando su necesidad en el marco de un proceso de aprendizaje complejo y de crecientes y progresivas cotas de responsabilidad clínico asistencial.
4. Establecimiento de un Programa teórico de referencia clave para el sostén de las adquisiciones prácticas.

La inclusión del Programa de Psicología Clínica, con todas sus limitaciones, en la publicación ministerial «Guía de Especialidades», fue también clave en el proceso de institucionalización, por cuanto representó la aparición del Programa de Formación de especialistas en Psicología Clínica en el escenario público con todas las especialidades hasta entonces oficialmente reconocidas por ambos ministerios. Se produjo entonces una situación especialmente singular: Esta especialidad (futura) contaba ya con:

1. Trayectoria propia de formación de especialistas realizada en servicios públicos de CCAA (desde 1983) y respaldada por amplios sectores de la comunidad científico-profesional de la Psicología Clínica y otros fuera de la misma.
2. Sus códigos e instrumentos de conocimiento internos y también con necesidades creadas en los servicios sanitarios a las que se quería hacer frente en la reforma (Ley General de Sanidad, 1986)
3. Documentos oficiales (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985) que daban acogida a este desarrollo de especialidad.

4. Convocatorias públicas en boletines oficiales de CCAA para la adjudicación de plazas de formación PIR.
5. Convocatorias anuales estatales en BOE desde 1993 de plazas de formación PIR
6. Programa específico de formación de especialistas desarrollado por y en los servicios de estas CCAA, refrendado por el COP y la AEN.
7. Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica, siguiendo el modelo del resto de las Comisisones Nacionales esteblecidas para todas las especialidades por el Real Decerto 127/84.

Así, en 1996 el «nuevo» Programa de la (entonces futura) especialidad de Psicología Clínica, queda publicado conjuntamente con la totalidad de los programas oficialmente reconocidos en la publicación «Guía de Especialidades» del Mº de Sanidad. Era un programa al menos «maduro» y, en cualquier caso, un nuevo escalón hacia la especialidad que sólo quedó aprobada en 1998.

Por último, el conocimiento de las bondades del Programa vigente, no niegan la necesidad de seguimiento y evaluación del mismo, así como la identificación de sus carencias, vinculadas al momento de su elaboración (y los condicionantes de recorte) por una parte y a las nuevas necesidades del momento actual. Por ello, la presentación al Ministerio de Sanidad y Educación para su aprobación del nuevo Programa, elaborado, debatido y aprobado por unanimidad por los miembros de la Comisión Nacional en marzo de 2003, resulta una esperanza.

La configuración histórica del ejercicio de la Psicología Clínica presenta una modalidad autónoma, en una relación biunívoca con el paciente. Este individualismo interventor viene progresivamente sustituyéndose por un trabajo en equipo en servicios sanitarios diversificados que encuadran y condicionan la intervención clínica, al tiempo que la dotan de mayor versatilidad y compromiso. Activamente se busca esta línea de actuación en las Unidades Docentes que resultan acreditadas, donde los residentes realizan su formación de acuerdo al Programa de Formación.

Ahondando en este sentido, los residentes, además de alcanzar los conocimientos teórico-técnicos específicos de su especialidad, entre otros aspectos deberían alcanzar nuevos objetivos durante su formación:

1. Buscar eficacia y eficiencia (especial atención al gasto que su actividad produce en relación a los objetivos de su intervención y la adecuación de la intervención elegida).

2. Aprender a colaborar en la gestión del Centro y en los procedimientos y controles de calidad del mismo seguidores de parámetros de eficacia y eficiencia.
3. Desarrollar actuaciones de coordinación interservicios e interredes de servicios y prestaciones (servicios sociales, educativos, jurídicos...), tanto en el desarrollo de programas sanitarios, como en función de casos.
4. Desarrollar intervenciones y programas comunitarios.
5. Prestar atención a aspectos jurídicos y éticos.
6. Desarrollar investigación.
7. Es decir, la formación de especialistas en Psicología Clínica debe configurar un complejo proceso mediante el que ha de acceder a conocimientos especializados, a habilidades y técnicas específicas y a actitudes adecuadas al vigente ejercicio profesional marcado por la complejidad.

A todo ello la Comisión Nacional ha dirigido el diseño del nuevo Programa de Formación, que sobre la base de los principios que rigieron el anterior, corrijan sus carencias, definan nuevos objetivos y sustancien nuevas actividades. Este Borrador del nuevo Programa, que ha contado con distintas fases y textos, profundamente debatido, está en los momentos en que escribo estas líneas, presentado a la Administración (marzo 2003).

4.1.1.5. El sistema de pruebas selectivas de acceso para las plazas de formación especializada en Psicología Clínica.

Desde 1979 estaba prevista la celebración de pruebas de acceso a la formación especializada pero no es hasta 1989 que este proceso queda normalizado a través de una Orden Ministerial que es desarrollo del Real Decreto 127/84 y que establece un perfil del procedimiento selectivo para el acceso a plazas de formación especializada (de interno residente), caracterizado por:

1. Principio de mérito y capacidad al diseñar la prueba selectiva como un examen de conocimientos, cuidadosamente planteado, diseñado bajo riguroso y modélico secreto, en forma objetiva y con un baremo único de méritos académicos.
2. Establecimiento de la oferta anual de plazas con participación de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y Farmacéuticas y de las Universidades, acorde con la capacidad docente acreditada, las

necesidades sociales de especialistas y las del Sistema Nacional de Salud, las disponibilidades presupuestarias y los compromisos adquiridos por el Estado en Convenios y Traslados Internacionales.
3. Transparencia en la corrección de la prueba posibilitando la reclamación de los examinandos.
4. Accesibilidad a la prueba: Facilitación del acceso a la prueba de examen al realizar la convocatoria en acto público y simultáneo en distintos lugares del Estado.

Si desde 1983, se venían produciendo a través de los boletines oficiales de las CCAA que desarrollaron sistemas PIR, convocatorias públicas para cubrir estas plazas bajo similares principios a los aquí expuestos, desde la primera convocatoria de plazas PIR (1993) fueron estos mismos principios que se aplican a las pruebas para todas las especialidades, los que rigieron la elaboración y aplicación de las mismas para la Psicología Clínica. Cabe aquí destacar que la especial dispersión de los planes de estudio vigentes en las facultades de Psicología del Estado, además de contribuir a un desdibujamiento del perfil profesional básico, posiblemente vienen a dificultar el diseño y la elaboración de una prueba que ha de configurarse sobre denominadores de contenidos formativos comunes en los planes de estudio para favorecer la equidad en el acceso a las plazas.

Además, la oferta anual de plazas de formación en Psicología Clínica, se establece al margen del procedimiento aquí expresado para todas las especialidades. Se establece ésta con la participación de la Comisión Nacional de la Especialidad, pero al margen de las Comunidades Autónomas, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades de las Universidades, lo que representa un grave perjuicio, no sólo para la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, sino también y además, para el Sistema Nacional de Salud y sus principales órganos de gestión y planificación asistencial y de la Formación de especialistas. Se trata de una situación que urge modificar.

4.1.1.6. Inicio de definición de sistema de evaluación progresiva de la capacitación alcanzada durante el periodo de formación como especialista interno residente.

La obligatoriedad de someter a los Médicos Especialistas en formación a una evaluación de la actividad desarrollada, para asegurar un adecuado nivel en la adquisición de conocimientos y habilidades, se establece como mandato en el Real Decreto 127/1984, donde se subraya el papel que en el proceso de formación corresponde a las Comisio-

nes de Docencia de cada Centro. Sin embargo, no hay un desarrollo normativo de estos aspectos de evaluación adecuado y suficiente hasta 1995, en que se publica la Orden Ministerial de 22 de Junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones Locales de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de los especialistas, que veremos un poco más adelante.

El Real Decreto 127/84 entra a definir y aclarar los casos de evaluaciones negativas y las consecuencias de éstas, así como la obligación y responsabilidad de la Comisión de Docencia para adoptar decisiones motivadas en estos casos.

En este aspecto señalar también que estos aspectos se aplican a la formación PIR desde 1993 y hasta la actualidad como a la formación en todas las especialidades, pero que se encuentran con muy bajo desarrollo configurándose como necesidad trabajar en esta dirección.

4.1.1.7. Establecimiento de una clara modalidad contractual para la incorporación de los internos residentes al sistema sanitario.

Uno de los principios que desde la primera convocatoria PIR autonómica en Asturias regía el diseño del programa de formación PIR era el establecimiento de una modalidad remunerada de vinculación al sistema sanitario durante el tiempo del programa formativo.

Dicha remuneración reconocía, o pretendía hacerlo, la aportación profesional de los residentes, así como la calidad que la incorporación del sistema de formación de especialistas a los servicios sanitarios, introducía en los mismos. Por otra parte permitía discriminar esta formación de especialistas de la establecida para alumnos en un sistema y modelo docente que se pretendía superar en la formación de la especialidad. Al tiempo, ese principio entroncaba con una de las reivindicaciones de las huelgas psiquiátricas de los 70 y que tanta influencia en el terreno de las ideas ejercieron durante la *transición*.

El Real Decreto de 1978 sobre formación de especialistas recogIÓ este principio de pago y contrato para el MIR, pero fue el 127/84 el que lo fijó, dejándolo establecido para los residentes de casi todas las especialidades oficialmente establecidas y permitiéndolo por salvedad expresamente recogida en la legislación laboral de entonces para los residentes en su relación contractual con la Administración Sanitaria.

Sin embargo, la inexistancia legal de la modalidad de contratos laborales que permitieran sostener esta posibilidad al margen de la salvedad reseñada, obligó que la primera modalidad de vinculación remunerada del PIR autonómico tuviera que establecerse mediante un sistema de becas, que sólo la aparición legal de las contrataciones laborales temporales al final de los 80 permitió modificar.

En la actualidad, los residentes en Psicología Clínica cuentan con el modelo de contrato vigente desde 1991 para los residentes de todas las especialidades, que pretendió alcanzar unos objetivos tales como:

1. Mención expresa a las cuantías de las remuneraciones que corresponden a los residentes.
2. Claridad en la definición del doble carácter del contrato, que aborda la formación especializada del residente y la prestación de servicios profesionales en la asistencia sanitaria.
3. Concreta la participación del residente en la prestación sanitaria determinando su inclusión asistencial con diferentes niveles de responsabilidad según el momento de la residencia.
4. Define la jornada asistencial anual que debe prestar el residente.
5. Establece derechos y obligaciones.

4.1.2. Implicaciones en la formación de especialistas en Psicología Clínica de la Orden de 22 de Junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación.

El objetivo principal pretendido a través del Real Decreto de 1984 que dio forma y cauce oficial al sistema de formación de especialistas sanitarios, fue la obtención de un modelo que aporta calidad tanto en dicha formación como en la asistencia sanitaria. Objetivo cuyo cumplimiento resulta ampliamente admitido y valorado por todos los sectores relacionados con la salud, principalmente en los siguientes aspectos:

1. Eficiente formación de los especialistas que se someten a un programa docente en práctica clínica y asistencial diaria vinculada a una red de centros y servicios sanitarios acreditados, que recoge la demanda asistencial y diversificada de la población de un territorio definido.
2. Aumento de la calidad asistencial de los servicios sanitarios, derivada de que requisitos de acreditación que deben de cumplir para convertirse en Unidades Docentes Acreditadas marcan una importante direccionalidad de calidad.
3. Mayor adecuación de la formación de especialistas a las características que requiere el actual sistema sanitario en función del modelo a impulsar y de las necesidades y demandas de la población.

Sin embargo las adquisiciones realizadas, configuraron nuevas necesidades, entre ellas las de formalización de estructura e instrumentos

docentes y de evaluación. Así, la Orden de 22 de Junio de 1995 regula las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas especificando explícitamente su aplicabilidad para las especialidades de Medicina, Farmacia y *otras licenciaturas universitarias*.

Desarrolla a través de doce artículos, ocho disposiciones adicionales, tres transitorias y una derogativa, junto con la Introducción, lo establecido principalmente en el Real Decreto 127/84 -también el 2708/82-.

Fijemos la atención en que pasan once años entre el RD127/84 y esta Orden Ministerial. Años que dan cuenta del esfuerzo desarrollado para afrontar la organización y crear la estructura que el Real Decreto estableció. También merece la pena observar algún matiz del título y la redacción que muestra sutilmente la intención de apertura y la cuidadosa sutileza que abre esta norma a la futura aplicación a otras especialidades no médicas cuidando al tiempo sortear las ocultas y poderosas resistencias ligadas a fuertes poderes corporativistas.

Recordemos que también en este año 1995 se había creado la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica, que se habían publicado tres convocatorias estatales de plazas PIR en BOE y que la experiencia de los programas PIR autonómicos, así como los escritos conjuntos con el COP y la AEN de homologación y respaldo, configuraban en esas fechas una identidad de especialidad con consistencia identitaria.

De esta Orden Ministerial creo que merece la pena destacar como aspectos principales, que establece:

1. La regulación de las Comisiones de Docencia en los servicios o Unidades Docentes Acreditadas: su composición, funciones, competencia y funcionamiento para las especialidades hospitalarias, así como las Comisiones Asesoras para las especialidades con períodos formativos extrahospitalarios y por tanto, y así mismo, su composición, funciones, competencia y funcionamiento. Por tanto estas últimas de aplicación para la especialidad de Psicología Clínica.
2. La Jefatura de Estudios y el Coordinador de Unidad Docente.
3. La estructura y composición de las Unidades Docentes para las especialidades con periodos formativos hospitalarios y no hospitalarios.
4. Los comités de evaluación: Composición, funciones y régimen de funcionamiento
5. Instrumentos docentes y sistema de Evaluación: Tutoría y Libro del Residente.

Probablemente al menos una de las motivaciones que subyace en esta Orden Ministerial sea la exigencia de establecer procedimientos garantistas de cumplimiento en la formación de especialistas sanitarios (actitudes, conocimientos y habilidades), cuyo que-hacer se encuentra sometido a un desarrollo vertiginoso tanto en lo científico como en los modos de hacer del Sistema Sanitario. Esta exigencia se configura como un requisito imprescindible de una sociedad que ha de cuidar las modalidades profesionales de intervención en el campo de la salud sobre los ciudadanos en una sociedad cambiante y compleja.

En este sentido es una necesidad para las Administraciones Públicas responsables, el establecimiento y la incorporación práctica de instrumentos de garantía y de control para alcanzar los niveles de calidad suficientes y buscados en la formación de los especialistas. Arbitrar sistemas e instrumentos que respondan a las necesidades de formación de especialistas en Psicología Clínica, resulta por ello deber ineludible.

Estas garantías en la formación de especialistas vienen incorporándose lenta y progresivamente, con altibajos, en línea con una cultura de la calidad que debe impregnar las actividades de la organización sanitaria en general y de las acreditadas en particular. Posiblemente, la Orden Ministerial que nos ocupa, acoge y es resultado de dicha cultura, aún frágil en nuestro país. De esta fragilidad puede tal vez dar cuenta el escaso grado de desarrollo aplicado de la norma, principalmente en lo que se refiere a las especialidades de Salud Mental y específicamente a la Psicología Clínica. La búsqueda de todo ello se configura así como un compromiso, una obligación, y también motivo de interés, y preocupación por las dificultades y riesgos que comporta, de todos los más directamente implicados. Al menos: La Administración Pública (Ministerios de Sanidad y Educación), los centros y servicios sanitarios acreditados como Unidades Docentes para la Formación de especialistas en Psicología Clínica, los tutores y los profesionales que configuran los equipos de las Unidades Docentes Acreditadas.

Los intereses de todos los mencionados como directamente implicados por el proceso formativo no son homogéneos, pero comparten el objetivo global de establecer garantías para una formación especializada de calidad vinculada con las necesidades y demandas sanitarias que se atienden en el Sistema Nacional de Salud, que en nuestro país cubre al 99% de la población.

La introducción de instrumentos de regulación definidos básicamente en la Orden Ministerial, obliga a dedicar esfuerzos para hacer frente a la adaptación a los nuevos esquemas de organización sanitaria del Sistema Nacional de Salud con las transferencias a las Comunidades Autónomas del Estado ultimadas, además de la incorporación de

los nuevos conocimientos teórico-técnicos, habilidades y actitudes propios de la especialidad de Psicología Clínica.

Las Unidades Docentes Acreditadas para la formación de especialistas en Psicología Clínica deben adecuarse a los requisitos de acreditación establecidos por la Comisión Nacional de la Especialidad. Diremos en resumen que que estos requisitos respecto a las unidades docentes a acreditar definen un perfil para ellas cuyo denominador común es que han de formar un conjunto de servicios territorializados, configurar una red de diversificada de prestaciones y programas de atención, contar con equipos multiprofesionales para trabajar desde una óptica de continuidad de cuidados, contar con equipos, locales y servicios internos adecuados a características definidas. Ahí desarrollará el residente su formación como especialista, de acuerdo a un Programa de Formación de la Especialidad establecido a nivel estatal por los Ministerios de Sanidad y Educación a propuesta de la Comisión Nacional de la Especialidad. Esa Unidad Docente Acreditada específicamente, de acuerdo a unos requisitos de acreditación que su solicitud establece que cumple, debe contar con la estructura docente que esta Orden Ministerial establece y con unos instrumentos docentes importantes: la Tutoría, ejercida por un psicólogo clínico miembro del equipo de la Unidad Docente Acreditada, y el Libro del Residente.

Hablamos por tanto de un modelo organizativo/sanitario para la formación que supera las organizaciones basadas en estructuras jerárquicas uniformes, cerradas endogámicamente y burocráticas para dar cuenta de una complejidad relacional de las partes que configuran la globalidad y en que las intervenciones desarrolladas ante problemas específicos se conciban y aborden como oportunidad de aprendizaje singular al tiempo que homogéneo. Aprendizaje cuyo seguimiento y evaluación está definido.

Sin embargo, es preciso decir que esta estructura establecida por la Orden Ministerial está en gran medida sin establecer en las Unidades Docentes Acreditadas para la formación en Psicología Clínica (y también para Psiquiatría) en prácticamente todo el Estado (con algunas notables y esforzadas excepciones). De esta aparente sinrazón debemos buscar sus causas y conocer los intereses que dificultan su puesta en funcionamiento, pues resulta conocido que existen incumplimientos de las rotaciones y actividades previstos en el Programa de formación de la Especialidad (el hecho de que estos incumplimientos sean más graves y generalizados en el de Psiquiatría y en otras especialidades, no debe hacerlo olvidar en el de Psicología Clínica) que podrían quedar subsanados de manera importante si dicha estructura docente existiese y funcionase adecuadamente (y/o si un modelo suficiente de auditorías obligase a ello).

Seguramente y al menos en parte, este hecho está directamente relacionado con la existencia de Unidades Docentes donde el modelo asistencial y de formación está más regido desde un polo comunitario y otras donde el modelo es hospitalocéntrico. En este sentido, la Comisión Asesora tipificada en la Orden del 22 de Junio de 1995 para completar la estructura docente de las especialidades extrahospitalarias-hospitalarias, es un instrumento imprescindible para garantizar un adecuado cumplimiento del Programa de Formación de la Especialidad, junto a la Comisión de Docencia. Ello busca y favorece que se contemplen ambos aspectos de la formación: hospitalarios y comunitarios. Pero resulta sorprendente observar su escaso desarrollo (incluso su nula existencia) en la mayor parte de las Unidades Docentes Acreditadas para la formación en las especialidades de Salud Mental en general y de Psicología Clínica en particular, pues la juventud y fragilidad de la especialidad aumenta los daños y los riesgos. Vemos así perjudicado gravemente el desarrollo del aprendizaje por el incumplimiento de la normativa en relación a esta Comisión Asesora o su deficiente funcionamiento.

En cualquier caso, no debemos acomodarnos en la confortable espera, sino reclamar responsablemente lo que, ya normativizado, precisa su aplicación en aras de una búsqueda de excelencia que resulta inexcusable por la responsabilidad social que entraña la formación de especialistas .

4.1.3. Instrumentos docentes y sistema de evaluación. Valoración.

4.1.3.1. La tutoría. Presentación,valoración y propuestas

La tutoría se define en la Orden Ministerial como uno de los instrumentos centrales del modelo de formación de internos residentes vigente para la formación de especialistas sanitarios en nuestro país.

Si bien en la Orden Ministerial quedaba presentado como un instrumento nuevo ello no era así en el modelo y en la experiencia de la formación PIR, que en sus Programas autonómicos y del COP y AEN, había establecido este modelo, con denominador común y algunas diferencias en sus modalidades de aplicación. De hecho, el referente único de experiencia desarrollada en esta línea en nuestro país era el PIR. Sin embargo, desde 1993 (fecha de la primera convocatoria estatal de plazas de formación PIR) hasta la publicación en 1995 de esta Orden Ministerial, la tutoría en el Programa PIR se desdibuja, aunque el Programa de Formación de Especialistas en Psicología Clínica, diseñado en 1995 (en proceso completamente paralelo, sin conexión alguna, con el de esta Orden Ministerial) y aprobado en 1996, lo recogía.

No obstante, y tal vez por tratarse de una primera y común definición para todas las especialidades, la recogida en la Orden Ministerial respecto a la tutoría y el tutor es realmente escasa y posiblemente cuenta con un anclaje insuficiente en la estructura docente.

Tengamos en cuenta que si el modelo de residencia contempla a partir de esta Orden Ministerial para todas las especialidades sanitarias la figura de la tutoría, las especialidades de Salud Mental, por las especiales características tanto de su saber y su hacer como de su formación y aprendizaje, han de recabar esfuerzos para un desarrollo real y adecuado de estas funciones, que requieren un respaldo y reconocimiento administrativo más definido y desarrollado que el actual, pues la tutoría es un instrumento principal para una formación de calidad en las especialidades de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería en Salud Mental.

Trabajar, tanto para obligar su adecuado cumplimiento, como para mejorarlo, es muy relevante. Y ello obliga a una seria reflexión y debate en la comunidad científico-profesional.

Hablar de tutoría es referirse a algo más y distinto de una figura docente con funciones establecidas administrativamente, pues se refiere a un modelo de formación que crea una especial relación entre el tutor y el PIR en el marco de un entramado relacional que se configura en la Unidad Docente Acreditada (Olabarría, Ortiz y González, 1999). Relación facilitadora del proceso intencional del aprendizaje de la especialidad. Un aprendizaje que es cualitativamente distinto y superador de la incorporación de unos conocimientos teóricos con prácticas más o menos regladas y que implica el desarrollo de un programa de formación de la especialidad desde una «inmersión» en la función y el ejercicio profesional tutorizado, es decir, guiado a través de un soporte relacional, en las Unidades Docentes Acreditadas de acuerdo a un Programa, con rotaciones por servicios, actividades descritas y con cotas progresivas de responsabilidad asistencial supervisadas.

Pero además, la Orden del 22-6-1995 define dos figuras tutoriales para las especialidades mixtas (de formación extrahospitalaria y hospitalaria) con un ferfil establecido muy en función de las necesidades de los residentes en Medicina Familiar y Comunitaria: Tutor hospitalario y extrahospitalario (este último nombrado a propuesta de la Gerencia del Área de Atención Primaria).

En el caso de especialidades como Psiquiatría, Psicología Clínica o Enfermería en Salud Mental, la experiencia muestra un cambio necesario: Un solo tutor del Programa o tutor general que sea quien apoye, encamine, garantice y supervise el desarrollo de la formación del residente en los diferentes servicios y centros de la rotación propia de la Unidad Docente Acreditada. Este tutor debería contar con tutores de

rotación, es decir, tutores que complementariamente al tutor general, cubran parte de los cometidos de la tutoría en cada dispositivo, servicio, programa o unidad del circuito de rotación que conforme la Unidad Docente Acreditada (existen importantes y continuadas experiencias en este sentido en el ejerció PIR de la tutoría).

La actual tipificación de dos tutores simétricos en la Orden Ministerial, está provocando más indefinición, confusión y ambigüedades de función y relación en la estructura docente y en la relación con el residente. Además y posiblemente en y para la formación de los residentes de la especialidad de Psicología Clínica, sería recomendable incorporar en la normativa la recomendación de que el tutor trabajase en un dispositivo extrahospitalario de la Unidad Docente Acreditada.

Otro de los principales problemas se produce por la deficiente integración de las funciones asistenciales y las funciones docentes del tutor. Siguiendo la Orden Ministerial, el nombramiento del tutor corresponde a la gerencia a propuesta del Jefe asistencial. Por tanto el tutor, en su cometido como tal, depende de la estructura docente, pero la estructura docente es tan limitada y frágil en las Unidades Docentes Acreditadas que el necesario equilibrio entre funciones asistenciales y docentes, no queda garantizado, siendo su autonomía para el ejercicio de la tutoría respecto del Jefe asistencial tan limitada que es prácticamente inexistente, lo que puede dificultar el adecuado ejercicio de ésta.

Por otro lado no está establecido en la Orden Ministerial ni el tiempo de dedicación del tutor a sus tareas como tal, ni la existencia de incentivaciones. Lo primero se traduce en que serán elementos o factores personales (motivación individual, concepción de la función de tutoría, relación con el tutorizado...), institucionales (presión asistencial, «encaje» de la relación de aprendizaje de los residentes en el servicio, relación del tutor con el jefe del Servicio...), grado de existencia y peso institucional de estructura docente en el Área y Unidad Docente Acreditada, y otros, los que verdaderamente jugarán un papel definitorio en el tiempo y modo de tutoría ejercido. Por ello es importante garantizar el tiempo suficiente para llevar a cabo las funciones de tutoría, para lo que podría establecerse un mínimo de un 10% y un máximo de un 25% (dependiendo del número de residentes que tenga a su cargo) del tiempo de su jornada laboral al diseño y desarrollo de sus actividades (Olabarría, Ortiz y González, 2000).

Lo segundo, al no estar establecida modalidad alguna de compensación (económica, curricular, de liberación de tiempo u otras) convierte la tutoría de hecho en un acto voluntarista, por tanto insuficientemente valorado. Por ello urge establecerlas y, tal vez sería conveniente diseñarlas como valor añadido, por ej. Favorecer la preferencia de par-

ticipación del tutor en actividades especiales de formación continuada (cursos, reuniones con otros tutores, congresos...), reconocimiento curricular en baremos de acceso a plazas en servicios sanitarios públicos y/o de promoción o carrera profesional, etc.

Aunque, como antes ha quedado dicho, la normativa en torno a las tutorías es ambigua en muchos aspectos e insuficiente en otros, resulta aún peor constatar que la escasa reglamentación actual es escasamente seguida y aplicada por las Comisiones de Docencia y Asesoras de las Unidades Docentes Acreditadas. Los tutores PIR, sin embargo, continúan desarrollando su esfuerzo cotidianamente, con generosa responsabilidad, dejando un poso de experiencia cuyo conocimiento y seguimiento es preciso profundizar y apoyar.

Por este motivo cabe reclamar el cumplimiento, seguimiento y verificación (auditorías) de la aplicación de la normativa vigente en las Unidades Docentes Acreditadas para la formación de especialistas en Psicología Clínica, tanto por la responsabilidad que se deriva de estos incumplimientos, como porque podría resultar estéril hacer propuestas sobre una regulación sistemáticamente incumplida y que, pese a todo, resulta central: la función de tutoría.

Tengamos en cuenta que el licenciado en Psicología que inicia la formación especializada en Psicología Clínica posee un título que acredita una formación teórica básica, pero su formación clínica específica es básica y generalista, su experiencia clínica, elemental o incluso nula y su conocimiento profesional del Sistema Nacional de Salud inexistente. Con este punto de partida, ha de someterse a una formación compleja, que rompe con el modelo académico en el que se ha sustentado previamente. En esta situación, la figura del tutor es punto esencial de referencia para disipar la confusión y para canalizar una formación basada en un aprendizaje activo desde los servicios sanitarios y en la elaboración de la experiencia que se va adquiriendo.

Por otra parte, es preciso cuidar el riesgo de relación bipolar tutor-residente, en la que el tutor sólo verifica el aprendizaje y donde se pierde el enriquecimiento de la participación conjunta con supervisores de casos, de actividades o de rotación (Olabarría, Ortiz y González, 2000).

El tutor ha de garantizar desde su responsabilidad como tal, una coherencia en:

1. El proceso formativo realizado a lo largo de los años de duración de la especialidad
2. La red de servicios y centros
3. Los objetivos concretos de aprendizaje
4. Los distintos supervisores

En su calidad de referente y garante de la formación del residente, ha de estar obligado a mantener una relación fluida con todos los dispositivos de la Unidad Docente Acreditada y a delimitar los campos de acción de los diversos profesionales de los equipos, favoreciendo una visión global y comprensiva al tiempo que discriminativa.

Especial relevancia puede tener aquí la inconveniente superposición de conceptos. Dado el sentido que estamos definiendo, es preciso diferenciar tutoría y supervisión. En la medida en que el tutor habría de facilitar el acceso del residente a la actividad clínico-asistencial de forma ordenada y estableciendo cotas progresivas de responsabilidad asistencial, la supervisión cobra especial relevancia. Pero aquí cabría distinguir entre una supervisión de rotación (o tutoría de rotación), que habría de establecer los modos concretos de alcanzar los objetivos de la formación y las actividades específicas de ese servicio de la rotación, de acuerdo con el tutor del Programa, y la supervisión clínica, que no tiene necesariamente y en todos los casos que realizarla el propio tutor, debe de garantizarla. La función de supervisión clínica tiene identidad propia, puede o no coincidir en las personas de los tutores, pero ha de ser dependiente directamente de ellos.

Vemos así que se trata de configurar una relación compleja y multifactorial entre elementos diversos y que esta relación debería a su vez quedar marcada por la definición de los objetivos docentes que desde el comienzo y durante el proceso de formación deberían quedar definidos y ajustados a los objetivos que el Programa de Formación establece, a los propios del residente y a los posibles de acuerdo a los recursos y posibilidades de la Unidad Docente Acreditada, tanto en su vertiente asistencial como docente.

Pero para todo ello, para que el tutor pueda desarrollar sus cometidos con calidad y en línea con esta propuesta, es imprescindible que cuente con suficiente entidad docente, además de la clínico-asistencial en el Servicio, dependiente de la estructura docente (la Comisión de Docencia y Asesora). Por tanto y de nuevo, resulta imprescindible el desarrollo y aplicación de la Orden Ministerial reguladora de la estructura docente, que así lo contempla.

Este diseño de tutoría permitiría realizar eficazmente una de las funciones que la Orden Ministerial adjudica: La participación del tutor en la evaluación. Sin embargo, tal vez cabe aquí considerar que esta evaluación debería trascender los estrechos límites de una participación en la evaluación del aprendizaje realizado por el residente y los objetivos por éste alcanzados, para referirse a una significativa participación en una evaluación referida al Programa seguido, al circuito en la Unidad Docente Acreditada y al proceso del residente, todo ello en una relación

fluída y continuada. De esta participación en la evaluación, cabría desprenderse propuestas de mejora y/o de resolución de las deficiencias y dificultades planteadas.

De todo lo propuesto debería también derivarse que el tutor gozara de suficiente capacidad para incidir en la Unidad Docente Acreditada a fin de que pudiera desarrollar iniciativas y hacer propuestas, desde su perspectiva docente, que pudieran afectar positivamente al funcionamiento de los equipos. Así mismo, en lo que a recursos materiales docentes se refiere, por ejemplo: propiciar la suscripción a determinadas revistas científicas, adquisición de libros, recursos informáticos, etc.

4.1.3.2. El Libro del Residente. Situación actual, valoración y propuestas

El Libro del Residente es un instrumento docente y de evaluación cuya obligatoriedad viene establecida por esta Orden Ministerial (artícs. 8 a 11). En realidad el Libro del Presidente es un instrumento puesto parcialmente en marcha con años de antelación a la Orden Ministerial. Desde 1997 cuenta con un modelo único para la totalidad de las especialidades llamadas «médicas» existentes, modelo que en la actualidad continúa en vigor.

Este modelo único cuenta con años de experiencia de aplicación y resulta plenamente constatada en las Unidades Docentes Acreditadas y sistemática en el tiempo, su completa falta de pertinencia y adecuación a la especialidad de Psicología Clínica (y también en Psiquiatría). De hecho, esta grave inadecuación ha dado paso a la generalizada práctica de falta de uso o uso «falseado» (cumplimentación formal y burocrática) en las Unidades Docentes Acreditadas, con lo que este importante instrumento docente y de evaluación ha visto pervertidos su uso y/o utilidad.

Como en tantas ocasiones y asuntos ocurre, parecería más útil que un instrumento pervertido para el aprendizaje no existiera. Su descrédito es completo y su inutilidad manifiesta.

Sin embargo, fijémonos en el interés e importancia de un adecuado Libro del Residente, considerado éste en su propósito, es decir, «como soporte documental para guiar el proceso de aprendizaje, particularmente en cuanto al diseño y cumplimentación de los objetivos docentes establecidos entre el Residente y su Tutor a lo largo del periodo de residencia, debe servir también para verificar la cumplimentación del Programa de Formación (...) En el libro se debe registrar todas las actividades teóricas y prácticas plasmadas en el Programa Nacional de la Especialidad como obligatorias, así como aquéllas que se deriven de un acuerdo entre el residente y el supervisor» (Gómez Beneyto, 2000).

Por las anteriores razones es preciso un nuevo Libro del Residente que contenga elementos facilitadores de la relación residente-tutor, de la relación residente-tutor-comisión asesora (siguiendo la denominación establecida en la Orden Ministerial para las Comisiones de Docencia de las especialidades de formación extra e intrahospitalaria) y de la relación con la Comisión Nacional de la Especialidad a efectos del seguimiento del programa formativo puesto en marcha en la Unidad Docente Acreditada y de la evaluación progresiva del proceso formativo del residente.

En este sentido, es preciso que el Libro del Residente de cuenta del registro de:

1. Las actividades prácticas clínico-asistenciales desarrolladas y obligatorias en función del Programa de Formación de la Especialidad.
2. Las actividades desarrolladas en función de objetivos individualizados acordados entre el residente y el tutor, en función del interés del residente, de las posibilidades de la Unidad Docente Acreditada y de su compatibilidad y encuadre en el Programa de la Especialidad.
3. Las actividades teóricas recibidas
4. Las actividades prácticas vinculadas con áreas diversas como coordinación, asesoramiento, cobertura de programas (Atención Primaria, Servicios Sociales, Justicia, etc.) y otras.
5. Actividades especificadas en denominación, número, duración, grado de responsabilidad asumida y autonomía durante su ejercicio, etc.
6. Firmada cada actividad por el residente, el tutor y en su caso, por el supervisor o persona a tal fin designada y acordado con el tutor.
7. Actualizado el registro al menos semanal o mensualmente.
8. Debe ser presentado al coordinador de la Unidad Docente y recoger la calificación/evaluación anual.
9. Debe quedar presentado a la Comisión Nacional de la Especialidad al menos al finalizar el período de Residencia para ser visado.
10. Debe facilitar una evaluación múltiple: del residente, del programa seguido y de la Unidad Docente Acreditada.
11. Debe ser un instrumento facilitador de la relación dinámica y participativa tutor-residente a lo largo del proceso de formación.

Cabe destacar que en esta dirección un grupo de trabajo mixto (Comisión Nacional de Psicología Clínica/Comisión Nacional de Psiquiatría) con el apoyo y respaldo del Ministerio de Sanidad elaboró a lo largo de un año un borrador de Libro del Residente, que, una vez aprobado por ambas Comisiones Nacionales, fue aplicado durante el 1999 con carácter de prueba en doce Unidades Docentes Acreditadas en ambas especialidades, de distintas CCAA del Estado, que aceptaron voluntariamente esta prueba; que se recogieron los resultados y las propuestas de modificación presentadas y que fue entregado a los ministerios implicados, sin que desde entonces se haya producido noticia o explicación alguna acerca de su falta de puesta en marcha, pese al notorio consenso y expectación alcanzado por el proyecto.

No es éste un asunto menor. Resulta relevante la consideración del Libro del Residente como instrumento relacional para:

1. Desarrollar un control de calidad
2. Seguir y verificar el cumplimiento de los objetivos y actividades del programa de Formación y los establecidos específicamente entre tutor y residente
3. Facilitar la relación tutor-residente en sus distintas facetas (valores, metas, objetivos formativo/asistenciales viables y sostenibles, actividades, etc.)
4. Favorecer la adecuación de las actividades asistenciales del residente a los objetivos formativos
5. Incorporar expresamente el compromiso de los responsables docentes y asistenciales de la Unidad Docente Acreditada en torno a cada residente y al Programa de Formación
6. Favorecer una adecuada y progresiva evaluación de la competencia adquirida por el residente
7. Favorecer un adecuado y continuado seguimiento del cumplimiento del Programa de Formación en Psicología Clínica por la Unidad Docente Acreditada y la Comisión Nacional correspondiente.

Se trata de un instrumento cuyo diseño y perfil se adecúa, es útil y facilitador de la formación en un modelo organizativo que supera las organizaciones basadas en estructuras jerárquicas cerradas y burocráticas para establecer una complejidad relacional de las partes que configuran el todo, en que la búsqueda de soluciones singulares ante los problemas específicos identificados se conciba y ejecute como *oportunidad de aprendizaje* (Gómez Beneyto, 2000) singular al tiempo que homogéneo.

Además, el residente se forma en servicios cuyo equipo es multiprofesional, por lo que las relaciones intra e interprofesionales requieren cambios en las actitudes y estilos de los participantes en línea con la organización abierta que ha de ser la Unidad Docente Acreditada. El Libro del Residente también puede facilitarlo.

En esta línea es preciso apostar por el urgente cambio del obsoleto Libro del Residente aún vigente.

5. FORMACIÓN CONTINUADA Y SISTEMA DE ACREDITACIÓN. PREOCUPACIONES EN TORNO A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

En el marco de un proceso radical y acelerado de continuo cambio en lo científico, tecnológico, social, económico, cultural, ..., y en lo que más específicamente al ámbito sanitario se refiere, la formación continuada de los profesionales sanitarios adquiere una relevancia y un carácter imprescindible para hacer frente a:

1. La adquisición y adecuación de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes a que los cambios obligan en función de las nuevas necesidades de los servicios y las nuevas demandas de la población.
2. La necesaria visualización, adaptación activa y participación en las nuevas líneas, objetivos y procedimintos de dirección técnica y de gestión sanitaria.
3. La construcción progresiva de la identidad particular, específica, de cada especialidad y la compartida, vertebrada, en el quehacer de los profesionales sanitarios.

Al menos desde la Transición, la formación continuada de los profesionales de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ha sido uno de los centros de interés y preocupación de muchos profesionales y servicios, que dedicaron a su puesta en práctica su esfuerzo, energía, conocimiento, iniciativa y voluntad en un marco de escasez alarmante (o carencia) de recursos y en situaciones difíciles.

Sin embargo, desde hace unos años y progresivamente, la carencia de norma suficiente que permitiese establecer un sistema reglado y oficialmente establecido, posiblemente unido a los costes de la misma, la existencia de otros intereses, más o menos espúreos, vinculados al establecimiento de un mercado no regulado con fuertes intereses y la dis-

persión, han favorecido que progresivamente quedase esta formación muy mayoritariamente ligada a la iniciativa de la industria farmacéutica, lo que ha venido a provocar importantes sesgos formativos vinculados a los productos de dicha industria e intereses, y que ha sido objeto de importantes y continuadas críticas de diversos sectores y organizaciones profesionales que han visto que todo ésto ha conducido a una proliferación de cursos, seminarios, congresos, ponencias, trabajos, etc., sesgados hacia los intereses ya mencionados y no suficientemente evaluados ni valorados en su contribución a la labor formativa.

La necesidad de una adecuada y suficiente regulación que estableciese garantías suficientes de acreditación fue así cobrando fuerza en nuestro país, considerando esta necesidad de tanta trascendencia como la que en su momento tuvo la definición e introducción del Modelo de Internos Residentes para la formación de especialistas.

La formación continuada de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, se configura como uno de los elementos centrales tanto para el desarrollo de prestaciones científico-técnicas de calidad, como imprescindible para adecuar las líneas y procedimientos de gestión de eficacia y eficiencia necesarios en un sistema organizativo altamente costoso y complejo en su organización y personal.

La Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Resolución de 22 de diciembre de 1997 implantó el sistema de acreditación en nuestro país, que dió luz al Convenio de la Conferencia Sectorial del Consejo lnterterritorial del Sistema Nacional de Salud (BOE, 13-2-1998), convenio que fue ratificado por los consejeros de Sanidad de las 17 CC.AA del país.

En el Convenio se establecía la creación de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (CFCPS del SNS), en la cual están representados:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Ministerio de Educación y Cultura.
3. Las 17 Comunidades Autonómas.
4. Los Colegios Profesionales.
5. Las Sociedades Científicas
6. El Consejo Nacional de Especialidades.
7. Las Universidades

La Comisión tiene carácter de Comisión permanente del Consejo Interterritorial y es la responsable de la formulación de las políticas de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las bases del Convenio.

A la Comisión le corresponde el establecimiento de los criterios generales y comunes para la acreditación de actividades y de instituciones, así como la coordinación de planes y actuaciones de las Comunidades Autónomas (lo que resulta de alto interés, cuando en este año ha quedado ultimado el proceso de traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas). Éstas quedan obligadas a instaurar un sistema y estructura similar en su territorio, con lo que el sistema tiene un carácter ampliamente descentralizado.

Tanto la Comisión del Sistema Nacional de Salud (SNS) como las Comisiones Autonómicas cuentan con una Comisión Permanente para facilitar la operatividad del sistema. Y dependiendo de ellas existen las correspondientes secretarías técnicas, encargadas del trabajo técnico y administrativo.

Para llevar a cabo las tareas técnicas de acreditación, existen los correspondientes Comités de Acreditación, integrados por profesionales con experiencia en el tema, que son designados por las Comisiones (la CFCPS del SNS y las Comisiones Autonómicas).

El sistema tiene un carácter voluntario: la solicitud para una actividad determinada de la acreditación, o la solicitud de acreditación de una institución proveedora, es de libre decisión para el proveedor. Este principio de voluntariedad de la acreditación es consustancial a la situación social de los países democráticos occidentales y es clave del sistema. Por contra, en la acreditación individual, son las organizaciones profesionales y los empleadores quienes establecen los requerimientos obligatorios para los profesionales sanitarios, en línea con la capacidad contratadora y con el establecimiento de la carrera profesional.

La actividad formativa acreditada (mediante formulario previamente cumplimentado y valorado por la Comisión (autonómica o nacional) correspondiente, a través de sus Comités de Acreditación, contará con un número de créditos obtenidos cuando cumpla los requisitos estipulados.

La acreditación concedida por una Comisión Autonómica cuenta con validez en todo el Estado, igualmente ocurre cuando la acreditación se ha realizado por la Comisión de Formación Continuada del SNS.

También existe la acreditación de organizaciones e instituciones que realizan actividades de Formación Continuada. El procedimiento aquí se basa en la información requerida a través de formulario y facilitada por quien lo solicita. Si la institución cumple los requisitos, queda acreditada, es decir, queda reconocida para acreditar, en nombre de la comisión correspondiente, las actividades que organice. Para ello debe definir y contar con un Comité de Acreditación propio que utilice el mismo baremo aprobado por la CFCPS del SNS y adoptado por las Comisio-

nes Autonómicas. La duración de la acreditación está prevista para tres años, momento en que puede quedar o no renovada.

Es decir, en 1998 se inicia operativamente el camino para establecer el sistema de acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que sigue un modelo descentralizado, voluntario, que debe ser riguroso, abierto, ágil, participativo y útil para la gestión eficaz del sistema, el establecimiento de las grandes líneas de actuación sanitaria (que marcarán la formación) y la dirección de las carreras profesionales en concordancia con las líneas de actuación sanitaria a impulsar. Todo ello puede adquirir a su vez relevancia, si logra terminar con el voluntarismo (en el mejor de los casos), la dispersión, confusión, ambigüedad que caracterizó durante demasiado tiempo la formación continuada. Y, de ninguna manera menos importante, si logra satisfacer la necesidad de que esta formación se desarrolle con garantia de calidad y no condicionada por intereses comerciales de la industria farmacéutica y/o tecnológica.

Sin embargo, la estructura abierta por la norma, ha dejado fuera de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud la participación de la Comisión Nacional de la especialidad de Psicología Clínica y las organizaciones de la Psicología. Este hecho, a todas luces y cuando menos, improcedente, vuelve a colocar la formación (continuada en este caso) en un aspecto fundamental y estratégico, en una posición de marginación que aumenta la fragilidad de esta joven especialidad y contribuye a fomentar una vulnerabilidad ante la que sólo cabe tomar posición de desacuerdo y crítica, en tanto representa cierta forma de daño que podemos prever repercutirá al menos en:

1. La formación de los especialistas en Psicología Clínica del Sistema Nacional de Salud de manera negativa y asimétrica respecto al resto de los especialistas sanitarios.
2. La falta del establecimiento riguroso de carrera profesional.
3. La carencia o insuficiencia de líneas formativas acordes con el modelo sanitario y las estrategias de dirección y acción sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
4. Dificultar el desarrollo de la interdisciplinariedad

Si en todos los ámbitos y especialidades sanitarias mantener, desarrollar, mejorar y/o adquirir, en definitiva, la puesta al día en conocimientos, habilidades, actitudes, actuaciones profesionales y capacidades relacionales en y para la intervención asistencial, se ha convertido en un requisito imprescindible para la competencia en el mercado laboral, en una preocupación de los propios profesionales y en una exigen-

cia del Sistema Sanitario y de la sociedad, que cada día está mejor formada y más informada, esta necesidad posiblemente se hace más sentida entre los profesionales de la Psicología Clínica, especialistas sanitarios que no sólo por su propia función y por la naturaleza del bien que se encuentra en juego, sino también porque su quehacer sanitario además de su vertiginoso desarrollo científico, está incorporado muy recientemente y aún de manera insuficiente al Sistema Nacional de Salud, está -o se siente- doblemente obligado a una actualización constante y con garantías equiparadas/equiparables al menos a la de los demás especialistas sanitarios.

Que la Administración Pública haya asumido recientemente como obligación esta regulación normativa, excluyendo la participación de las entidades de la Psicología Clínica, supone un evidente e inexplicable perjuicio para ésta, para las prestaciones de sus profesionales, para el Sistema Nacional de Salud y para los ciudadanos.

Esta exclusión se ve a su vez subrayada en el actual Borrador de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que define y establece la Comisión de Recursos Humanos con importantes cometidos en materia de formación de especialistas y de planificación de recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud (Diarios Médicos de 4 y 5 de Diciembre de 2002).

Es preciso reclamar la finalización de esta dañina exclusión establecida en los últimos años y en estos relevantes aspectos por la Administración Pública.

6. ALGUNAS REFLEXIONES GENERALES ACERCA DEL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS SANITARIOS, LA FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

Como en otro lugar he tenido ocasión de exponer (Olabarría y Leal, 2000) creo que la formación de los especialistas en Psicología Clínica no puede –ni, seguramente, debe- concebirse separada de los contextos de la asistencia sanitaria que condiciona el carácter de esta formación.

En nuestro país hemos visto que este hecho está reconocido desde el año 1984 en lo que se refiere a la formación de los médicos especialistas y más recientemente –como hemos visto con anterioridad- a la de los psicólogos clínicos y parcialmente a la enfermería psiquiátrica obligando a la formación en servicios sanitarios acreditados a tal fin. Los

conocimientos científico-técnicos se enmarcan entonces en este contexto a su vez cambiante, no estático.

El subsistema sanitario de la Salud Mental al tiempo está inmerso y participa significativamente en las importantes modificaciones conceptuales que principalmente desde la segunda mitad del siglo pasado vienen produciéndose en torno a una visión holística y compleja del proceso salud-enfermedad que se han traducido en un importante cambio en los modos de concebir las intervenciones así como el contexto y también en la valoración social de la salud integral, que hoy se configura como un derecho ciudadano. La vulnerabilidad individual y colectiva y la responsabilidad individual y social en torno a la salud en general y particularmente en la salud mental y los modos de atención, se configuran hoy como uno de los ejes vertebradores de las intervenciones y de las profesiones que las realizan, junto a los conocimientos científicos que los sustentan.

Considerada por tanto la salud no sólo como un bien personal y/o familiar, sino también como un valor social condicionado por el contexto, en los países occidentales de nuestro entorno socio-cultural y económico los modelos organizativos de las prestaciones asistenciales tanto en sus aspectos de diseño financiero, definición de prestaciones, organización de los servicios, investigación, definición de las profesiones sanitarias y, desde luego la formación de los especialistas, han cobrado una relevancia impensable hace años. Al tiempo, la consideración de lo interdisciplinar, de los escenarios desde los que se realizan las prestaciones, de la valoración de los contextos de vida del sujeto como elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad tanto física como psíquica, configura un entramado que redefine los saberes de los especialistas, incluso al margen de la intención de sus protagonistas.

Sin embargo, en los países de nuestro entorno en que se han desarrollado Sistemas Nacionales de Salud, se ha venido a producir una crisis vinculada a la llamada «crisis del Estado de Bienestar» que plantea ante el creciente (y al parecer imparable) aumento de costes, nuevas necesidades para la gestión y organización de los servicios, entre ellas la búsqueda de instrumentos para una prestación sanitaria suficiente, eficaz, adecuada, de utilidad, accesible, rigurosa, equitativa, integral y con una relación coste-eficacia justificada. Y, como hemos visto, la formación de especialistas en Psicología Clínica se realiza en servicios sanitarios de este Sistema Nacional de Salud. Servicios que deben configurar una red y cumplir ciertos requisitos para alcanzar la condición de Unidades Docentes Acreditadas por los Ministerios de Sanidad y Educación.

En ellos se desarrolla la formación de acuerdo al Programa de la Especialidad, integrándose los futuros especialistas en equipos de profesionales. Pero estos servicios y profesionales, regidos por el eje de lo asistencial desarrollan su labor básicamente bajo los siguientes parámetros:

1. Relación funcionarial con el Sistema Nacional de Salud.
2. Sobrecarga asistencial: Aumento de la demanda, congelación de plantillas.
3. Carencia de carrera profesional.
4. Carencia de instrumentos ágiles de gestión y dirección técnica en los servicios.
5. Carencia de incentivos para la mejor actuación profesional.
6. Carencia de incentivos para la incorporación de funciones docentes (Tutoría y Libro del Residente, entre otras) por profesionales de los equipos de la Unidades Docentes Acreditadas
7. Insuficiencia de modelos reflexionados de aplicación de instrumentos docentes.
8. Insuficiente y/o inadecuada formación continuada, imprescindible a lo largo del ejercicio profesional tanto desde una perspectiva de necesidad de actualización, como ética. En la actualidad, los recortes del gasto unido a los intereses de la industria farmacéutica (y a sus extraordinarios beneficios) han inducido una práctica mayoritaria, seguramente imprescindible y probablemente peligrosa, que implica la organización -directa o indirecta- de la formación continuada por los laboratorios farmacéuticos con el consiguiente (y peligroso) sesgo en el desarrollo de conocimiento aplicado y su consideración en los equipos multidisciplinares y particularmente para los psicólogos clínicos. Además y como hemos visto con antelación, la exclusión de la Psicología Clínica en la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, viene a aumentar los riesgos con este nuevo ordenamiento normativo.

Por otra parte, pero no menos importante, se han producido tres macrotransformaciones en nuestro país relevantes para valorar la formación de especialistas sanitarios:

1. La demográfica (baja natalidad, aumento de esperanza de vida, envejecimiento de la población, nueva población de inmigrantes de países del tercer mundo).

2. La estructura social (estructura productiva post-industrial con aumento de parados y aparición de grupos sociales marginales a los procesos productivos, acceso masivo de la mujer al trabajo remunerado y a los valores de igualdad, aumento de renta per cápita del que se benefician amplios sectores sociales, aumento del nivel educativo, transformación de la organización y valores en las familias, consideración del uso del sistema sanitario como derecho ciudadano y el aumento de demanda, etc.).
3. El cambio democrático que ha conllevado importantes modificaciones normativas, entre ellas la organización del Estado en CCAA, la Ley de Reforma Universitaria, la Ley General de Sanidad (con la organización de un Sistema Nacional de Salud universal), la normativa de desarrollo y de progresiva aplicación de la misma, etc.

Todo ello, junto al progreso científico y tecnológico, ha favorecido un incremento del coste del producto sanitario y un Sistema Nacional de Salud económicamente inestable (además nuestro país se encuentra en el nivel más bajo del intervalo de gasto sanitario del PIB entre los países de la UE), en transformación permanente en búsqueda de eficiencia y sometido a los avatares de comprensión ideológica de la prestación sanitaria pública en un país descentralizado (en este sentido el anteproyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud cobra relevante papel).

La asistencia sanitaria pública durante el proceso de su desarrollo y cambio no sólo ha favorecido la modernización y actualización de sus estructuras, sino que también ha venido a jugar un decisivo papel en la formación de los especialistas sanitarios. Conviene aquí señalar que, si bien la planificación, ordenación y gestión sanitaria pública corresponde a las CCAA, son los ministerios de Sanidad y Educación los competentes en materia de formación de especialistas sanitarios, con lo que estructuras como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la información y coordinación de las CCAA entre sí y con el Estado viene a jugar progresivamente un importante papel no sólo como para garantía de la equidad en el territorio del Estado en la prestación sanitaria a los ciudadanos, sino también en lo que corresponde a normativas y acuerdos para la formación de los especialistas.

No hay que olvidar por otra parte que los modelos de organización de las prestaciones junto a una concepción compleja del proceso salud-enfermedad que obliga la consideración (al menos) de la multidisciplinariedad en las intervenciones (ruptura del individualismo, la introducción de elementos organizacionales en la relación con

los usuarios, etc.), la búsqueda de diseños de red de servicios,de prestaciones, abordajes e intervenciones para facilitar la autonomía, la responsabilidad y la calidad de vida de los usuarios en su contexto, ha conllevado también una profunda transformación en la relación con los usuarios y ha supuesto importantes modificaciones en lo asistencial que han de consolidarse en lo formativo (como en distintos apartados de esta publicación se propone).

Por otra parte, la ubicación de la Psicología Clínica con estatus de especialidad sanitaria de la Psicología, que ha iniciado su incorporación en el Sistema Nacional de Salud en España básica, aunque no únicamente, en el nivel secundario y terciario del escalón asistencial de la Salud Mental, pone aún más de manifiesto la necesidad de incoporar una visión o modelo bio-psico-social en el que-hacer del psicólogo clínico y en la formación especializada y continuada de éste.

La idea de que la mente y el cuerpo determinan la salud y la enfermedad en un contexto dado, aboca a la consideración conceptual de que la salud/enfermedad es un resultado, un producto de la interacción indisociable entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Este concepto contiene importantes implicaciones para la Psicología Clínica entendida ésta en sentido integrador (Psicología Clínica-Psicología de la Salud) y obliga a la incorporación del modelo en el ámbito sanitario.

El conjunto de principios en los que parece sustentarse el modelo bio-psico-social podemos presentarlo siguiendo lo expuesto resumidamente por Belloch y Olabarría (1993, 1994):

1. El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social. Esto es, un organismo que recibe información, la elabora, la almacena, le asigna un significado y la transmite, todo lo cual produce a su vez un determinado modo de comportarse.
2. La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico –y por ello son difícilmente definibles en términos absolutos-, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en constante interacción.
3. El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe intentar tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas.
4. La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial. Además hay que tener en cuenta que existen varios niveles etiopatogénicos y que todos ellos requieren la adecuada investigación.

5. El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad, debe realizarse en el marco de acciones integradas y funcionalmente jerarquizadas de acuerdo al problema de que se trate y a la intervención clínica diseñada. Estas acciones deben llevarse a cabo por un equipo de salud multiprofesional cuya estrategia de intervención para un abordaje integral de esta complejidad, debe establecerse desde un esfuerzo para romper la compartimentación sumativa dirigiéndose hacia la interdisciplinariedad. En cualquier caso, deben establecerse los procedimientos para que dichas variables estén presentes, especialmente en el primer nivel de atención, la Atención Primaria, en una perspectiva comunitaria, donde la importancia, el interés y las posibilidades de su aplicación, resultan mayores (Olabarría, 1999).
6. La salud, ese estado de bienestar físico, psíquico y social, no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. Del mismo modo sucede con la enfermedad tanto en lo que se refiere a su investigación como a su tratamiento.

Así pues, es tarea urgente de los profesionales sanitarios desarrollar programas de colaboración interdisciplinar, en donde sus capacidades y aportaciones mejoren las posibilidades de actuación, a fin tanto de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, como integrar la Psicología Clínica en nuevos ámbitos de la red sanitaria. Y es urgente dar traslado de ello en la formación de especialistas y en la formación continuada.

Esta propuesta no es nueva en la Psicología. Ya Brody (1973) desde la Teoría de Sistemas, intentaba mostrar cómo se podía sistematizar la compleja red de interacciones entre las muy diversas variables que afectan a la salud y la enfermedad de los seres vivos. Según este modelo, la salud podemos entenderla como producto resultante de una jerarquía de sistemas naturales de organización que, a su vez, deben cumplir ciertos requisitos para funcionar adecuadamente. Los diferentes subsistemas están ordenados en función de niveles de complejidad, estableciendo un sistema jerárquico que se mantiene en un estado de equilibrio dinámico en base al flujo de información e intercambio de información entre los diversos sistemas y subsistemas, siendo la salud resultado de ese equilibrio dinámico.

La situación actual aún está lejos de alcanzar este paradigma en el ámbito sanitario, si bien se vienen produciendo significativos pasos en esta dirección, generándose movimientos favorecedores (y también fuertes resistencias) de su desarrollo. El cómo de la evaluación e interven-

ción sobre cada uno de los grupos de variables (biológicas, psicológicas y sociales) intervinientes en los procesos de salud/enfermedad, así como su traducción organizativa en la planificación de los servicios y las prestaciones, continúa siendo objeto de ensayos y debates, pese a todo lo avanzado hasta hoy.

Un elemento clave de respuesta se encuentra en la aceptación de lo que aún es un reto: la multidisciplinariedad en los servicios y la interdisciplinariedad en la comprensión/intervención. La complejidad de esta tarea y las dificultades de sus implicaciones, no debe hacernos olvidar que los conocimientos y las intervenciones no sólo serán incompletos, sino también muchas veces erróneos, si no adoptamos esta perspectiva multi e interdisciplinar. También desde la Psicología Clínica.

En la base de todo este cambio están los numerosos (e innegables) datos que han puesto en cuestión el modelo biomédico de atención. No cabe duda de que este modelo y su concepción acerca del enfermar (marcado por el patrón de las enfermedades infectocontagiosas), junto al diseño organizativo a que esta concepción dió lugar, supuso un avance importante en la detección y control de un gran número de enfermedades que tenían una elevada prevalencia y que constituían la primera causa de enfermedad y mortalidad de la población general (Taylor,1986).

El progresivo control de aquellas enfermedades, dio cabida al cambio de patrón epidemiológico con el significativo aumento en las tasas de prevalencia de otras, como las cardiovasculares o los procesos neoplásicos, que condicionaron un cambio de rumbo en la investigación. Sus resultados vienen poniendo de manifiesto cada vez de manera más reiterada las diversas etiologías involucradas tanto en la génesis como el mantenimiento de las «nuevas» enfermedades mortales. Por otra parte los agentes tóxicos y sus dependencias, el reconocimiento y aumento de demanda en torno a los trastornos mentales, pone de manifiesto un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales vinculado posiblemente a la extensión de la Atención Primaria y su mejor detección, y a su progresiva (y aún insuficiente) desestigmatización, lo que conlleva un significativo aumento de la demanda en torno a estas materias.

La investigación epidemiológica pone de manifiesto que factores no biológicos, como los estilos de vida, el sedentarismo y el ejercicio físico agudo, el estrés, los hábitos alimentarios, las nuevas y viejas adicciones (especialmente, el tabaco), el tipo de hábitat, aspectos socioculturales, el incremento de la edad, aspectos socio-económicos, etc. constituyen importantes factores de riesgo para la salud. Por otra parte y complementariamente, la vida social de los seres humanos depende

estrechamente de su salud mental y constatamos que existe una prevalencia creciente de las enfermedades mentales en las colectividades Al tiempo hoy conocemos que los elementos vinculados a la vulnerabilidad, se han constituído en importante foco de interés por su relevancia.

Por otra parte, desde que se produce el diagnóstico de un proceso patológico (el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades degenerativas y un largo etcétera) hasta la muerte del paciente, cada vez pasan más años. La cronicidad plantea nuevas necesidades y nuevos retos fundamentalmente en torno a la adherencia al tratamiento, la preservación del mayor nivel de autonomía posible y a la calidad de vida.

Por todo ello son muchos los investigadores que coinciden en señalar la insuficiencia del modelo biomédico tradicional para dar cuenta de los procesos actuales de salud/enfermedad humanos. McHugh y Vallis (1986) afirman que desde este modelo no se presta atención a ciertos determinantes importantes para la salud, como las medidas de salud pública, las condiciones sociales en que se vive o las conductas de salud que practica un individuo. Mechanic (1980) ya mostró que la decisión de buscar ayuda sanitaria depende más que de la patología orgánica, de la angustia asociada. Las experiencias vividas y el contexto significativo inmediato junto al sociocultural, son determinantes en el proceso de búsqueda de ayuda sanitaria, de la formulación de demanda. Aggleton (1990) expone los resultados de su valoración, coincidente con las de otros trabajos, según la cual los sistemas sanitarios están basados principalmente en el tratamiento agudo de las enfermedades, lo que ha devenido en una hiperexpansión hospitalaria, relegando la prevención comunitaria y el tratamiento integral.

Conviene observar que estos cambios, se vienen incorporando en distintos ámbitos, sin aparente conexión entre sí: El modelo multiaxial propuesto por la APA en 1980 en la DSM III y su posterior revisión DSM III-R (1987), así como el DSM IV, consolidan la idea de que los factores psicológicos pueden afectar a cualquier condición física.

Este reconocimiento viene a confirmar los resultados de las investigaciones e intervenciones de la Psicología Clínica en el campo de la Salud Pública que vienen presentando cada vez más resultados desde hace años, con prestaciones e investigaciones desde diversos paradigmas sobre la salud colectiva con criterios preventivos y de promoción de la salud (Psicohigiene, psicoprofilaxis, psicología institucional: Bleger, 1976), con investigaciones e intervenciones sobre síntomas y trastornos diversos cuya naturaleza era considerada fundamentalmente física (Schwartz y Weiss, 1978; Matarazzo, 1982), con nuevos diseños metodológicos favorecedores de encuentros interdisciplinares (Ferrari,

1980; Pichon-Rivière, 1974) y con todo ello un aumento de demanda sanitaria en esta dirección: autoridades internacionales de la Salud Pública, como Sampaio Faria (1990, pág. 16), afirman que existe «una demanda creciente en los servicios, derivada de un número cada vez mayor de personas expuestas a problemas relacionados con el estrés y factores psicosocialmente nocivos con los que no están preparados para enfrentarse... así como la emergencia de trastornos (...) asociados con el envejecimiento, enfermedades físicas crónicas ...». La Psicología Clínica se ve por todo ello transformada sin por ello dejar de trabajar el campo del diagnóstico y evaluación psicológicas, de los tratamientos psicológicos y de las áreas de rehabilitación en el campo de los trastornos mentales y de su cobertura en la Atención Primaria (Olabarría, 1997, 1999)

Pese a todo ello, continúa siendo habitual que las prestaciones sanitarias en la Atención Primaria y en la mayoría de los servicios especializados hospitalarios y extrahospitalarios, se incorporen pocos elementos distintos a los biológicos. Y que, cuando se hace, se realice desde una visión sumativa y reduccionista.

La necesidad sin embargo de considerar el modelo biopsicosocial en las intervenciones sanitarias en diferentes áreas de la salud y la necesidad de su transmisión en la formación de los especialistas en Psicología Clínica, en la actualidad continúa siendo un objetivo, una tarea, que además constituye un reto para el que tal vez sea preciso re-pensar y diseñar estrategias colectivas de acción.

7. PARA TERMINAR

La Psicología Clínica acaba de finalizar su proceso de institucionalización tras un proceso de veinte años. El Real Decreto 2490 de 1998 creó oficialmente la especialidad, si bien sólo puede hacerse operativa a partir de la publicación de la Orden Ministerial PRE/1107/2002. Finalmente las sentencias del Tribunal Supremo (octubre 2002) en relación a los Recursos Contencioso Administrativos que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (presentaron también recurso contencioso administrativo contra la especialidad dos pequeñas asociaciones de psicólogos gallegos de la práctica privada) interpusieron y presentaron en la misma fecha contra la especialidad de Psicología Clínica, han resultado favorables a la especialidad, sus contenidos y campo de acción.

Creo no equivocarme al decir que con ello se cierra una fase que sin duda ha estado marcada por el ingente y continuado esfuerzo de muchos (profesionales de otras disciplinas que deseaban cambiar y mejorar el campo de actuación, gestores de la Administración Pública que buscaban abrir nuevas líneas para el cambio en lo sanitario y en lo social, profesionales y académicos de la psicología y sus organizaciones, asociaciones científicas,...) y la receptividad ciudadana. La Psicología Clínica se configuró a lo largo de todo este tiempo como especialidad sanitaria poniendo su saber al servicio de la necesidad de reforma del Sistema Sanitario y de sus modos de atención, en pro de una mejor y más integral prestación sanitaria, en aras de una mejora de la calidad asistencial en el SNS.

El modelo de Residencia para la formación de especialistas en Psicología Clínica (PIR), pese a sus dificultades, es un proceso estructurado acorde con un modelo sanitario y sus demandas y necesidades, y muy positivamente valorado tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

Desde 1983 y, especialmente a partir de 1998, se ha construído una estructura que ha demostrado su utilidad para la formación de estos especialistas consolidando una alta calidad y un definido perfil de esta formación que ha supuesto hallazgos extensibles y aplicados a otras especialidades.

Su desarrollo y eficacia obliga a la consideración responsable de la necesidad de introducir cambios, mejoras, seguimiento, control y adecuaciones en algunos de sus elementos específicos: Estructura docente, programas, instrumentos (tutoría, libro del residente), completa e inmediata incorporación a la estructura docente ministerial, nuevas normativas, etc.

Así, se hace preciso considerar el interés de:

1. Establecer y ampliar un nuevo Programa de Formación de Especialistas en Psicología Clínica que, sobre la base del hoy vigente, corrija y mejore lo alcanzado (la Comisión Nacional acaba de presentar a la Administración un nuevo Programa –como antes ha quedado reseñado- en el que ha venido trabajando cuidadosamente, proponiendo una imprescindible ampliación a cuatro años de la duración del Programa y mejorando sustancialmente los contenidos del mismo dentro de la trayectoria iniciada desde los primeros programas autonómicos de formación PIR).

2. Introducir criterios nuevos en la acreditación de los servicios como Unidades Docentes, vinculados éstos a:
   2.1. El establecimiento de verificación de instrumentos de calidad docente incluyendo la atención al residente.
   2.2. Las orientaciones en los modelos organizativos de las prestaciones en la comunidad.
   2.3. El desarrollo de investigación en los servicios que soliciten acreditación.
   2.4. La existencia o el establecimiento de convenios de cooperación docente con la Universidad.
   2.5. El trabajo en equipos multidisciplinarios, que centran sus actividades en los problemas de los usuarios y de la comunidad y en los que se interrelacionan varias especialidades desde una perspectiva interdisciplinaria.
3. Asegurar la existencia de la estructura docente que la actual normativa establece para los servicios acreditados como Unidades Docentes (UDAs).
4. Asegurar la participación de las entidades de la Psicología Clínica en la estructura docente tanto de las UDAs como ministerial y en la normativa establecida (y que pueda establecerse) para la formación (especializada y continuada) de especialistas sanitarios y en la planificación de recursos humanos en el SNS.
5. Verificar la cumplimentación del Programa de formación y de las rotaciones completas vigentes (dotación de medios suficientes de auditoría)
6. Rediseñar e implantar instrumentos adecuados para la relación docente (tutoría, Libro del Residente).
7. Normativizar adecuadamente la Formación Continuada finalizando y corrigiendo la no inclusión sobre la Psicología Clínica.

En definitiva, una nueva fase por y hacia la puesta en valor *de la especialidad y la* normalización *en cuanto a su inclusión y participación en las estructuras que corresponden.*

La opción por una formación especializada polivalente, de carácter transversal, establecida sobre el eje de lo asistencial en servicios sanitarios especializados con prestaciones diversificadas en red sobre un territorio definido y acreditados como Unidades Docentes en función de requisitos, en equipos multidisciplinares, realizada tutorizadamente y ejercida profesionalmente con reconocimiento laboral y con crecientes cotas de responsabilidad clínico-asistencial, ha quedado establecida ya y posiblemente visualizada como un bien común *natural*.

Pero conviene sobre estas mismas cuestiones y otras nuevas mantener la reflexión y la exigencia activa, la visualización abierta de nuevas necesidades cognoscitivas, actitudinales, asistenciales, interdisciplinares. Además, es estratégico pues –como ya quedó dicho- se trata de acciones en, de y para el presente que configuran futuro.

El debate sobre todo ello es sin duda (a mi juicio, claro está) una de las cuestiones esenciales del ámbito sanitario, que, sin embargo, queda frecuentemente oscurecido (cuando no desaparecido) por otras preocupaciones, posiblemente por la urgencia de su cercanía cotidiana. Pero el alcance de la formación de especialistas y continuada en Psicología Clínica, si lo tomamos en serio, va mucho más allá de *tiquismiquis* acerca de evaluación y nota, de quiénes son quienes tienen el derecho (y el estatus) de administrar el saber sobre el saber, quién obtiene qué de tal o cual laboratorio farmacéutico...

En el fondo, de lo que se trata es de si formamos responsablemente especialistas en Psicología Clínica que con su comportamiento y sus actitudes (¡sólo!) pueden aspirar a reproducir y sostener intereses establecidos (de ellos y de otros), o si formamos especialistas con un bagaje de conocimientos, habilidades y actitudes que les ponen en abierta disposición constructiva y crítica ante el contexto sanitario y social del que deben participar responsablemente, en y desde los lugares que les corresponde para una mejor atención sanitaria a la población y un mejor SNS.

Es preciso recordar la ya vieja preocupación por el especialismo aislacionista y los devastadores efectos que de ello se derivan. El problema estriba en que el saber enciclopédico por un solo hombre dejó de ser posible a finales del siglo XVIII y que resulta obligado el ejercicio aplicado de las disciplinas especializadas sobre campos de intervención complejos. Precisamos avanzar buscando desde cada disciplina especializada que interviene en campos de intervención comunes a otras, en qué consisten esas relaciones y conceptualizarlas más que entrar en guerras fronterizas entre especialistas en que cada uno parece más bien empujar fuera del campo a los otros acusándoles de invasores y al tiempo señalándoles cuál es el lugar que a ellos corresponde y dentro del cuál les autoriza actuar.

Desde hace algún tiempo vengo alertando sobre otro riesgo. Podríamos llamarlo el riesgo de la claridad: La suposición de que la naturaleza de nuestras actuaciones profesionales como psicólogos clínicos puede englobarse en un sistema perfectamente definido y acabado es una equivocación: Nuestros discursos sobre nosotros mismos no somos nosotros mismos. Se trata de una condición siempre en movimiento y por tanto nunca completa. Como la formación. Es una creencia que

consiste en la inexistente existencia de una segunda naturaleza profesional que vendría dada por lo que «ocupamos» y no por lo que somos, con sus contradicciones y sus ambigüedades, con sus aportaciones, pero también con sus carencias. Las definiciones de estas segundas naturalezas son claras, simples y coherentes. Pero contienen el peligro de confundir la ilusión con la realidad, el mapa con el territorio (lo que, a mi juicio, no es un riesgo sólo para los profesionales de la Psicología, naturalmente).

Creo importante pensar en la naturaleza disputada del quehacer como aplicación del conocimiento, en el que no se establecen las fronteras de los patrimonialismos corporativistas. La formación facilita pensar en el reconocimiento del papel que podemos desempeñar en el diseño de nuestro perfil, de nuestra identidad como psicólogos clínicos y en las de los otros, y los dilemas que ese reconocimiento plantea para la comprensión de un quehacer que quiere contribuir a generar una atención integral y contextualizada, en la comunidad, y por tanto con «otros» saberes.

El enfoque multidisciplinar en los problemas de salud es ya una realidad fruto de la necesidad de abordar la incidencia de múltiples variables imposibles de aprehender desde una única disciplina. Hoy, es la necesidad de dar respuestas integrales a problemas complejos lo que obliga a un referente interdisciplinar. Pero la interdisciplinaridedad obliga en términos operativos a la consideración de los modos de integración de las prácticas y teorías de los profesionales que contienen y portan los saberes. La consideración del respeto mutuo, entre los distintos saberes y sus aplicaciones desde el objetivo de la interdisciplinariedad se convierte en una prioridad para una atención integral, pero también desde el reconocimiento de que cada saber y cada profesión no pueden dar cuenta de la integralidad. El respeto de los otros no está en la sumatividad o en el «que cada cual actúe por su cuenta», sino en los modos de investigación-acción más integrales para abordar la complejidad.

Esa clase de respeto también hay que reclamarlo en la formación: La exclusión de la Psicología Clinica de las estructuras docentes de la Administración Pública, no deja de ser un acto de poder corporativista que mide su fuerza por lo que ocupa, por lo que puede-transitoriamente- excluir. Pero además, genera un tipo de daño que el Sistema Nacional de Salud y la globalidad de los saberes especializados que le participan, así como las prestaciones que realiza, no puede responsablemente asumir ni administrar. Posiblemente quiera establecer además esta exclusión una frontera entre las especialidades que mandan porque están dentro de la estructura y la dominan, y las especialidades que están fuera y son dominadas o *de segunda*. No por su saber, no por su aporta-

ción a la mejor atención sanitaria, sino porque un acto de exclusión así lo pretenda fijar.

La interpretación romántica de la razón y la ciencia, incluidas las ciencias sociales en su entrelazamiento con las ideologías, según la cual se establece la creencia en la existencia de una sola verdad científico/profesional y por tanto la falsedad de todo aquéllo que con dicha «verdad» no coincidiera, resultaría de este modo ser uno de los peligros que están en la base de los sofisticados modos patrimonialistas y corporativistas de hacer en las estructuras organizativas oficiales, que tienen la responsabilidad de garantizar la mejor formación de y a los especialistas sanitarios y la mejor calidad en las prestaciones de los campos de intervención.

También la interdisciplinariedad tiene sus riesgos. Barenblit (1993) alerta sobre desviaciones de la interdisciplinariedad hacia una multiprofesionalidad jerarquizada, rígida y cerrada en torno a los instrumentos y la expectativa de resolución de la Psiquiatría. Se produce en muchas ocasiones, margina el reconocimiento simétrico complementario de las distintas disciplinas que operan en los equipos multiprofesionales y que, complementaria y recíprocamente han de integrar estrategias de intervención y de investigación.

La interdisciplinariedad incluye una estrategia grupal que implica un abordaje o visión coordinada entre disciplinas y/o profesiones con fronteras o límites mantenidos de modo permeable favoreciendo intercambios mutuos y parciales integraciones de sus aportaciones respectivas (Sánchez Vidal, A. 1991). Su meta estaría en la consecución de intervenciones más integrales desde la aceptación de la complejidad de lo que ha de ser abordado (atención, investigación) y sus objetivos generales cubrirían un amplio abanico: abordar necesidades, resolver demandas, tomar decisiones planificadas, investigar de modo más comprensivo, formar de manera más integral.

La práctica de la unidad de la razón clásica ha ido dando paso a lenguajes plurales y con ello a lo que Rella ha definido como la búsqueda de una nueva *razón de la pluralidad*, de un entramado de lenguajes plurales que articulan un nuevo modo de «hacer conocimiento». Desde esta perspectiva la necesidad de pensar la diferencia se actualiza en la interdisciplinariedad situándose frente a la «ideología de la pertenencia» (Flores d'Arcais, 1.994) que apuesta por el regreso de las supuestamente inmutables viejas esencias corporativas, cerradas y empobrecedoras. Pero hablar de lenguajes plurales mueve al respeto a las diferencias de los saberes y a la exigencia de abrir y establecer espacios de significación compartidos y conocidos, aunque sea cierto que nos expone a una cierta forma de vulnerabilidad saludable.

Se trata de evitar también el riesgo de confundir los rasgos del propio saber, también en la Psicología Clínica, con los del «mundo». Se trata de facilitar homo y hetero-credibilidad.

Acomodarse en la confortable sensación del «todo está hecho» sería un error y una irresponsabilidad.

Creo no equivocarme al decir que todo ésto configura la necesidad de abrir una nueva etapa. Otra etapa que a mi juicio debería dirigirse a una meta central: *Poner en valor* en el Sistema la especialidad y su formación, evitar la exclusión de las estructuras de la Administración Pública en que le corresponde hoy (y pueda corresponderle en el futuro) integrarse y participar, colaborar en los nuevos proyectos de actuación formativa y sanitaria buscando profundizar en los derechos establecidos para los profesionales y los ciudadanos, buscando y ejerciendo la responsabilidad. Todo ello en línea con el objetivo principal que marcó la institucionalización de la Psicología Clínica: Contribuir a la mejora de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud y de las prestaciones y modos de atención a los ciudadanos.

De esta manera, posiblemente este debate participe de otro más global que resulte ser a su vez contexto de éste...

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Abbatt FR, Mejía A., 1988. *Continuing the education of health workers. A workshop manual* Geneva: World Health Organization.
2. Adelson R, Watkins FS, Caplan RM. 1985. *Continuing education for the health professionals. Educational and administrative methods*. RockvilIe, ML. An Aspen Publication.
3. Apostel, L. et al.1982 *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*. Madrid:Tecnos.
4. Barenblit, V. y Leal, J. 1.993. Diálogo con V. Barenblit. *Rev AEN*. Vol. XIII.Sup. II. Madrid.
5. Barnes, B. et al. 1980. *Estudios sobre sociología de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
6. Belloch, A. y Olabarría, B. 1993. «El modelo bio-psicosocial: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico». *Rev. Clínica y Salud*. Año IV. Vol. 4. Nº2. COP. Madrid.
7. Belloch, A. y Olabarría, B.1994. «Clinical Psychology: current status and future prospects». Rev. Applied Psychology: *An International Review*. The International Association of Applied Psychology vol. 43, 2. April. Giessen. Germany.

8. Brody, H.1973. The systems view of man: implications of medicine, science and ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, 17(1). 71-91.
9. Bertolín, J.M. 1.992. «Algunas notas historiográficas a la Psiquiatría Española en el primer tercio de nuestro siglo». *Rev. Psiquiátrica* Vol. 13 (6-7).
10. Bleger, J. 1971. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Bs. Aires: Paidos.
11. BOE. 1.993. Nº 254. de 23.10.93. Orden de 8.10.1.993 por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso en 1.994 a plazas de formación sanitaria especializada de Psicología Clínica y Radiofísicos Hospitalarios.
12. BOE 1.994 Nº 178. de 27.07.94. Orden de 21.07.94 del Ministerio de Presidencia por la que se convocan Pruebas Selectivas 1.994 para el acceso en 1.995 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
13. BOE 1.995 Nº 238, de 5.10.95. Orden de 03.10.95 por la que se convocan Pruebas Selectivas en 1.995 para el acceso en 1.996 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
14. BOE 1.996 Nº 246 de 11.10.96. Orden de 3 deOctubre de 1.996 del Ministerio de Presidencia por la que se convocan Pruebas Selectivas para el acceso en 1.997 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
15. Carpintero, H. 1989. «El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional». *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 54-61.
16. Carpintero, H. 1994. *Historia de la Psicología en España*. Madrid: Eudema.
17. Comisión Ministerial para la reforma sanitaria. Informe al Gobierno. 1975. Madrid: Imprenta BOE.
18. Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Acta de 13 de diciembre de 2002. Secretaría del Consejo de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura.
19. Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica. 1996. «Programa de la Especialidad de Psicología Clínica.» En: «Guía de Formación de Especialistas». Mº Sanidad y Consumo. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
20. Conclusiones de la Jornada de Trabajo:»La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas».COP Navas del Marqués, 1 y 2 de Diciembre 1.989. Rev. Papeles del Psicólogo. Rev. del COP. Nº 43. Época II. 1.990.

21. Consejería de Sanidad de Asturias, 1983. Proceso selectivo de becas para psicólogos en formación convocado por la Consejería de Sanidad de Asturias mediante resolución de fecha 22 de junio de 1983 y que fue objeto de publicidad en la prensa regional y nacional.
22. Constitución Española. 1978. BOE 311-1 de 29 de Diciembre.
23. Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. BOE 38 de 13 de febrero de 1998; 5.344-5.345.
24. Colegio Oficial de Psicólogos 1.991. «Informe de la Comisión para la valoración de los Programas de Formación PIR». *Rev. Papeles del Psicólogo*. Rev. del COP, Nº 49 Época II. Madrid.
25. Colegio Oficial de Psicólogos. 1.990. «Documento Base acerca de la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sist. PIR». *Rev. Papeles del Psicólogo. Rev. del COP.* Nº 43. Época II. Madrid.
26. Colegio Oficial de Psicólogos (COP)/Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). 1.990. «Documento Base acerca de la Formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR». *Rev. Papeles del Psicólogo. Rev. del COP.* Nº 43. Época II.Madrid.
27. Colegio Oficial de Psicólogos (COP)/CC.AA: Andalucía, Asturias, Castilla-León, Galicia, Madrid, Navarra y.1990. «Documento-Marco sobre la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR» *Rev. Papeles del Psicólogo. Rev. del COP.* Nº 43. Época II.Madrid.
28. Decreto Foral 28/1988 de 28 de enero del Servicio Navarro de Salud.
29. De Miguel, J.M. 1978. *Sociología de la Medicina. Una introducción crítica*. Barcelona:Vicens Vives.
30. De Miguel, J.M. 1979. *La sociedad enferma (las bases sociales de la política sanitaria española)*. Madrid:Akal.
31. De Miguel, J.M. 1983. *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.
32. Diario Médico. 4 de Diciembre de 2002. Comisión de Recursos Humanos. Madrid.
33. Diario Médico. 5 de diciembre de 2002. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid.
34. Duro, J.C. 2001. «Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición». Rev. Clínica y Salud, Nº Extraordinario, Vol.XII.
35. Engel CE, Vysolid J, Vodoratski VA,oo, 1990. « Continuing education for change.» Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

36. Escudero, C. y Olabarría, B. 2000. «La Psicología Clínica en el marco de la AEN». En: J. Lázaro «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría». Madrid: *Monográfico Rev. AEN*.
37. Espino, A. 1998. «La especialidad de Psiquiatría en España. El sistema MIR». En: J. García; A. Espino: L. Lara. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díez de Santos.
38. Flores d'Arcais. 1.994. *El desafío oscurantista*. De. Anagrama. Madrid.
39. Fraga, M. 1976. «La sanidad española a consulta». *Jano*, 217, 13-16.
40. Fundación FOESSA. 1983. «Informe sociológico sobre el cambio social en españa 1975-1982. IV Informe FOESSA. Madrid: Euroamérica.
41. García Alvarez, M.A y Olabarría, B. 1.993. «Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica:Aplicaciones en la Sanidad Pública española». *Rev. Apuntes de Psicología*. COP Andalucía Occidental. Nº 38-39. Sevilla.
42. García González, J. 1.980. «Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica (un ensayo de recapitulación)». En: M. González de Chávez *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Coord. AEN: Madrid.
43. García González, J. 1998. «Análisis de las reformas de la atención psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En: F. Ortega y F. Lamata. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris.
44. García González, J; Espino, A.; Lara, L. 1998. (comps.) *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díez de Santos.
45. Germain, J. 1.983. «Entrevista a J. Germain» por Fernández Liria, A. y Romero, A. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Año III, Nº 7, págs. 37-46. Madrid.
46. Gómez Beneyto, M. 2000. «El Libro del Especialista en Formación en Salud Mental y el proceso formativo». En: *Formación especializada en Salud Mental*, coord. C. Palomo. Madrid: AEN. Cuadernos Técnicos.
47. González Catalá V. y Vicente Merino, A. 1985. *Análisis económico-financiero del sistema español de Seguridad Social*. Madrid: Mº Trabajo y Seguridad Social.
48. González de Chávez, M. 1980. (Coord.) *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: AEN
49. González Temprano, A. y Torres Villanueva, E. 1992. *El estado del bienestar en los países de la OCDE*. Madrid: Mº Trabajo y Seguridad Social.

50. Gonzalo González, B. et al. 1985. *Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis económica*. Madrid: Mº Trabajo y Seguridad Social.
51. Guillén, A. 2000. *La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia*. Madrid: Exlibris.
52. Hernández, A. 1.984. «Marco General de la profesión del psicólogo y de la institución colegial». En: *Libro de Ponencias del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. De. COP. Madrid.
53. Hernández, A. 1989. «Entrevista». *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 54-61.
54. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. 1985. Ministerio de Sanidad y Consumo.
55. Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social. 1979. «Análisis comparativo entre profesionales sanitarios y opinión pública sobre organización y reforma sanitaria». Revista de Seguridad Social,1, 113-140.
56. Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social. 1979. «Encuesta a la opinión pública sobre la organización sanitaria española y su posible reforma. Resultados globales.» Revista de Seguridad Social, 3, 259-291.
57. Khun, T.S. 1975. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
58. Kuhn, T.J. 1.987. *Qué son las revoluciones científicas y otros ensayos*. Ed. Paidós. Barcelona.
59. Lázaro, J. 2000. «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría». Madrid: *Monográfico Rev. AEN*.
60. Leal, J. 1997. «Aportaciones de la Psicología Clínica en los modelos de atención». En: B. Olabarría, *La Psicología Clínica en los servicios públicos*. Madrid: AEN. Cuadernos Técnicos. 13-16.
61. Ley General de Sanidad. 1.986. Ley 14/1.986. BOE del 25 de Abril. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
62. Lledó, E. 1998. *El silencio de la escritura*. Madrid: Espasa Calpe.
63. Michavila, Fco. y Martínez, J. 2002. (eds.). *El carácter transversal de la educación universitaria*. Madrid: Cátedra Unesco. Univ. Politécnica.
64. Ministerio de Sanidad y Consumo.1985. «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica». Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.
65. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. «Guía de Formación de Especialistas».

66. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. «Convenio de la Conferencia Sectorial del Consejo lnterterritorial del Sistema Nacional de Salud».BOE, 13-2-1998.
67. Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial, Ministerio de Educa- ción y Cultura, Comisión de Formación Continuada.1999. «Sistema Acreditador». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
68. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1977. «Libro Blanco de la seguridad Social». Madrid.
69. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1978. «Política de Sanidad y Seguridad Social. Criterios para una reforma». Madrid: Secretaría general Técnica.
70. Montoya, J.L. 1978. «Las instituciones psiquiátricas españolas en crisis: apuntes para una reforma. En: J.M. de Miguel (comp.) «Planificación y Reforma Sanitaria». Madrid:CIS.
71. Olabarría, B. y Escudero, C. 1993. «Situación de la Psicología Clínica en España.» *Rev. Clínica y Salud*. vol VI, 1.
72. Olabarría, B., Escudero, C. y García, M.A. 1.993.»La evaluación de los Programas PIR: Un paso estratégico para el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria». En: V. Aparicio. *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Coord. Madrid:AEN
73. Olabarría, B. 1995, «José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España». *Clínica y Salud*, 4, Madrid.
74. Olabarría, B 1997. (coord.) *La Psicología Clínica en los servicios públicos*. Madrid:AEN. Cuadernos Técnicos.
75. Olabarría, B. 1.997. «El rol del Psicólogo Clínico en el subsistema sanitario de Salud Mental: Reflexiones para un acercamiento». En: F. Rodríguez Pulido, J.L. Vázquez Barquero y M. Desviat Ed. *Psiquiatría Social y Comunitaria*, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Las Palmas. Canarias.
76. Olabarría, B. 1998. «La formación especializada en Psicología Clínica: El PIR». En: J. García; A.Espino; L.Lara. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
77. Olabarría, B. 1998. «Para una historia del PIR o la Psicología Clínica como especialidad sanitaria: El proceso de una institucionalización». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica III* (1), 55-72.
78. Olabarría, B., Fernández, H. y Avila, A. 1.998. «Presentación». *Rev. Anuario de Psicología Clínica producida en Lengua Española*. Colegio Oficial de Psicólogos y Soc. Interamericana de Psicología. Madrid.

79. Olabarría, B. 1999. *Atención Primaria y Salud Mental Comunitaria. Programas de Intervención Psicológica*. Ed. Fundación Universidad-Empresa y Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.
80. Olabarría, B.1999.»La formación de los especialistas sanitarios en Psicología Clínica: Reflexiones y propuestas para una nueva etapa». En: *Libro del II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. ISBN 84-600-9529-0.
81. Olabarría, B. 2000. «Estatus de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria en España.» En: M. Lameiras y J. Faílde (comp.) *La Psicología Clínica y de la Salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid: Dykinson.
82. Olabarría, B. y Leal, J. 2000. «Introducción». En: *Formación Especializada en Salud Mental* (coord.C.Palomo). Cuaderno Técnico. Madrid: AEN
83. Olabarría, Ortiz y González. 2000. «Tutorías». En: *Formación Especializada en Salud Mental* (coord.C.Palomo). Cuaderno Técnico. Madrid: AEN
84. Olabarría, B. 2001. «Informe sobre la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica». *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXI, nº77, Enero/Marzo 2001 (993-997).
85. Olabarría, B. 2002. «Algunos apuntes y reflexiones ante una nueva etapa de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria de la Psicología» . *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 7. nº 2. Agosto 2002. (141-146). ISSN 1136-5420.
86. Orden Consejería de Salud y Consumo del 3 de junio de 1986. Boletín Oficial Junta Andalucía (BOJA) Nº 55, de 10 de junio de 1986.
87. Orden Ministerial de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de los especialistas. BOE de 30 de junio de 1995.
88. Orden Ministerial PRE /1107/2002, de 10 de mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998. BOE de 18 de mayo de 2002.
89. Oriol A. 1998. «La responsabilidad de las autoridades sanitarias en la educación médica continuada: una opinión iconoclasta.» *JANO, LV* (1271): 1.174-1.175.
90. Ortega, F. y Lamata, F. 1998. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid:Exlibris.

91. Pactos de la Moncloa. Texto completo del acuerdo económico y del acuerdo político. 1977. Madrid: Presidencia del Gobierno.
92. Palmade, G. 1979. *Interdisciplinariedad e ideologías*. Madrid: Narcea.
93. Pardell H. 1999. «La acreditación de la formación médica continuada como elemento de mejora de la competencia profesional.» *JANO*, LVI (1.301):2222.
94. París, C. 1983. *El rapto de la cultura*. Barcelona:Laia.
95. París, C. 1987. *Crítica de la civilización nuclear*. Madrid: Libertarias.
96. Partido Comunista de España. 1978. «Primeras Jornadas Sanitarias del PCE: Ponencias y comunicaciones.» Madrid.
97. Partido Socialista Obrero Español. 1979. XXVIII Congreso Federal. Resoluciones.» Madrid.
98. Puyol, R. (dir.) 2002. *La educación en España. Los desafíos de las nuevas necesidades*. Madrid: Price Waterhouse Coopers.
99. Ramírez, J. 1999. «La importancia de la formación continuada en el ámbito de los profesionales sanitarios». *EIDON*, febrero-mayo.59-65.
100. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero y actuaciones complementarias por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista.
101. Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE nº 288 de 2 de diciembre.
102. Rella, F. 1992. *El silencio y las palabras. el pensamiento en tiempo de crisis*. Barcelona: Paidós.
103. Robinson DG, Robinson JC, oo. 1998. *Moving from training to performance*. San Francisco», CA. Berret-KoeWer Publishers, lnc.
104. Sampaio Faria, J.G. 1990. Programas de salud mental de la OMS para Europa. En: J. García y V. Aparicio (comps) *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Servicio de publicaciones del Principado de Asturias.(pp.11-16).
105. Sampaio Faria, J.G. 1992. Europa en el año 2000: hacia un lugar para la Salud Mental. Papeles del Psicólogo, Revista del COP, 53, 22-28. Madrid.
106. Sánchez Chamorro, E. 1999. «Acreditación docente hospitalaria en España.» En: *La formación de los profesionales de la salud*. Bilbao: Fundación BBV.
107. Sánchez Ron, J.M. 1992. *El poder de la ciencia*. Madrid: Alianza.
108. Sánchez Vidal, A. 1.991. «Interdisciplinariedad y acción social». En: *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*. Tomo I. C Madrid:COP.

109. Tanzi,V. 1988. «Tendencias generales del gasto público en los países industriales». *Rev. Papeles de Economía Española*, 37, 100-116.
110. Taylor, S.E. 1986. *Health Psychology*. New York: Random House.
111. Tortosa, F. 1989. «La Psicología en España a través de algunas de sus revistas» *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 79-82.
112. Tribunal Supremo. 7 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 48/1999, interpuesto por la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98.
113. Tribunal Supremo. 10 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98.
114. Tuñón de Lara, M. 1.974. *La España del siglo XX*. Ed. Lara. Barcelona.
115. Unión General de Trabajadores. 1979. «Por una reforma en profundidad de la Seguridad Social». Madrid: Secretaría de Documentación y Estudios.
116. Werkowicz,T.E.1984. *Models of mental illness*. Springfield, Il: Charles C. Thomas.
117. Yela, M. 1976. «La Psicología Española: Ayer, hoy y mañana». Psicología General y Aplicada.

II

CAPÍTULO 3
FORMACIÓN POSTGRADO: ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

FERNANDO PAREDES

1. INTRODUCCIÓN

Con la aprobación del R.D.992/1987, de3 de Julio, en el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista, (1) con las implícitas expectativas de muchos profesionales de enfermería para adquirir una formación reglada en materia de Salud Mental, hubo de esperarse 11 años para que se produjese el desarrollo de la ley a través de la Orden de 24 de Junio del 98(2).Ya son cuatro las promociones de enfermeros convocados y son estos junto a los que culminen en un futuro la formación especializada, los que provean de servicios, cuidados enfermeros, a la población desde los dispositivos asistenciales públicos y privados.

Hablar de calidad asitencial en un tiempo presente y futuro aprendiendo lo que del pasado constituye historia, toma de «conciencia», es aspecto este a no tomar en desdén, la formación obliga a la reflexión, dibujar un porvenir que en la conjunción de la experiencia y los ideales provoque cambio, progreso.

Pensar en términos de mejoría cualitativa y/o cuantitativa me evoca la cuestión de «Desear el Bien», «Querer el Bien» de otro o más aún por otro con los riesgos que entraña. ¿De qué calidad hablamos?.

El autoaprendizaje tutorizado, es la estrategia puesta en juego a la búsqueda de una calidad formativa y consecuentemente de la asistencia, apuesta que se constata en los actuales programas de formación.

Cuando se acercan los diferentes discursos que desde la Universidad, la gestión, la asistencia, los usuarios, los medios de información, colegios profesionales... todos proveen de información para dar cuenta de la realidad, puedo decir que en ellos existe una pérdida en la solución de continuidad, que la propia realidad en su suceder mitiga, con un coste el de la diferencia fuente de todo agravio.

En la retroalimentación nuevamente los discursos prometen correcciones que solo en el tiempo de hallar conclusiones se transforman y provocan afectos de mejora y progreso.

Me atrevo a afirmar que la formación en «calidad» de nuevos profesionales es una apuesta necesaria y que esta no ha de fundarse en la exclusión de discursos sino en la integración de los mismos.

2. EL PROGRAMA

En el código deontológico de la Enfermería Española (3) se establece la necesidad, «de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y propia Enfermería tengan...» procediendo a su definición: «El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positivamente o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive».

En los estatutos de la enfermería española (4), en los artículos 53 y 54 donde se trata de conceptuar, contextualizar, la misión y los cuidados de enfermería, al referirse a este último, señala: «Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad en la atención».

En las resoluciones de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura por las que se aprueban con carácter provisional el programa formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental y los requisitos específicos de acreditación de las unidades docentes(5)(6)... Como justificación del programa de formación de la especialidad de enfermería de Salud Mental (E.I.R.) se hace alusión al cambio conceptual de la salud «no como fin sino como parte integrante del desarrollo personal», a esto se le añade la aparición de nuevas demandas que se asocian a factores tales como: «los rápidos cambios socioeconómicos, políticos y medioambientales, tales como el aumento de las migraciones humanas, la superpoblación urbana y abandono de las zonas rurales... estrés am-

biental, laboral y personal, han determinado, entre otras consecuencias, el incremento de enfermedades psicosomáticas trastornos emocionales y el aumento de las toxicomanías».

Destaca también otros factores: «Nuevos tipos de familias..., envejecimiento de la población, con el consecuente aumento de la dependencia... nuevos grupos de riesgo y nuevas formas de enfermar y morir, modificando el patrón epidemiológico en el campo de la salud mental... que requieren del despliegue de una serie de habilidades y mecanismos de integración del individuo en su nueva situación y formas de vida».

El propósito general de la formación especializada es el de «formar enfermeros especialistas que aseguren la prestación de cuidados a individuos en los diferentes niveles de atención de salud mental, dotándoles de los conocimientos necesarios que les permitan dar atención especializada, así como formar, investigar, gestionar y asumir responsabilidades en todos los ámbitos de su campo de actuación».

Ya en el perfil profesional se indica el uso de la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico en la prestación de cuidados.

En el programa se hace un desarrollo de los objetivos generales así como la cuantificación de objetivos del mismo en el que se mencionan los objetivos mínimos a cubrir; diferentes actividades en las que el E.I.R., futuro especialista deberá participar. Este programa deberá desarrollarse a lo largo de un año a tiempo completo, mediante el sistema de residencia.

En relación con las materias del programa de formación, se incluyen:

- Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría I
- Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría II
- Enfermería Psicosocial I
- Enfermería Psicosocial II
- Educación para la Salud Mental
- Ética y Legislación de Enfermería de Salud Mental
- Administración de los Servicios de Salud Mental
- Investigación en Enfermería de Salud Mental.

Para ello se indica que este programa se llevará a término a través de actividades de formación teórica de entre 428 y 460 horas y actividades prácticas (en los diferentes servicios asistenciales) que oscilan entre las 1200 y 1600 horas(aproximadamente según se incorporen en estas el tiempo dedicado a las materias de ética y Legislación, Investigación y Administración). Se hace hincapié en el concepto de autoaprendizaje tutorizado, así como la aplicación de métodos educativos creativos, que aseguren la participación activa en los servicios

asistenciales y el aprendizaje experiencial, fomentando la realización de seminarios, talleres de trabajo o discusión de casos clínicos y problemas que se plantean en las situaciones de cuidados.

Cada una de las materias se desarrolla y desglosa a su vez en objetivos y contenidos de un modo orientativo, de modo que en el particular acontecer de cada unidad docente, estas han ido incorporado así como ampliando o reduciendo unos temas u otros según criterios o tendencias que obedecen entre otras causas, en mi opinión, a las características de los dispositivos sanitarios locales.

Respecto a los responsables docentes se indica que la Escuela Universitaria de Enfermería que corresponda supervisará y coordinará el desarrollo del programa de formación. Los responsables docentes deberán pertenecer a la plantilla de las instituciones sanitarias integradas a la unidad Docente o a la del profesorado de la Escuela Universitaria. Se indica que los responsables de las materias de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica II, Enfermería Psicosocial II y de Etica y Legislación deben estar en posesión del correspondiente título de enfermero especialista.

Acerca de la acreditación de unidades docentes, en el documento se señala la necesidad de unos requisitos mínimos comunes: «disponer de un número suficiente de unidades asistenciales en las que se encuentren al menos dos Centros de Salud Mental Comunitarios, una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos y dos recursos intermedios..». Se le añaden: «tener desarrollados programas de intervención específicos de enfermería de Salud Mental», así como cada una de las unidades asistenciales han de disponer de equipos interdisciplinares en los que se encontrará al menos un Enfermero especialista.

Se ha podido observar un crecimiento importante en el número de las mismas así las precursoras en la formación con la promoción 99-00 en las unidades de Asturias, Madrid, País Vasco y Sevilla, pasamos en la última convocatoria del 29 de Octubre del 2002 a un total de 20 unidades docentes, con una oferta de 84 plazas de formación especializadas de las 118 acreditadas. (7)

3. UN HITO PRO-CALIDAD

Tanto en la acepción.mojón o poste de piedra, por lo común labrada, que sirve para indicar la dirección o la distancia en los caminos o para delimitar terrenos. Como en la otra que alude al blanco o punto a donde se dirige la vista o puntería para acertar el tiro. Creo son acepta-

bles para referirme tanto a la implantación de la «especialidad de Enfermería de Salud Mental», entre las opciones de formación cualificada, así como a la necesidad de complementar lo que supone falla en la programación al uso.

Son algunos los antecedentes legislados al respecto, ya desde que en1932 a través de las OO.MM. De 16 de Mayo por las que se estructura de forma inicial, la formación, funciones y titulación del enfermero psiquiátrico hasta la actual legislación en vigor. (8) Estos desarrollos lentos y a la retaguardia de lo que constituyen la actividad asistencial se han hecho de-rogar pese a las múltiples demandas que desde diferentes ámbitos se han realizado (colegios profesionales, asociaciones, directrices de la CEE...). Si reseño la ley en esta ocasión es para destacar lo perezoso de su movimiento, ya que aún no se ha constituido(fecha de elaboración de este texto) La Comisión Nacional de Especialidades manteniéndose una que con carácter provisional lleva ya unos lustros de trayectoria, así como el desarrollo de las transitorias que podrían dar acceso a la obtención de la titulación especialista a muchos profesionales de reconocido prestigio responsables de la asistencia y formación de nuevos profesionales.

Aspectos como el modo de acceso en el que no se oposita explícitamente a la especialidad donde deseable sería que lo azaroso tuviese menos espacio y primase el deseo de quien pretende formarse en un aspecto concreto. Así como los conocimientos que en materia de Salud Mental ha recibido el nuevo residente, ya que se comprueba la heterogeneidad y mengua que existe entre los programas de formación pregrado que proveen las Universidades Españolas. Son estas cuestiones de conveniente revisión.

Resulta de interés comprobar como entre las conclusiones de Congresos, Jornadas y otros eventos de enfermería en el ámbito de la Salud Mental así como en otras áreas de la salud se identifica«la necesidad de dotar de contenidos, conceptualizar...» En este sentido El consejo General junto al Insalud Y Ministerio desde el año 97 han venido desarrollando un interesante y arduo proyecto denominado NIPE, que aborda la Normalización de los procesos de enfermería, para ello entre sus fines declaran:

«Establecer un lenguaje común para describir la práctica enfermera, describir los cuidados que la enfermería presta a la población demostrando su competencia profesional, favorecer el desarrollo de sistemas de agrupación de pacientes de enfermería, aportar instrumentos de mejora de la enseñanza mediante la unificación de criterios, facilitar el desarrollo de la investigación en enfermería y servir de fuente de nuevas líneas, mejorar los procesos de registro de los cuidados en los histo-

riales de los pacientes, favorecer el desarrollo de sistemas de gestión integrados de las unidades de enfermería». Rescato de entre sus metas: «Identificar y definir indicadores de calidad para la prestación de servicio de enfermería». Todo ello configura una declaración de intenciones que se ubica en el orden de construir ciencia enfermera con intención de universalizar un saber, en el mismo proyecto sin embargo podemos rescatar como en su definición de cuidado-enfermero su vinculación al Arte: «El concepto cuidado está caracterizado por su enfoque holístico... el cuidado enfermero está sustentado en el conocimiento científico y realizado dependiendo de los cinco elementos (persona entorno salud, cuidado-enfermería)definidos, con arte». Esta última cuestión, con arte, creo merece especial atención ya que si bien no en oposición, si como complemento de lo que la ciencia, y su método viene a dar cuenta a la hora de describir la realidad así como el modo en que se debe orientar la praxis. En la formación de profesionales en otros países lo experiencial, la introspección, dramatización... algo análogo a reconocerse en el «teatro» de la vida, «la imagen del otro que impregna y provoca». La conceptualización de lo humano, humanista, que viene a recordar lo que a la ciencia se le escapa con su método y su técnica, hoy en tiempos de ciencia hablar de arte, bellas artes, está en desuso, no puedo olvidar lo que en otro tiempo se destacaba de la enfermería como el arte de cuidar, que precursoras de la enfermería como Nightingale o las mas recientes Stewart IM, Henderson V. Tal y como recoge en su obra Donahue MP(9). En la que rememorando a estas y otras autoras concluye: «A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia. Sin embargo, en este contexto el arte es algo más que un concepto lineal y estático. Supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. Una calidad emocional guía de la transformación del material en arte, pero se refuerza el papel de la inteligencia o del pensamiento. Así, el arte es una forma de interrogación cualitativa que extrae su sustancia de la intuición estética...»

Se hace necesario señalar la característica diferencial que en Salud Mental y Psiquiatría existe ya que se trata en gran medida del campo de la Subjetividad y esta como punto de dificultad, tanto en el momento de ir a la búsqueda y encuentro de los instrumentos válidos para su investigación e intervención. Como cuando se trata de lo que subyace en la forma del deseo del investigador, terapeuta, y a que leyes obedece.

No obstante habrá que recordar las conclusiones del estudio realizado por la Escuela de Salud Pública de Harvard(10): «Los hospitales dotados de enfermeras especialistas, más cualificadas, son mas seguros

para los pacientes y prestan cuidados de mayor calidad», para ello los autores analizaron los documentos de alta de aproximadamente 6,2 millones de pacientes, de 799 hospitales de los EEUU...

Como conclusión reseñar lo que en Los Talleres Docentes de E. Psiquiátrica y S. Mental así como en los encuentros de Residentes se destacaron como prioridades cara a la mejora cualitativa en la formación. Ambos coinciden en la creación de forma urgente de la Comisión Nacional de la Especialidad considerando las funciones(1) que la misma tiene tales como las de proponer auditorias en las distintas unidades docentes para conocer y evaluar el funcionamiento de los programas de formación; Reunir y analizar datos respecto de las necesidades de especialistas a medio y largo plazo...;Impulsar e informar la organización y realización de programas de formación permanente prestando asistencia técnica a organismos e instituciones interesadas. Así como la clarificación de conceptos relativos a la formación especialista, unificar criterios entre distintas unidades docentes y consensuar programas y cronologías para la formación.

Otro de los puntos consensuados es el de la necesidad de ampliar el período de formación de los EIR a dos años, para realizar una formación más acorde con las características de nuestra profesión y poder alcanzar los objetivos planteados en el programa.

Trabajar en la clarificación de los conceptos de Coordinación y Supervisión de las enseñanzas por parte de las escuelas de enfermería a que alude la normativa de la especialidad.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Educación y Cultura (1987). Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista.
2. Ministerio de la Presidencia (1998) Orden de 24 de Junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, sobre la Obtención del título de Enfermero Especialista
3. Organización Colegial de Enfermería Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Resolución nº 32/89 Por lo que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la

Organización Colegial de Enfermería en España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. Subdirección General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales. Resolución de 9 de Julio de 1998 de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura por la que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. Subdirección General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales. Resolución de 9 de Julio de 1998 de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura y de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, por la que se aprueban los requisitos específicos de acreditación de las unidades docentes para la formación de Enfermeros Especialistas en Salud Mental.
7. Ministerio de la Presidencia. Orden Pre./2719/2002, de 29 de Octubre, por la que se convoca la prueba selectiva 2002, para el acceso en el 2003 a plazas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico Ginecológicas(matrona) y de Enfermería de Salud Mental.
8. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.Cuadernos Técnicos, 5. Formación Especializada en Salud Mental.
9. Donahue M.P. Historia de la Enfermería, Ediciones Doyma.1985
10. Needleman J.,Buerhaus P., Mahke S., Stewart M, Zelennsky K.; Nurse-Staffing Leveles and the Quality of Care in Hospitals. N.England Journal Medicine 2002; 346:1715-1722, May 30, 2002

II

CAPÍTULO 4
LA FORMACIÓN PARA LA COOPERACIÓN INTERDISCIPLINAR Y LA ACTUACIÓN TRANSVERSAL

JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ

1. CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS

Es un hecho evidente que las formas más actuales y reconocidas de intervención en salud mental se caracterizan por su heterogeneidad, por su diversidad y por la tendencia a mantener a los pacientes fuera de lugares especiales, participando y relacionándose en el entorno social normalizado. Por ello, es indispensable la cooperación con otros sectores, otras redes de servicios y prestaciones y otras disciplinas. El enfoque multidisciplinar en los temas de salud es una realidad insoslayable consecuente con la necesidad de abordar la incidencia de múltiples variables, imposibles de aprehender desde una única disciplina.(1) Ya no es concebible hoy un «servicio fuerte de salud mental» desde el que se den respuestas a todas las necesidades de las personas con trastornos mentales, pues tienen necesidades que requieren modalidades de cuidado muy diversas [1].

Acudiré a diversos documentos y referencias de autoridad para dar mejor fundamento a estos postulados.

Si revisamos el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (2) y las bases de las organizaciones de salud mental desarrolladas a partir de él podemos extraer algunas directrices que van en la dirección expuesta, a saber:

1. Frente al alejamiento y el extrañamiento de la asistencia anterior se introduce el derecho a ser atendido en su entorno.
2. Se pasa a una concepción integral de la atención a la salud mental, que se entiende, a efectos funcionales y organizativos, como una parte del sistema sanitario.
3. Se atribuyen funciones para la atención a la salud mental a los equipos de atención primaria. .
4. Se incorpora el derecho a la rehabilitación y a la continuidad de cuidados.
5. Se supera la concepción de un lugar especial - el manicomio -, de la institución total, como espacio desde el que se pretende proveer cuidados a todas las necesidades del paciente con trastorno mental

1. El Dr. F. Torres ha coordinado la elaboración de un documento de consenso internacional sobre « los cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad, que da buena cuenta de esa diversidad.

6. Se suprime el estatuto singular y especial del enfermo mental.
7. Algunas de estas directrices, como la coordinación y los sistemas de enlace con la atención primaria y con los servicios sociales aún no han tenido el desarrollo conveniente

También considero de gran interés las posiciones y las recomendaciones que se hacen en el Informe de la OMS- 2001 sobre la salud mental (3):

En él se preconiza la atención comunitaria, y se destaca la importancia de la función relacional con otros niveles del sistema sanitario y también con otros sectores

Un lugar preeminente en esas recomendaciones es el cambio positivo de la atención institucionalizada por la atención en la comunidad. Y los ejes sobre los que se apoya son los siguientes:

1. Intervención precoz
2. Uso racional de las técnicas terapéuticas
3. Diversificación de los servicios y continuidad de cuidados,
4. Participación de los usuarios y organizaciones de la comunidad
5. Importancia básica de la atención primaria
6. Rehabilitación psicosocial; el establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados

En la práctica la atención comunitaria implica desarrollar una amplia gama de servicios, prestaciones e intervenciones de ámbito local que tienen gran analogía con el concepto de servicios sociales de proximidad.

Todas esas características de los sistemas de atención vuelven a hacer exigible la coordinación entre profesionales de salud mental y los de otros sistemas y entre las diversas piezas y disciplinas del sistema sanitario, porque sus funciones tienen la suficiente complejidad y diversidad para que no puedan ser realizadas por un solo servicio o centro, como cuando la asistencia era de carácter custodial y se basaba en una institución aislada

En el mismo documento también se plantea la necesidad de generar estrategias dentro de la salud pública para prestar más apoyo a la atención a la salud mental y coordinar sus actuaciones con las funciones asistenciales

Posiciones similares las encontramos en el Plan estratégico de salud mental del Principado de Asturias 2001-2003 y en el Libro blanco de la sanidad en Asturias, en los que se contienen proposiciones a favor de la complementariedad de los sistemas; tales como « la efectividad de los servicios de salud mental exige una mayor capacidad de respuesta desde otras redes sanitarias y de protección social, así como la adecuada coordinación intersectorial» (4,5)

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Tras revisar la situación actual, tanto desde la perspectiva teórica y conceptual como desde vertiente de las características que está adquiriendo la nueva demanda y sus respuestas, concluyo con las siguientes consideraciones

1. Es una evidencia científica que en la producción de trastornos mentales se asocian factores de orden biológico, psicológico y social; y todos esos factores y ámbitos han de ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar las estrategias de intervención (ver gráfico 1, tomado documento OMS)(6)

2. El estudio de los fundamentos de la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud) (7) nos permite ver, por un lado, que diferencia dominios de salud y dominios relacionados con la salud en el contexto de factores ambientales y personales; de otro, utiliza conceptos y un lenguaje para mejorar la «comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y población general, incluyendo personas con discapacidad».

De igual interés son las aportaciones que se extraen del concepto «empowerment» que implica a profesionales de la salud mental y de otras áreas en el objetivo de lograr un entorno que promueva y favorezca el desarrollo de más capacidad, autonomía y poder de las personas afectadas para decidir sobre su vida.(8) Lógicamente, para conseguirlo es imprescindible superar la visión profesional reduccionista que se queda en los síntomas, el déficit y en los efectos de la enfermedad.

El estudio de la demanda que se formula hoy en los servicios de salud mental nos muestra, por un lado, que es muy importante la rela-

cionada con trastornos persistentes, que requiere cuidados prolongados y la continuidad de la atención; se trata de un fenómeno que es consecuencia del predominio de un nuevo patrón de morbilidad. De otra parte, hay un aflujo considerable de peticiones, concernientes a formas nuevas de malestar que, en ocasiones, suscitan interrogantes acerca de las funciones y de la identidad profesional del campo de la salud mental.

En las últimas décadas se han producido cambios socio demográficos y de la estructura familiar que influyen en el patrón de morbilidad predominante y afectan de modo importante a la disponibilidad de las familias y de las redes primarias, en general, en su función provisora de cuidados y apoyos a los miembros con problemas de dependencia y limitaciones para su desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Hoy, además, es constatable que uno de los retos que se le plantea a la atención en salud mental es el relacionado con los cuidados a los trastornos de larga evolución, con la rehabilitación psicosocial y las medidas necesarias para realizar estrategias de inclusión de estas personas.

Las demandas y necesidades de las personas con trastornos mentales han de situarse en el contexto de nuestro país. En España un 17% de la población tiene más 65 años, y millón y medio de personas superan los 80 años Un tercio de esa población mayor de 65 años necesita algún tipo de ayuda y casi un 13 % tiene una dependencia grave y necesita cuidados de larga duración.

El 61% de las personas entre 6-64 años con discapacidad -483.000- tienen dificultades graves para realizar las actividades de la vida diaria.(encuesta INE de 1999)(9). Se debe tener en cuenta que entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo cuatro corresponden a trastornos mentales

Como consecuencia de la situación, que expresan los datos anteriores, se produce un incremento de la demanda de cuidados formales e informales para la atención de las personas con necesidades persistentes y para nuevos sectores que se hacen más vulnerables Esta demanda pone de manifiesto la insuficiencia de la oferta del sistema publico de cuidados y la retracción de la disponibilidad de las familias para seguir haciendo la provisión de cuidados. En España las personas mayores de 18 años aún dedican alrededor de 130 horas al año al cuidado y apoyo de los enfermos, entre los que se encuentran los que padecen trastornos mentales (10).

Se ha creado un sentimiento malestar social, cada vez más notorio y que afecta a un sector amplio de la población, relacionado con el incremento de la morbilidad ligada a cambios demográficos y a esti-

los de vida, con la insuficiencia de cuidados formales a las personas que presentan trastornos de evolución prolongada, entre los que se incluyen las personas con trastornos mentales, y con una menor disponibilidad de los agentes que prestaban los informales.

Es absolutamente necesario disponer de una estrategia con bases comunes -algunos autores hablan del espacio socio sanitario- para dar respuesta a ese malestar, que exige disponer de más recursos, pero también de la cooperación de diversos sistemas de atención, incluidos los servicios y las técnicas de la salud mental y los apoyos y cuidados informales.

La coordinación de recursos e intervenciones de los sistemas de protección social- principalmente sanitario, educativo, servicios sociales- exige, a mi juicio, el diseño y la organización de estrategias de *actuación transversal,* que conduzcan a que cada uno disponga para este colectivo de personas con trastornos mentales las medidas precisas que sean de su competencia y responsabilidad con el resto de los ciudadanos: así, por ejemplo, el área de trabajo se responsabilizará de las que tengan que ver con formación profesional y empleo; la organización de servicios sociales arbitrará las medidas de apoyo social y el sistema sanitario las referidas a la atención sanitaria. Estas son las ideas y los fundamentos que se corresponden con lo que se expresa en el concepto del mainstreaming que caracteriza a los programas de políticas sociales europeas dirigidas a la inclusión social y la equiparación de oportunidades, entre las que ha marcado una referencia las de igualdad de genero (11).

La actuación transversal significa que los cuidados que tienen que prestarse de forma complementaria y continuada por los diversos sistemas, en razón de las necesidades de la persona atendida, no son una mera suma de partes; sino que exige una interacción entre ellos y, consiguientemente, la formación y aptitudes adecuadas para realizar de forma apropiada esas relaciones.

Además, hay que añadir, como ya decíamos anteriormente que aparecen hoy nuevas formas de demanda que son difíciles de solucionar a través de los sistemas tradicionales de atención; no sólo por la dificultad de incrementar los recursos necesarios o porque la distribución en ocasiones no sea eficaz, sino porque algunas de ellas tienen hoy sus raíces en los mecanismos de integración y en las formas de relación y participación social. Me estoy refiriendo a necesidades importantes para el bienestar de las personas que radican en el aislamiento y en la soledad, en la desvinculación social, en la necesidad de comunicación y de intercambio social y que difícilmente van a encontrar una respuesta adecuada en la relación profesional que puede ofrecer el sistema sanitario.

Para ser eficaz en la atención a esas nuevas necesidades y en las acciones contra la exclusión no es suficiente disponer de prestaciones o recursos formales, sino que es indispensable fomentar la creación, el restablecimiento o el fortalecimiento de lazos de relación social y potenciar el desarrollo de las redes sociales.

Debemos advertir que las redes sociales no son algo que se manifiesta y está ahí como un instrumento terminado para ser usado, sino que no son más que una pura posibilidad de poner en común, de relacionar; son un espacio que se produce y existe únicamente si alguien se apropia de él y con los otros practica el intercambio y la acción social. Puesto que el fenómeno del voluntariado es hoy un fenómeno en alza en nuestro país, se debe considerar su participación y la de las organizaciones de autoayuda en este proceso y estudiar la mejor forma de hacerlo, evitando la confusión de roles y funciones

No es difícil aportar ejemplos que muestran el beneficio de la participación asociativa y de los apoyos no profesionales. Conviene recordar algunas investigaciones solventes sobre intervenciones en personas con dolor persistente: intervenciones grupales dirigidas por no profesionales de la salud (12)

Se pueden citar también los programas de envejecimiento activo como medidas preventivas de deterioros cognitivos en las personas mayores

Además, se puede observar, como expresión de una dinámica sistémica, que las intervenciones y cambios en un ámbito pueden producir modificaciones en las prácticas y en la redefinición de centros e instituciones tradicionales en otro. Tal es el caso de los efectos que inducen las técnicas y procedimientos del « empleo apoyado» de las personas con discapacidad en la planificación de sus recursos de atención

En fin, la atención debe ser accesible, y por tanto de implantación local y próxima, pero además debe responder a las múltiples necesidades de los pacientes. Su objetivo final es la habilitación y el mantenimiento de la autonomía posible; para ello se debe emplear técnicas de intervención eficientes que permitan a los pacientes mejorar sus aptitudes y competencias, utilizando apoyos formales o profesionales y los informales de su entorno.

La atención comunitaria a diferencia de la institucional puede hacer surgir recursos y crear alianzas para mejorar la salud, energías que de no actuar con esta estrategia permanecerían inactivas y desaprovechadas Además, a los pacientes y a sus familias ya no se les puede considerar como meros receptores pasivos y hay que articular su participación. Pues en este campo la pasividad y la desposesión producen

efectos adversos muy negativos, tales como la indefensión aprendida,[2] los efectos estresantes de la violencia que se puede ejercer al aplicar algunos tratamientos y los que conllevan el verse desprovistos de elementos básicos para el mantenimiento de la propia identidad. De ahí la importancia de decidir y aplicar las intervenciones profesionales en la perspectiva del empowerment

Los profesionales deben saber y conocer que sus formas de intervención pueden favorecer o impedir el acceso de las personas con trastorno mental a una mayor autonomía y capacidad de autodeterminación sobre todo aquello que atañe a su vida y sobre las posibilidades de utilizar las prestaciones de otros sistemas que fomentan la participación social. Todo esto determina, lógicamente, que las estrategias de intervención sean más complejas y requieren el concurso de los diversos enfoques disciplinarios y de sistemas de atención bien coordinados. Pues es la manera que conviene para garantizar los cuidados continuados y la satisfacción las necesidades cambiantes de las personas afectadas y de sus familias y para fomentar el ejercicio y fomento de sus capacidades y de su autonomía

3. LA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL PARA FOMENTAR LA COORDINACIÓN DE SISTEMAS Y EL TRABAJO EN RED

Los sistemas de atención tienen que ser congruentes con las evidencias científicas actuales respecto a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de las enfermedades y en los resultados de los tratamientos y de las actuaciones psicosociales . Hay que aproximar esos conocimientos al diseño y realización de las estrategias de intervención. El aislamiento y fragmentación, la separación artificial entre todas esas vertientes obstaculiza la comprensión de los trastornos mentales y dificultan alcanzar mejores resultados en su atención

Es necesario lograr la formación teórico-práctica adecuada para abordar los problemas más acuciantes que hoy se expresan en las demandas y para saber utilizar los recursos apropiados para su satisfacción. [3]

2. La indefensión debilita la motivación, la autoestima y la confianza en poder influir sobre los acontecimientos del entorno; genera pasividad y resignación. Sobre esta cuestión pueden consultarse los trabajos de Martin Seligman.
3. Un estudio muy reciente sobre la prevención y detección de la violencia contra las mujeres en la atención primaria de salud ha puesto de manifiesto que sólo el 4% de los médicos tiene formación para atender malos tratos.

Conviene identificar los obstáculos que lo impiden, entre los que sin duda se encuentran defensas corporativas, un celo desmesurado en la defensa de los límites de las especialidades y aceradas rivalidades por preservar el poder. Pero tampoco los sistemas reglados de formación de postgrado y las actividades de formación continuada han tomado en cuenta la necesidad de incorporar materias de formación para este fin

En razón de todo ello y a efecto de avanzar en la coordinación interdisciplinar y entre los sistemas de atención formulo las siguientes proposiciones:

1. Lo primero que se debe hacer para promover esa formación es difundir y extender de los conocimientos expuestos en los epígrafes anteriores y poner de manifiesto las ventajas que supone la coordinación de sistemas e interdisciplinar. Es decir, es preciso crear una nueva cultura de la interdisciplinariedad y de la transversalidad y potenciar la cultura de servicio público.
2. Extender e incorporar esos conocimientos a los sistemas de formación reglada de postgrado y a los de formación continuada.
3. Programar las materias de formación mediante un formato abierto y en función de las carencias detectadas, de forma que puedan participar profesionales de los diversos sistemas y disciplinas y no se restrinjan a categorías profesionales o puesto de trabajo El compartir esas actividades promueve la utilización de lenguajes más accesibles para todos, y la creación de un contexto multidisciplinar, lo que contribuye a hacer más permeable a cada sistema. Así mismo, conviene realizar talleres en otros sistemas como, el escolar o el laboral, para analizar las dificultades de manejo e integración de las personas con trastorno mental.
4. Potenciar la formación para actividades de enlace e interconsulta por parte de los sistemas que más interacciones mantienen. De especial interés son entre el área de salud mental, otros niveles del sistema sanitario, el ámbito escolar el de la protección infantil y el de los servicios sociales.
5. Incrementar el estudio y formación sobre los efectos adversos y no deseados de las intervenciones en salud mental. No me refiero únicamente a las de tipo farmacológico; sino también a aquellas otras que tiene que ver con la relación y los procedimientos de aplicación de los tratamientos. Fundamentalmente, en todo lo relacionado con la restricción de la autonomía de la persona con trastorno mental –hay que diferenciar las nociones

de autonomía y dependencia- y las limitaciones para la adquisición de habilidades, así como con los efectos estresantes que pueden inducir esas intervenciones y sus efectos deletéreos para el funcionamiento de esas personas.

6. Dedicar mayor a atención al estudio y las capacidades de crear alianzas entre las organizaciones y entre sistemas: potenciar alianzas interorganizacionales, establecidas en razón de los objetivos que se pretenden lograr y resaltando los beneficios que obtienen todos los sistemas de cuidados de ellas.
7. Mejorar las aptitudes de comunicación de los profesionales de la atención en salud mental para:
   7.1. Transmitir de forma adecuada la información necesaria acerca de los efectos de los tratamientos
   7.2. Contribuir positivamente a que los pacientes y sus familiares tengan una opinión fundamentada del trastorno presente y la utilidad e inconvenientes de los tratamientos prescritos.
   7.3. Favorecer, de ese modo, el cumplimiento del tratamiento. Pues se reconoce que es muy importante mejorar las tasas de cumplimiento en personas con depresiones y esquizofrenia.
8. Fomentar la adquisición de habilidades para la negociación de las tomas de decisión y lograr e ese modo:
   8.1. Evitar los intentos fallidos de establecer relaciones de cooperación
   8.2. Prevenir que no surjan relaciones competitivas entre los sistemas de cuidados
   8.3. Elaborar la manera de conseguir acuerdos o de resolver desacuerdos respecto a los riesgos que se pueden correr, y en torno a las mejores formas de compartir riesgos.
9. Destacar más el papel tan importante que tiene el aprendizaje dentro de las organizaciones. Crear grupos de análisis y reflexión acerca de cómo utilizar los centros de actividad y la demanda que se hace en la comunidad como instrumentos generadores de conocimiento y de aprendizaje. Es necesario sumar y hacer interaccionar el conocimiento explícito, más formalizado y sistemático, con el conocimiento tácito, más vinculado a la experiencia práctica, a las habilidades y las cualificaciones informales(13).
10. Fomentar el uso de protocolos, guías de buena práctica y otros instrumentos, elaborados con procedimientos consensuados. De ese modo se reducirán las incertidumbres y confusiones

que hoy se producen en las relaciones y transacciones entre los sistemas de cuidados y se daría mayor homogeneidad a las formas de relación y de derivación

11. Fomentar la adquisición de habilidades y conocimientos para la construcción de redes socio terapéuticas y para mantener con ellas las relaciones apropiadas. De ese modo, se contribuirá a disponer de más apoyos sociales no profesionales, a extender las bases asociativas, los sentimientos de comunidad y las pautas de reciprocidad entre sus miembros, y a ampliar el ámbito de las relaciones, lo que incrementará las competencias y las posibilidades de elección de la persona afectada.(14) Pero además servirán para clarificar los límites de las intervenciones y técnicas sanitarias y los procedimientos a seguir con las nuevas demandas ligadas a situaciones de malestar vital.

4. RESUMEN

La formación en salud mental se enfrenta a un reto insoslayable, cual es preparar y habilitar a los profesionales para impulsar cambios y para dar una respuesta adecuada a las exigencias de los nuevos sistemas de atención y de las nuevas formas de intervención, para producir y gestionar nuevos conocimientos

Las ideas y recomendaciones contenidas en el Informe para la reforma psiquiátrica, el desarrollo de los servicios de salud mental implantados en la comunidad, las propuestas y los objetivos que se incluyen en el plan estratégico de salud mental y en el libro blanco de la sanidad en Asturias hacen cada vez más necesario la coordinación de las actuaciones con otras áreas del sistema sanitario y con las correspondientes a otras políticas sociales, así como con las organizaciones sin fines de lucro y los movimientos de autoauya. De tal modo , que se puede afirmar que la transversalidad y el trabajo en red son procedimientos y prácticas cada vez más imprescindibles en el campo de la atención a la salud mental.

De otra parte, en los últimos tiempos se están introduciendo conceptos y modelos de actuación en el campo de las ciencias políticas y sociales que abundan en la misma dirección, me refiero al concepto y práctica del mainstreming, al modelo de competencia y fortalecimiento del papel de los usuarios (empowerment) y a los conceptos que subyacen en la nueva clasificación de discapacidad: CIF, y de accesibilidad. Todos ellos vienen, a mi juicio, a enriquecer los fundamentos y

la epistemología de las formas de intervención y organización que discurren a través de la transversalidad entre sistemas de protección y de asistencia y de la interconexión de sus redes de apoyo y atención

A partir del estudio de las interacciones entre el sistema de salud, y de salud mental en particular, con el sistema educativo y de los servicios sociales se constata, sin embargo, que el desarrollo necesario de estas formas de actuación se ven dificultadas por la falta de una buena difusión de sus fundamentos y ventajas, por comportamientos corporativos y resistencias a los cambios y por la carencia de una formación adecuada de los equipos multidisciplinarios.

Se sostiene la tesis de que entre los profesionales que desarrollan su actividad en los servicios de salud mental es necesario promover una cultura y mayor formación que les disponga y habilite para el trabajo en red y para desarrollar programas de actuación transversal

Se plantea abordar cambios en los procedimientos y en los sistemas de formación y capacitación que permitan hacer frente con instrumento mas apropiados a estas nuevas exigencias. Adoptar nuevas iniciativas para reforzar las capacidades básicas de razonamiento, observación, comunicación y de comprensión de la transversalidad entre los sistemas de atención y protección. Y aplicar medidas que permitan adquirir una preparación adecuada para intervenir en procesos de cooperaciones múltiples y en el establecimiento de objetivos comunes a los diversos sistemas implicados y profundizar en el trabajo en equipo multidisciplinar, y en la metodología de derivación y de buenas prácticas.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Olabarría B. Apuntes y reflexiones ante una nueva etapa de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. *Rev. Asociación Española de Neuropsquiatría*, 83, 3-11. 2002
2. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general técnica.1985
3. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
4. Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental 2001-2003. SESPA. Principado de Asturias.2001
5. Libro blanco de los servicios sanitarios. Consejería de salud y servicios sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo.2001
6. OMS,op. Cit.

7. Vázquez Barquero J.L. (Coord.) *CIF. Versión española*. Instituto de migraciones y servicios sociales. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid.2002
8. Knuf A. Empowerment foerdern. Ernst machen mit einer partnerschattlichen Beziehung. *Sozialpsychiatrisce informationen*,10-16,2/2002
9. La discapacidad en España: datos epidemiológicos. Aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999.Real Patronato sobre discapacidad. Documentos 62/2002.Madrid
10. Duran M.A. *Costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA.2003-02-02
11. Mainstreaming de genero. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas. Instituto de la mujer. Serie documentos, número 28.Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2001.
12. Von Korf M et al.(1998) A randomized trial of lay person-selmanagment group intervention for back pain patients in primry care *Spine* 23:2608-2615 (citado en informe OMS-2001)
13. Gestión del conocimiento y capital intelectual. CIDEC. Cuadernos de trabajo Departamento de justicia y trabajo. Gobierno Vasco. Donostia 2000
14. Subirats J.,editor. *¿Existe sociedad civil en España? Responsabilidades colectivas y valores públicos?* Estudios de la Fundación Encuentro. Madrid, 1999

II

CAPÍTULO 5
LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PERIODO DE TRANSICIÓN A LA DEMOCRACIA

ANTONIO ESPINO GRANADOS

1. PRINCIPIO Y FIN DE LA TRANSICIÓN POLÍTICA

¿Qué tiempo histórico le corresponde a la transición democrática, ese trayecto que nos llevó desde el final de una interminable dictadura nacida de una guerra civil entre españoles hasta la instauración y consolidación de un régimen democrático?. No hay acuerdo.

En cada uno de nosotros la transición empezó cuando nuestra esperanza puesta en el fin del régimen de Franco se vio contrastada con el deterioro y la crisis cada vez más visible del mismo.

Para Felipe González, la transición arranca con la coronación de don Juan Carlos como rey y termina con el triunfo en las urnas del partido socialista en octubre de 1982. Concede así un valor de primer orden al papel del rey y vincula la llegada al gobierno de «los que habían perdido la guerra» con la superación de los últimos rescoldos de la guerra civil y la consolidación de la democracia y sus instituciones.

Para Semprún la transición democrática se inicia con la legalización del partido comunista por Adolfo Suarez en la semana santa de 1977, al considerar que esta medida, por afectar al nudo gordiano del franquismo abría la transición y posibilitaba un acercamiento entre vencedores y vencidos. [1]

Otros han situado el punto de arranque de la transición a la democracia en el asesinato de Carrero Blanco, una desaparición de la escena política de muy difícil recambio y que iba a desencadenar luchas políticas y procesos de cambio dentro y fuera del entorno del régimen de Franco. [2]

En todo caso, dos aspectos caracterizan el proceso de transición democrática:

1. uno, la aceleración de un período histórico de cambios
2. dos, la progresiva convicción existente entre los españoles de que dichos cambios ya no tenían marcha atrás.

1. El problema de las "dos Españas" simbolizadas en los mandos militares y el PCE – expresión aun viva de la guerra civil – supuso, sin duda, uno de los aspectos más delicados de la transición.
2. Para el historiador Paul Preston, la transición hacia la democracia comienza con la muerte de Carrero y la elección de Arias Navarro como sustituto en la Presidencia del Gobierno, la última decisión política verdaderamente importante que tomará Franco antes de su muerte. A partir del gobierno Arias, Franco va a ocupar cada vez más un papel espectador en las luchas políticas internas propias del inicio de la transición.

En torno a estos dos aspectos transcurre este difícil y complejo periodo de la vida española . Los cambios sociales en España se aceleran en consonancia con el deterioro físico del general y la falta de un recambio posible, muy especialmente al desaparecer Carrero Blanco. Por eso significan tanto las fechas de diciembre del 73 (asesinato de Carrero Blanco) y del verano del 74 (enfermedad del general que va a exigir su ingreso hospitalario). En ese entorno fracasa el tercer Plan de desarrollo, viva expresión de la incapacidad del régimen para enfrentar los nuevos problemas de España con medidas puramente tecnocráticas. La muerte de Franco, la coronación de don Juan Carlos, el nombramiento de Adolfo Suárez, la organización y presencia cívica de las fuerzas políticas que perdieron la guerra y la legalización del Partido Comunista, marcan la progresiva aceleración de los acontecimientos políticos en nuestro pais y su cada vez más difícil retroceso.

La consolidación de la democracia española y, por tanto, el fin de la transición ha supuesto un proceso complejo («la llamada reforma política») con algunos momentos claves, muy especialmente la aprobación en referendum de la Constitución española (1978) y las primeras elecciones locales (1979) que llevaron gobiernos de izquierda a muchos Ayuntamientos producto del acuerdo entre socialistas y comunistas.

2. CRONOLOGÍA POLÍTICA DE LA TRANSICIÓN

Por mi parte, voy a considerar los 7 años que van desde 1973 a 1979, desde la muerte de Carrero Blanco en *diciembre del 73* hasta las primeras elecciones locales de *junio del 79*. Años que, a mi juicio, enmarcan lo esencial del proceso de transición a la democracia [3] .

Esta es su cronología política (1973-1979):

- Diciembre de 1973: Carrero Blanco es asesinado por la organización terrorista ETA

3. Este periodo de tiempo se queda corto para determinados aspectos de la vida española que pasarán más tardíamente su proceso de institucionalización democrática. Los servicios policiales siguieron informando sobre las actividades de los partidos de izquierda cuando estas organizaciones ya estaban legalizadas y existía una Constitución que lo prohibía expresamente. Igualmente la reforma militar y su institucionalización en la democracia se fue dilatando hasta culminar mediados los años 80. Algunos episodios recientes de la Administración de Justicia española hacen dudar si se ha completado en ella su proceso de transición a la democracia. En instituciones que no se rigen por la norma constitucional, por último, como es el caso de la Iglesia Católica española, se ha podido observar con nitidez un retroceso respecto de su talante y comportamientos durante la transición.

- Febrero de 1974: Discurso en las Cortes de Arias Navarro como Presidente de Gobierno. Comienza el «espíritu del 12 de febrero» caracterizado por un cierto aperturismo lleno de limitaciones
- Verano de 1974: Franco es hospitalizado. Juan Carlos, Jefe del Estado entre el 19 de julio y el 2 de septiembre. En el mes de julio, se presenta en París la Junta democrática (PCE)
- Octubre de 1974: Congreso de Suresnes. Refundación del PSOE. Felipe González es elegido primer Secretario del partido socialista. Fin del «espíritu del 12 de febrero»: Pío Cabanillas y Barrera de Irimo salen del Gobierno.
- Diciembre de 1974: el gobierno Arias aprueba una disposición sobre asociaciones políticas muy restrictiva que deja fuera, de facto, a toda la oposición democrática
- Junio de 1975: Adolfo Suarez promueve la creación de la asociación política Unión del Pueblo Español al amparo de la disposición aprobada sobre asociaciones políticas
- Julio de 1975: Se crea la Plataforma de Convergencia Democrática (PSOE y democristianos)
- Noviembre de 1975. Muerte de Franco y coronación de Juan Carlos como rey de España
- Julio de 1976. Dimite Arias Navarro. Adolfo Suarez, nuevo Presidente de Gobierno
- Septiembre de 1976. Suárez presenta la Ley de Reforma política por televisión
- Octubre de 1976. Se une toda la oposición democrática alrededor de Coordinación Democrática, la llamada «Platajunta».
- Febrero de 1977. Comienza la legalización de los partidos políticos
- Semana Santa de 1977: Adolfo Suarez legaliza al Partido Comunista
- Junio de 1977: Primeras elecciones democráticas a Cortes y victoria de la coalición de partidos liderada por Suárez
- Diciembre de 1978: Aprobación en referendum de la Constitución
- Marzo de 1979. Nuevas elecciones generales y nueva victoria de UCD
- Junio de 1979: Elecciones locales. Los acuerdos entre PSOE y PCE les lleva a gobernar juntos en muchos Ayuntamientos.

3. LAS RELACIONES ENTRE LA TRANSICIÓN POLÍTICA Y «LA TRANSICIÓN PSIQUIÁTRICA»: LA CRISIS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

La valoración de la transición democrática española y sus consecuencias sigue siendo objeto de polémica. Dejando a un lado análisis de corte franquista (De la Cierva), las posiciones de J.Tusell o de V.Navarro, por ejemplo, reflejan en sus diferencias la dialéctica reforma-ruptura propia de la transición y la valoración de los efectos a medio plazo del éxito de las tesis de Suárez (reforma pactada) frente a la ruptura preconizada, al menos inicialmente, por la oposición democrática de izquierdas (socialistas y comunistas).

Hay una falta de paralelismo, sin embargo, entre el aparente clima de consenso político de la transición y el modo como tuvieron lugar algunos cambios en sectores de la salud mental durante dicho periodo[4]. Lo mismo podría señalarse respecto de la duración del mismo: los cambios en la sociedad española iban por delante de las reformas políticas e institucionales.

Si nos referimos a la salud mental, ya en el Congreso de Málaga de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1971) se dejan oir con fuerza los nuevos profesionales del sector exigiendo un cambio democrático inequívoco dentro de la atención a la salud mental [5]. En este Congreso de una sociedad científica, presidido por Luis Valenciano, discípulo de Lafora y representante del exilio interior en la España de la dictadura, se discutirá abiertamente sobre aspectos concretos de la política asistencial psiquiátrica del pais y se pedirá la participación democrática de los profesionales en la gestión de los centros. Junto al inicio del fin de esta Asociación Española de Neuropsiquiatría rebautizada después de nuestra guerra civil [6] va a coger fuerza una organización conocida como Coordinadora Psiquiátrica, que aglutina a un conjunto

4. El colectivo psiquiátrico que adquiere protagonismo en torno a la transición estaba profundamente enraizado con los grupos de oposición democrática al régimen de Franco. Estaban, por tanto, en mejores condiciones para representar la lucha antifranquista dentro del sector psiquiátrico que para representar los intereses del sector mismo ante la sociedad.
5. Víctor Aparicio ha denominado "generación psiquiátrica del 72" a este colectivo de jóvenes psiquiatras y MIR en formación comprometidos mayoritariamente con la oposición política al franquismo y que desarrollaban su trabajo asistencial principalmente en hospitales psiquiátricos públicos.
6. Cuenta Diego Gutierrez que "la nueva Asociación Española de *Neuropsiquiatría* no era para muchos la antigua Asociación Española de *Neuropsiquiatras*. Los promotores de la misma, López Ibor fundamentalmente, tuvieron buen cuidado de cambiar sutilmente el nombre y, en apoyo de esta postura, se empezaron a numerar de nuevo los Congresos para tratar de romper una continuidad con la Asociación anterior a la guerra".

de profesionales implicados en el cambio político. Se abría así en el ámbito de un amplio sector de la psiquiatría española una crisis de grandes dimensiones, muy bien escenificada, por cierto, dentro de la Asociación, en el siguiente Congreso Nacional de 1973 que tuvo lugar en Valladolid. En dicha reunión la Coordinadora Psiquiátrica promovió, de hecho, un «Congreso paralelo» al margen de las actividades científicas programadas para el mismo. En sus conclusiones consideraban a la Coordinadora y no a las Asociaciones Profesionales «el principal motor de la lucha antimanicomio y por la transformación psiquiátrica», no participando en el proceso electoral a la nueva Junta Directiva de la Asociación.

Con los años que han pasado desde entonces parece razonable pensar que hubo menos capacidad de entendimiento entre psiquiatras de distintas tendencias y diferentes generaciones que la conseguida entre los políticos de distinto signo que venían protagonizando la transición[7].

La ruptura generacional iniciada en el Congreso de Valladolid, donde ya abandonan la Asociación algunos de sus miembros, va a culminar en el Congreso de Sevilla en 1977 al ocupar mayoritariamente la Junta Directiva miembros vinculados a la Coordinadora Psiquiátrica y comprometidos en el proceso político del momento [8] . Estos profesionales iniciaron así una nueva etapa de la Asociación Española de Neuropsiquiatría marcada por la ruptura con el modelo clásico de asociación científico-profesional anterior («una asociación de nuevo tipo») y con un doble objetivo: fuera, promover y participar en la reforma de la asistencia psiquiátrica y dentro, consolidar una nueva estructura organizativa que sirviera de caja de resonancia para la propia Coordinadora y diera soporte a las reivindicaciones del conjunto de trabajadores del sector de la salud mental.

En 1980 se aprobarán los nuevos estatutos por los que se regirá «la nueva AEN». La victoria electoral socialista de 1982, por último, dará soporte a los líderes de la asociación para adquirir un mayor protagonismo en las reformas psiquiátricas auspiciadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

7. Las relaciones habidas entre los psiquiatras que, sin estar comprometidos con la dictadura, alcanzaron su madurez profesional con posterioridad a la guerra y la llamada "Generación del 72" sigue necesitando, a mi juicio, un análisis detallado que concrete y explique sus encuentros y desencuentros.
8. Su nuevo presidente, Valentín Corcés, era miembro destacado del PCE

4. LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN DE POSTGRADUADOS DURANTE LA TRANSICIÓN

¿Qué estaba ocurriendo durante este tiempo con la formación de los psiquiatras?. ¿Qué cambios institucionales, legales o de otra índole surgidos en este periodo van a afectar a la formación y cualificación de los psiquiatras españoles?

La vieja e ineficaz regulación normativa de 1955, no sufrirá cambios profundos hasta julio de 1978 con la aprobación del Real Decreto de Especialidades Médicas.

La Ley de Especialidades Médicas promulgada el 20/7/1955 [9] y a pesar de la aprobación de su reglamento de aplicación el 23 de diciembre del mismo año, nunca entrará completamente en vigor [10] . En abril de 1958 saldrá una Orden Ministerial dictando normas para la obtención de especialidades médicas. Todavía en 1967 se aprobará un Reglamento de aplicación de su disposición final para, tres años después, ver reducido su rango legal al aprobarse la Ley General de Educación (1970).

La formación de especialistas quedaba en la Ley al arbitrio de las Cátedras Universitarias quienes debían hacerse cargo de «las prácticas del estudiante de postgrado» durante dos años. También podía obtenerse la especialidad «opositando a una plaza de especialista» (neuropsiquiatra) de la naciente red pública de la Seguridad Social. Igualmente y con carácter extraordinario, acreditando ejercicio profesional – público o privado - en la especialidad durante un tiempo mínimo de tres años. De facto, esta transitoria permitió durante largo tiempo la obtención del título de especialista en España inscribiéndose en el Colegio de Médicos con ejercicio profesional en una determinada especialidad y solicitando, tres años después, el reconocimiento de la misma.

Ya en 1963, sin embargo, un grupo de médicos formados en Estados Unidos y con nueva mentalidad crean el primer programa para postgraduados en el Hospital General de Asturias, dependiente de la Diputación Provincial. Forman la Comisión de Residentes y Enseñanza del Hospital e inician ese mismo año un programa de internado rotatorio y programas de residentes en la mayoría de especialidades. En los dos años siguientes tres hospitales de la Seguridad Social incorporan también programas de postgraduados en sus centros (Residencia Sanitaria de La Paz y Clínica Puerta de Hierro en Madrid, y Residencia General de Barcelona).

9. Se corresponde en el tiempo con la breve etapa de Rector de la Complutense de Pedro Laín Entralgo
10. Ver Agustín Albarracín: "La Facultad de Medicina de Madrid (1843-1967)". En: José Danón (coordinador): La enseñanza de la Medicina en la universidad española. (Barcelona, 1998)

Para 1968 ya se han constituído de manera estable en el «Seminario de Hospitales con programas para graduados», un grupo de hospitales no universitarios que colaboran libremente entre si en aspectos formativos y actúan con bastante autonomía respecto de la Administración[11] . Participan en el mismo el H. de Basurto (Bilbao), H. Santa Cruz y San Pablo (Barcelona), Casa de Salud de Valdecilla (Santander), Fundación Jiménez Díaz, Clínica Puerta de Hierro, Hospital Francisco Franco y Residencia Sanitaria de La Paz (Madrid) y Hospital General de Asturias (Oviedo). El objetivo del Seminario no será tanto formar especialistas cuanto *mejorar la atención hospitalaria*, para lo que consideran absolutamente necesario, junto a su dedicación profesional, el desarrollar en los centros un buen programa de formación de médicos residentes.

Como avanzadilla de dicha filosofía, los médicos residentes del General de Asturias entran a formar parte de la Comisión de docencia en 1970 y para el curso 1972-1973 tanto el H. Clínico y Provincial de Barcelona como el General de Asturias cuentan ya en sus centros con plazas de residentes con programa formativo y contrato de trabajo.

Serán los propios MIR junto con el Seminario de Hospitales quienes conformen un nucleo de presión en favor de un cambio de las condiciones generales de la formación postgraduada y de la propia formación médica, basado en una nueva cultura docente centrada en la calidad asistencial de los hospitales y en la ampliación de su capacidad formativa más allá de las Cátedras de Psiquiatría existentes y sus Escuelas Profesionales.

Por su parte el extinto INP (Instituto Nacional de Previsión) tratará de formalizar las figuras de médicos internos y residentes en el ámbito de sus instituciones sanitarias no sin serias dificultades [12] .

Los sucesivos cambios en la regulación de los médicos internos y residentes a que se ve forzado el INP serán resultado de la modernización del pais (y de sus instituciones sanitarias), de la presión ejercida por los nuevos profesionales salidos de las Facultades de Medicina y empeñados en conseguir una condiciones de formación dignas, de la vuelta a España de profesionales bien formados y con un nuevo talante personal y profesional y de los propios acontecimientos políticos que jalonan la decadencia del franquismo.

11. En esta época, los programas de formación de postgraduados se van a llevar a cabo desde tres ámbitos distintos: el Seminario de Hospitales, el INP y la Universidad.

12 . En ausencia de un Ministerio de Sanidad hasta 1977, las competencias en materia de asistencia sanitaria estaban cada vez más dispersas entre los Ministerios de Trabajo y de Gobernación, lo que explica las duplicidades y tensiones entre ambos.

Y es que la historia de la formación postgraduada en España a lo largo de los años 70 va de la mano, en gran medida, de la de los médicos internos y residentes con sus continuos conflictos y desencuentros con la administración.

Durante los estertores del franquismo los conflictos serán continuos:

En la convocatoria de otoño del 73 el INP amplía el número total de plazas MIR a cambio de reducirlas en algunos centros especialmente cualificados y con fama de conflictivos (General de Asturias, Residencia La Paz, Puerta de Hierro, Hospital Francisco Franco) e introducir en la convocatoria restricciones formales que impedían a un número importante de postgraduados de la Universidad de Barcelona optar a plaza. Ni que decir tiene que Asturias, Madrid y Barcelona eran entonces los nucleos más activos del movimiento reivindicativo MIR.

Esta actuación arbitraria de la administración dará lugar al primer gran conflicto MIR a nivel nacional.

A la vista de lo ocurrido, en la convocatoria siguiente (febrero del 74) el INP va a exigir a los aspirantes un certificado de buena conducta, dejando fuera de la misma, por motivos políticos, a un grupo de más de veinte médicos y azuzando, aun más si cabe, el conflicto.

Ante la nueva situación, la Comisión estatal MIR (Coordinadora) pedirá al INP iniciar una negociación en base a seis puntos :

1. Reabrir la convocatoria de 1974
2. Suprimir el certificado de buena conducta
3. Realizar una selección objetiva de los aspirantes mediante el establecimiento de Comisiones paritarias en cada Centro
4. Reconocer el derecho de reunión (Asambleas hospitalarias)
5. Aumento salarial y contrato laboral para los Médicos internos y residentes
6. Reconocimiento por el INP de la capacidad negociadora de dicha Comisión estatal representante de los MIR.

El INP no aceptó negociar ninguno de ellos. Al año siguiente (1975) los MIR llevarán a cabo una nueva huelga en favor del contrato laboral en prácticas. Son despedidos y readmitidos un mes después, asumiendo entonces el INP los dos primeros puntos de su plataforma reivindicativa y eludiendo la negociación del resto a pesar de redactar un nuevo contrato de trabajo para los MIR, aun sin contar con su participación.

En la práctica, la Coordinadora MIR se había convertido en el sindicato de los médicos en prácticas y esto atentaba directamente contra las instituciones médicas y sindicales oficiales del régimen. No es de

extrañar, por tanto, la reacción del Consejo Superior de técnicos y trabajadores, órgano del sindicalismo vertical, que llegó a proponer como solución al conflicto creado por los MIR la desaparición de dicha figura en la red hospitalaria de la Seguridad Social .

Las acciones reivindicativas de los MIR, sin embargo, no terminarán con la muerte de Franco, haciéndose cada vez más ambiciosas. Todavía en 1977, la Comisión de residentes del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona plantea en la Revista Jano como objetivo para los próximos años «reformar radicalmente la enseñanza de pre y postgrado mediante programas docentes adaptados a las condiciones locales y a las demandas sanitarias de la comunidad»

Con el antecedente de la Orden de 9/12/1977 mediante la que el recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social había unificado la formación de postgraduados en los centros sanitarios públicos, el Decreto del 78 va a abrir un nuevo rumbo institucional en la formación psiquiátrica al utilizar toda la capacidad docente de la nueva red asistencial existente en España, fruto del desarrollo económico y de las nuevas exigencias sociales de los 60. El despegue de la economía española había dado contenido real a la Ley de Hospitales de 1962 con el desarrollo de la red hospitalaria de la Seguridad Social y la aparición de los primeros médicos internos y residentes dignos de tal nombre dentro de la misma.

La primera convocatoria oficial MIR de nivel nacional, de acuerdo al decreto del 78, se llevará a cabo en 1979, continuando desde entonces dichas convocatorias hasta la actualidad.

5. CRONOLOGÍA NORMATIVA DE LA FORMACIÓN POSTGRADUADA DURANTE LA TRANSICIÓN

1. Antecedentes

1. Ley de 21 de julio de 1962, sobre Hospitales. Establece las características asistenciales y docentes de los Centros.
2. Orden de 28/3/66 del Ministerio de Trabajo por la que se crean 500 puestos de trabajo para Médicos recién graduados dentro de las Residencias de la Seguridad Social.
3. Orden de 17/11/1966 del Ministerio de Trabajo sobre perfeccionamiento técnico de los médicos internos y residentes en instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Crea las categorías de Médicos Internos (2 años) y Médicos Residentes (3 años).

4. Decreto de 16/11/67 del Ministerio de Trabajo sobre asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El artículo 47 recoge las categorías de Médicos Internos y Residentes.
5. Orden de 3/9/1969 del Ministerio de Trabajo por la que se modifica y complementa la anterior de 17/11/66, relativa al perfeccionamiento técnico de los Médico Internos y Residentes en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Precisa el concepto de Médico postgraduado estableciendo dos categorías. Establece la selección de candidatos a través de la Comisión de admisión de cada Institución. Hace incompatible el trabajo como Médico postgraduado con cualquier otro puesto de trabajo. Establece una dotación económica en concepto de beca.
6. Orden de 24/6/1971 sobre situación de los Médicos Internos y Residentes de instituciones hospitalarias dependientes directamente del Ministerio de la Gobernación, de las Corporaciones Locales y de otras entidades tuteladas por aquél. [13] La Dirección General de Sanidad normaliza la situación jurídica de los Médicos internos y residentes de su propia red, de las Corporaciones locales y otras entidades tuteladas. Presenta matices diferenciadores en relación a la regulación del INP para sus propios Médicos internos y residentes.
7. Orden de 28/7/1971 del Ministerio de Trabajo por la que se dictan normas sobre los médicos internos y residentes de la Seguridad Social. Deben desarrollar su actividad en instituciones propias que cumplan requisitos mínimos para ser calificadas como docentes. Establece la primera convocatoria unificada de MIR para todas las instituciones del INP en respuesta a las reivindicaciones de la Coordinadora MIR, que venía exigiendo una selección unificada a nivel nacional, con un baremo transparente y contrato laboral [14]. Vincula al Médico postgraduado con la institución sanitaria mediante contrato anual renovable hasta un máximo de 4 años para los médicos residentes. Dicho contrato ha de contemplar la remuneración, el horario, la dedicación – que será completa y exclusiva -, el régimen disciplinario y las circunstancias para la rescisión del mismo. Aunque se oficializa la plaza de residente en los hospitales y los Médicos postgraduados son dados de alta en la Seguridad Social, el contrato seguirá sin tener carácter laboral. Las Comisiones de Edu-

13. En base a dicha regulación del Mº de Gobernación se convocaron por el PANAP plazas de residentes del H. Psiquiátrico de Leganés en diciembre de dicho año.
14. Dichas reivindicaciones no serán tomadas en cuenta hasta 1976.

cación Médica de cada Institución contarán con representación de los MIR, no así la Comisión Central de Admisión y Educación Médica.

8. Orden de 7/7/1972: Modifica el artículo 13 de la orden de 28.7.1971. referente a las remuneraciones y establece su revisión anual.

2. Período correspondiente a la transición (1973-79).

1. Orden de 7/10/76 del Ministerio de Trabajo por la que se modifica el *procedimiento de selección* de los médicos internos y residentes de la Seguridad Social, que estaba regulado por la orden de 28 de julio de 1971. Constará de dos fases. La 1ª consistirá en la aplicación de un test en todo el territorio nacional; la 2ª en la valoración de los méritos del aspirante en cada Institución (Comisión de Admisión con participación MIR) mediante un baremo. El contrato tendrá naturaleza laboral (art. 16).
2. En desarrollo del RD 1558/1977, de 4 de julio, por el que se habían reestructurado determinados órganos de la Administración Central del Estado se crea el *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*[15].
3. Orden de 9/12/77 del Mº de Sanidad y Seguridad Social por la que se unifica la formación de postgraduados en las instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros centros hospitalarios: Se integra así la formación de postgrado en el area pública. Regula también aspectos relativos a la valoración del expediente académico y al contrato laboral
4. *Real Decreto de julio de 1978 de especialidades médicas*. Aporta cambios muy significativos respecto de la filosofía de la antigua Ley de Especialidades:
   4.1. El lugar de formación serán las unidades asistenciales y servicios acreditados para la docencia postgraduada, pudiendo agruparse varios centros sanitarios para tal fin.

15. La aparición de un Ministerio de Sanidad se lleva a cabo con los gobiernos de Adolfo Suarez: empieza como Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (25-7-77 Æ 20-2-81), continúa como Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social (marzo-81 a diciembre del 81)y termina como Ministerio de Sanidad y Consumo (desde el 19/12/1981 hasta la actualidad), a partir del escándalo de la colza.

Termina así el monopolio que venían ejerciendo las Cátedras de psiquiatría a través de las Escuelas Profesionales de los Hospitales Clínicos[16].

4.2. El seguimiento de la formación se realizará a traves de una Comisión Nacional por especialidad (no a través de una Comisión Central única de marcado carácter político)[17].

4.3. La formación ya no se llevará a cabo como alumno de una escuela profesional, sino mediante un contrato laboral que vincula al MIR en tanto que profesional con la Institución durante su periodo formativo.

4.4. Propone una evaluación al final de la residencia previa a la obtención del título (que nunca se llevó a cabo)[18].

6. ¿CÓMO SE FORMABAN –Y CON QUÉ INFLUENCIAS – LOS NUEVOS PSIQUIATRAS DURANTE LA TRANSICIÓN?

Mientras se regulaba la formación a nivel institucional ¿cómo y donde se formaban los médicos que querían ser psiquiatras? ¿Qué ocurre dentro de la profesión durante este periodo en relación con la formación? ¿Qué papel van a jugar tanto el mundo académico como el mundo asistencial?

Son preguntas que hay que responder para poder entender cómo afectó la transición al campo de la formación psiquiátrica.

Fuera de los círculos académicos [19], la formación psiquiátrica seguía dependiendo, en gran medida, del esfuerzo personal, especialmen-

16. La organización práctica de la especialidad a través de las Escuelas profesionales había tenido siempre grandes limitaciones. En 1968, señalará Obiols Vié que "el régimen de trabajo en las Escuelas profesionales debe ser de tiempo completo. Este hecho plantea, sin embargo, problemas, dadas las estructuras actuales de la Universidad española. Lo ideal sería que todos *los alumnos* de una Escuela Profesional pudieran ser Internos del Servicio donde se forman. Pero la realidad es que la mayoría de *los aspirantes* tienen tareas que ir simultaneando...".
17. La primera Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría se constituye en 1979. Su presidente será Obiols Vié, catedrático de Psiquiatría de Barcelona y actuará de secretario Joaquín Santo Domingo, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Residencia Sanitaria La Paz de Madrid.
18. El posterior decreto del 84, actualmente vigente, introdujo un sistema de evaluación anual a cambio de eliminar la evaluación final que no se había llevado a cabo en todos esos años.
19. La psiquiatría española que se configura durante la dictadura es, principalmente, psiquiatría académica y sus líderes constituyen la "Generación de las Cátedras Universitarias". En 1947, Juan Antonio Vallejo Najera, psiquiatra militar que había sido responsable de los servicios de psiquiatría durante la guerra civil en la zona nacional, obtendrá la primera cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense en una disputada contienda con Juan José López Ibor. A partir de este momento se irán dotando, con cuentagotas, las cátedras restantes.

te entre el colectivo de nuevos profesionales implicados tanto en la mejora de una red psiquiátrica abandonada a su suerte como en el proceso general de democratización del pais.

Esa doble condición que define una formación vocacional con componentes autodidactas junto a un compromiso por el cambio de la sociedad española y sus instituciones sanitarias va a caracterizar a la generación de profesionales que crecimos en este período de acelerados cambios políticos. De ahí, el grado de desinterés existente por la psiquiatría oficial que se había consolidado durante la dictadura[20] y la falta de ilusión y ausencia de confianza en sus principales líderes. [21]

Los movimientos (y enfrentamientos) dentro de la profesión van a girar en torno a varios ejes:

1. Las cátedras de psiquiatría frente a los hospitales psiquiátricos. El colectivo que se había ido creando durante años en torno a las Cátedras de psiquiatría y los hospitales universitarios mantendrá su solidez institucional y apoyo mutuo sufriendo pocos vaivenes al amparo de la institución universitaria y de su discreta actuación durante la transición. [22]
2. Los cambios van a ser importantes, sin embargo, en la red psiquiátrica de las diputaciones provinciales, ayuntamientos y la propia AISNA, instituciones que van a desaparecer o serán objeto de profundas transformaciones vinculadas al cambio político y a la nueva organización del Estado que va a consagrar la Constitución.

20. Lo ocurrido en el Congreso de Valladolid está en esa sintonía: completo desinterés por los desarrollos propios del Congreso (ponencias, comunicaciones), que son tildados de "académicos" en favor de un guión centrado en la transformación de las condiciones profesionales y de los enfermos, con el conflicto del Instituto Mental de Santa Cruz y San Pablo como paisaje de fondo. Ante la urgencia de humanizar y transformar los manicomios y consolidar las condiciones de los MIR, cualquier otra discusión podía ser puesta en cuarentena. Igual sentido pudiera tener el gran entusiasmo del momento por cuanto sonara a psicoanálisis y el desprecio y desprestigio de los desarrollos de la fenomenología clínica en el ejercicio profesional. Las jornadas anuales que lleva a cabo la Asociación los dos años siguientes al Congreso de Sevilla se centrarán, precisamente, en el psicoanálisis (1978) y la psiquiatría comunitaria (1979).
21. Esta generación no se va a reconocer en las principales figuras de la psiquiatría académica, no va a sentirles como sus maestros. De ahí su mirada hacia el exterior (Francia, Inglaterra, Italia) y hacia los psiquiatras anteriores a la guerra civil, no tanto por sus orientaciones teóricas cuanto por su actitud cívica e interés demostrado por los aspectos vinculados a la asistencia psiquiátrica y a la atención del enfermo mental.
22. Lo que no impidió que miembros del colectivo vinculado a los Hospitales Clínicos y de la Seguridad Social intentara impulsar durante el gobierno de la UCD una reforma de la asistencia psiquiátrica: en 1977 se crea dentro del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social una "Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica" de la que no hay constancia sobre sus efectos prácticos.

3. Mientras que la cultura psiquiátrica tradicional de las Diputaciones Provinciales se rompe durante la transición en favor de una nueva ideología de sesgo comunitario, la institución universitaria continuará su camino preparándose para los nuevos tiempos [23] .
4. Las distintas orientaciones teóricas existentes en referencia a la práctica profesional. Entre ellas:
   4.1. Orientación fenomenológica-biológica-farmacopsiquiátrica, consolidada principalmente en el sector académico
   4.2. Orientación psicoanalítica-psicodinámica, que va a vivir su momento más dulce entre los nuevos profesionales
   4.3. Movimientos de orientación comunitaria y antiinstitucional (antipsiquiatría), por último, más implicados en los cambios asistenciales e institucionales
5. Igualmente, habría que considerar las diferentes posiciones e intereses reflejadas en las revistas de la especialidad, en gran parte vinculadas a las Cátedras de Psiquiatría (Actas Lusoespañolas [24] , Revista de Psiquiatría y Psicología Médica[25] I, Archivos de Neurobiología, Folia Neuropsiquiátrica, Informaciones psiquiátricas, Revista del Departamento de Psiquiatría, Clínica y Análisis Grupal, etc.), los libros publicados en esos años [26] y las múltiples actividades de las sociedades científicas (Congresos, Jornadas y Asambleas de la Sociedad Española de Psiquiatría -López Ibor-, AEN, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia -Rof Carballo-, Grupo para el progreso de la Psiquiatría -López Ibor-, Asociación Mediterranea de Psiquiatría y Sociedad hispano-luso-americana de psiquiatría -Ruiz Ruiz-, PANAP, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica –Obiols-, etc) y de otros colectivos también interesados en aspectos de la formación en salud mental (Grupo Argibide -Muñoz, Baca, Vazquez Barquero-, Grupo Quipú –Caparrós-, Grupo psicoanalítico -Rallo, Cruz Roche-, etc.).

23. Desde 1979, profesores de los distintos Departamentos Universitarios de Psiquiatría y Psicología médica van a llevar a cabo varios Talleres pedagógicos auspiciados por la OMS para fijar los objetivos formativos de sus disciplinas para el pregrado y el postgrado, con vistas a los cambios en los Planes de estudio. Como conclusión de estos Talleres realizarán en 1980 y en Madrid un Symposium sobre "Formación y educación en psiquiatría".
24. Fundadas con el nombre de *Actas de psiquiatría y neurología* en 1940 por J.J. López Ibor
25. Iniciadas en 1952 en la Cátedra de Psiquiatría de Barcelona por R.Sarró
26. Ver, más adelante, el anexo 2

6. Por último, las actuaciones públicas y el nivel de reconocimiento social y profesional de sus principales representantes [27]. En relación con los liderazgos del momento, los homenajes llevados a cabo en esos años dentro de la profesión suelen estar relacionados con la conclusión de una carrera académica e, incluso, con la defunción del homenajeado [28]. Más significación va a tener, a mi juicio, la recuperación de nombres ilustres de la psiquiatría española de la república y del exilio exterior e interior, inicialmente silenciados por la psiquiatría oficial y que van a recuperar gran relevancia, especialmente entre sectores profesionales no comprometidos con el franquismo. Entre ellos merece la pena recordar, al menos, a dos nombres especialmente representativos por lo que significaron para la escuela catalana y la escuela de Madrid en la psiquiatría española anterior a la guerra: Emilio Mira y López y Gonzalo Rodríguez Lafora.

Mira y López será recordado por el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Barcelona (siendo catedrático Obiols Vie) a quien dedicarán el primer número de la Revista del Departamento. Dicho recordatorio llegaba, sin embargo, en 1973, nueve años después de su muerte en el exilio.

En cuanto a Gonzalo Rodríguez Lafora, será objeto, ya en el último período de su vida, de sucesivos homenajes y estudios que han continuado casi hasta la actualidad [29], debiéndose recordar muy especialmente el libro de su discípulo y amigo Luis Valenciano: El doctor Lafora y su época (1978) así como la nota necrológica escrita por el mismo autor para la Revista de Psicología General y Aplicada.

Otros nombres como Angel Garma, Luis Martín Santos, Sanchís Banús y Nicolás Achúcarro, también serán objeto de diferentes artículos y recuerdos en estos años.

27. Tanto J.J.López Ibor (1907-1991) como su hijo J.J. López Ibor Aliño, en momentos históricos sucesivos, jugarán un importante papel en la institucionalización y consolidación de la psiquiatría académica española que, iniciada con posterioridad a la conclusión de la guerra civil, llegará hasta nuestros días manteniendo su influencia ideológica, política e institucional. Considerando la compleja evolución de la psiquiatría española a lo largo de la dictadura, adquieren un significado especial para poder comprenderla nombres como los de Carlos Castilla, José Rallo, Juan Obiols, Luis Valenciano y algunos otros.
28. Jerónimo Molina Núñez y Jose Mª Villacián (1973), Luis Rojas Ballesteros (1974), Manuel Cabaleiro Goas y Jose Antonio Escudero Valverde (1977)
29. En diciembre de 1986 se llevó a cabo un homenaje al Dr. Lafora organizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas donde se juntaron antiguos y nuevos psiquiatras e historiadores en torno a su figura (Lain Entralgo, Diego Gutierrez, Castilla del Pino, Fernanda Monasterio, Valentín Corcés, Manuel Desviat, Antonio Espino, Enrique González Duro, Rafael Huertas, Fernando Alvarez-Uría y Jose Luis Peset, entre otros)

ANEXO 1. Algunos acontecimientos políticos, sanitarios, docentes y psiquiátricos ocurridos entre 1973 y 1979.

ACONTECIMIENTOS POLÍTICOS	ACONTECIMIENTOS POLÍTICO-SANITARIOS	ACONTECIMIENTOS FORMATIVOS	ACONTECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- 20.12.73. Asesinato de Carrero Blanco, Presidente de Gobierno.	- 1973. Primer gran conflicto MIR a nivel nacional	- 1973. Informe del Comité de expertos de la OMS sobre planificación de programas para la enseñanza de la medicina. Ginebra, 9/1973. - 1973. 2º Congreso Nacional de Hospitales. Se consolida el papel del MIR dentro del hospital	- Nacimiento de la Coordinadora psiquiátrica (1972 a 1977) - XII Congreso Nacional de la AEN de Valladolid (10/1973). Una de las mesas redondas lleva por título «Psiquiatría institucional y antipsiquiatría» (Obiols, Guimón, Soria, Caparros, etc). - XII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia en Granada. (12/73) sobre «Psicopatología de la sexualidad y Control de la natalidad» - Reunión de expertos en nosología psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Málaga, 1973
- enero del 74: Arias, Presidente de gobierno - 12.2.74. Discurso de Arias en Las Cortes. - 7.74. Se crea la Junta democrática en París (PCE) - 9.7.74. Franco es hospitalizado para tratar su tromboflebitis	- Sigue el conflicto MIR (1974). El INP pide el certificado de buena conducta. - 30.5.74. Ley General de la seguridad social, texto refundido aprobado por Decreto	- OMS. Informe del Comité de expertos en salud mental. Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de salud mental. Ginebra, 1974	- 1974. Conflicto psiquiátrico de Conxo - 31.7.74. Se crea la Asociación denominada «Grupo para el progreso de la Psiquiatría» promovida por J.J. López Ibor - IV Congreso de la Asociación Mediterranea de Psiquiatría. Peñíscola, 1974
- 11-13/10/ 1974. Refundación del PSOE (Congreso de Suresnes) - 24.10.74. Destitución de Pío Cabanillas, Ministro de Información	- 1974. Fallidos intentos de negociación de la Coordinadora MIR con el INP		

ACONTECIMIENTOS POLÍTICOS	ACONTECIMIENTOS POLÍTICO-SANITARIOS	ACONTECIMIENTOS FORMATIVOS	ACONTECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- VI/ 75. Se crea la asociación política Unión del Pueblo Español (UDPE) promovida y presidida por A.Suárez. - VII/ 1975. Se crea la Plataforma de Convergencia Democrática (PSOE)	- Junio 1975: Nueva huelga de los MIR a favor del contrato laboral en prácticas.		- Congreso de Mérida de la AEN (9/75). Una de las ponencias lleva por título » Psiquiatría y comunidad» (Montoya, Ruiz Ogara, Ruiz Ruiz)
- 20.11. 1975. Muerte de Franco y coronación de D. Juan Carlos como rey.	- 1975. Se crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria.		
- 1.7.76. Dimite Arias Navarro - 5.7. 76. Adolfo Suarez, Presidente de Gobierno - Julio del 76. El Jefe del Estado renuncia al privilegio de presentación de obispos, vigente en el Concordato. - 23-10.76. Se constituye la «Platajunta»		- Orden del 7.10.76 del Mº de Trabajo. Modifica el procedimiento de selección MIR de la Orden de 28/7/71	- 1976. Jornadas Nacionales de Asistencia Psiquiatrica en Valladolid: «Estructuras extrahospitalarias actuales» (Montoya Rico)

ACONTECIMIENTOS POLÍTICOS	ACONTECIMIENTOS POLÍTICO-SANITARIOS	ACONTECIMIENTOS FORMATIVOS	ACONTECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- febrero. 77: Comienza la legalización de los partidos políticos - marzo.77: reunión de dirigentes de partidos eurocomunistas en Madrid. - 9.4.1977. Legalización del PCE			- 1977. Jubilación de J.J.López Ibor. Le sustituye en la cátedra de Psiquiatría de la Complutense Alonso Fernández.
- 15.6.77. Primeras elecciones democráticas a Cortes	- 25.7.77. Se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social	- Orden de 9/12/77 del Mº de Sanidad y SS. Regula la formación de postgraduados	- 1977. Se crea la Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social). - Mayo, 77. XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona (Se presenta un Panel sobre Formación del Psiquiatra) - XX Reunión de la Sociedad española de neuropsiquiatría infantil. Pamplona, 1977 - Octubre,77. XIV Congreso Nacional de la AEN. Sevilla. 1977 - VI Congreso mundial de Psiquiatría. Honolulu. (Verano del 77). - 10/77: El médico ante la tortura (Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia) - XII/77: Conferencia de R.Laing en Madrid

ACONTECIMIENTOS POLÍTICOS	ACONTECIMIENTOS POLÍTICO-SANITARIOS	ACONTECIMIENTOS FORMATIVOS	ACONTECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- 6.12.78. Aprobación en referendum de la Constitución española		- Real decreto de especialidades médicas de 15.7.1978. - OMS. Introducción a la preparación de Planes de estudios de Medicina basados en la competencia. Ginebra, 1978	- 1978. Sale el Boletín de la AEN - 1978. Jornadas anuales de la AEN en Barcelona sobre «Psiquiatría y psicoanálisis». - 1978. «Psiquiatría democrática en Madrid» - 1978. I Congreso Ibero Americano de Psiquiatría. Monográfico sobre «Psiquiatría Social». - II Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica. 1978. (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica)
- 1/79. Nuevos acuerdos entre el Estado Español y la Santa Sede - 3/79. Nuevas elecciones generales - 5.6.79. Elecciones a las corporaciones locales		- 1979. Primera convocatoria MIR unificada a nivel nacional - Se crea la Comisión Nacional de la especialidad de Psiquiatría. - Plan de formación de médicos especialistas en Psiquiatría. Madrid, 79. Mº Sanidad y Consumo	- 1979. Jornadas anuales de la AENen Talavera de la Reina sobre «Psiquiatría comunitaria» - XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Granada, marzo, 1979 - VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Diputación Foral de Navarra. Pamplona, 1979 - Talleres pedagógicos para fijar los objetivos formativos durante el pregrado y el postgrado (Departamentos Universitarios de Psiquiatría y Psicología Médica)

ANEXO 2. Referencias escogidas entre las aparecidas en España durante la transición (1973-79) [30]

Antecedentes

- Hernando Avendaño, L. «El hospital docente». *Tribuna Médica*. (12/6/1970)
- Rojo Fernández,V. «Los hospitales españoles y las necesidades de internados rotatorios». *Tribuna Médica*. (12/6/1970)
- Alonso Lej, F. y Pedrosa, C.S. «La formación de posgraduados en España». *Cuadernos para el diálogo*. Número extraordinario. Mayo, 1970
- Fernandez, S.; Frieyro, E.; Ibarra, F.; Paisán, L.Mª.; González, D. «La continuidad laboral de los médicos residentes». *Cuadernos para el diálogo*. Nº extraordinario. Mayo, 1970
- Laín Entralgo, P. (ed.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1971-1975

Años 1973 a 1979

Año 1973

- Laín Entralgo, P. *La medicina actual*. Madrid, Ed. Hora H., 1973
- «Monográfico. Mira y López». *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1. 1973
- Sarró, R. «Misiones fundamentales de las sociedades de psiquiatría». *Revista de psiquiatría y psicología médica*. Barcelona, 1973
- López Ibor, J.J. *De la noche oscura a la angustia*. Ed. Rialp. Madrid, 1973
- López Ibor, J.J. «La psiquiatría en la encrucijada. Editorial». *Actas Luso-españolas*, 1973 VII-VIII
- López Ibor Aliño, J.J. y Ayuso, J.L. «La psiquiatría y el internado rotativo». *Actas Luso-españolas*, 1973 VII-VIII
- López Ibor Aliño y Ayuso, J.L. «Una nueva forma de iatrogenia: los abusos de la hospitalización psiquiátrica en el Hospital General». *Actas luso-españolas*, 1973 VII-VIII
- Sarró, R. «Misiones fundamentales de las sociedades de psiquiatría». *Revista de Psiquiatría y psicología médica de Europa y América Latina,* 1973
- Rojo, V. «Consideraciones sobre la formación del especialista en medicina psicosomática». *Rev. Psiq. y Psicol. Méd. De Europa y América Latina*, 1973
- Monedero, C. *Psicopatología General*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973
- Cabaleiro Goas. *El camino hacia una psiquiatría antropológica*. 1973
- Soria, J. y Santo Domingo, J. «Aspectos psiquiátricos de la práctica médica en el Hospital general». PANAP. Ciudad Sanitaria La Paz, junio de 1973.
- Cooper, B. y Morgan, H.G. *Epidemiología psiquiátrica*. PANAP (Madrid, 1973)
- Obiols, J. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona, Salvat, 1973
- Rof Carballo. *El hombre como encuentro*. Madrid, Alfaguara, 1973
- Exma. Diputación de Vizcaya. *Mesa redonda sobre depresiones*. Barcelona, Lab. Sandoz, 1973

30. He utilizado junto a la documentación que conservo de esos años, el Catálogo general de la Biblioteca del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias en su edición de 1985 y la Historiografía de la psiquiatría española de Lázaro y Bujosa (Madrid, 2000).

- Coullaut, R., Mendigutia y otros. *Psicofarmacología de la depresión*. Madrid, Paz Montalvo, 2ª ed., 1973
- Garma, A. *El dolor de cabeza*. Buenos Aires, Piados, 2ª ed., 1973
- Liberman, R. P. *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Barcelona, Fontanella, 1973
- De Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona, Toray-Masson, 1973
- Fenichel, O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Piados, 1973
- Clark, D.H. *Psiquiatría administrativa*. Buenos aires, Nueva Visión, 1973
- Sedgwick, P., Laing, R. *Antipsiquiatría y contracultura*. Madrid, Fundamentos, 1973
- Laing y Cooper. *Razón y violencia*. Buenos Aires, Piados, 1973

Año 1974

- Rosen, G. *Locura y sociedad. Sociología de la enfermedad mental*. Madrid, Alianza Universidad, 1974
- Dorner, K. *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Madrid, Taurus, 1974
- Peset, M. y Peset, J.L. *La universidad española. Siglos XVIII y XIX*. Madrid, Ed. Taurus, 1974
- Garma, A. »Mis investigaciones psicoanalíticas originales en el transcurso de cuarenta y cinco años». *Revista Argentina de Psicoanálisis*. Buenos Aires, 1974
- López Ibor, J.J. *El cuerpo y la corporalidad*. 1974
- Royo Villanova, R. «Formación médica y formación política». *Revista Medicamenta*. Madrid, 1974
- Mezquita, J. «El hospital psiquiátrico y los centros intermedios» *Archivos de neurobiología*, 1974
- Claramunt, F. *Psiquiatría y asistencia social*. Madrid, Euroamérica, 4ª ed., 1974
- Valdés, M. *La confusión de los psiquiatras*. Barcelona, Ed. Espax, 1974
- Alonso Fernández, F. *Psiquiatría sociológica*. Madrid, Paz Montalvo, 1974
- Polaino Lorente, A. y Narbona, J. *Pequeña historia de la asistencia psiquiátrica sevillana*. Sevilla. Diputación Provincial. 1974
- Rodríguez Arias, B. «La Asociación española de Neuropsiquiatras (que se llama hoy de Neuropsiquiatría)». *Anales de Medicina y Cirugía*, 54. 1974
- Valenciano Galla, L. «Las polémicas periodísticas del doctor Lafora». *Archivos de Neurobiología*, 36. 1973-74
- Valenciano Galla, L. «Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña». *Revista de Psicología general y aplicada*, 29. 1974
- Valenciano Galla, L. «Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971)». *Revista de Psicología general y aplicada*, 29. 1974
- Barton, R. *La neurosis institucional*. Madrid, Paz Montalvo, 1974
- Laing, R.D. *El yo dividido*. México, FCE, 1974
- Laing, R.D. *El yo y los otros*. México, FCE, 1974
- Slater, E. y Cowie, V. *Genética de los trastornos mentales*, Barcelona, Salvat, 1974

Año 1975

- Borasteros, C. «Los postgraduados», En: VVAA, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ed. Ayuso, 1975
- González Duro, E. *La asistencia psiquiátrica en España*. Madrid, Ed. Castellote, 1975
- Acarín, N. y otros. *La sanidad, hoy. Apuntes críticos y una alternativa*. Barcelona, Ed. Avance, 1975
- Foudraine, J. *Un psiquiatra en busca de su profesión*. Barcelona, Ed. Península, 1975
- López Ibor, J.J. *Freud y sus ocultos dioses*. 1975
- López Ibor, J.J. *La medicina como poder*. 1975
- López Ibor Aliño, J.J. *La psiquiatría, hoy*. Barcelona, Ed. Toray, 1975
- Martín Santos, L. *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Barcelona, Seix Barral, Reed. 1975 (Prólogo de Carlos Castilla: «La obra psiquiátrica de Luis Martín Santos»)
- Pinillos, J.L. *Principios de psicología*. Madrid, Alianza Editorial, 1975
- Perez Espejo, M.A. «La asistencia psiquiátrica en España desde 1940 hasta la actualidad a través de la literatura periódica médica española». *IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Actas*. Universidad de Granada. 1975
- Lafora, G.R. *Don Juan, los milagros y otros ensayos* (Prólogo de L.Valenciano Gayá a la Reed. de 1975). Madrid, Alianza, I-XIV, 1975
- Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, Descleé de Brouwer, 1975
- Basaglia, F. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona, Barral, 1975
- Laing, R. *Hacia la locura*. Madrid, Ayuso, 1975

Año 1976

- Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México, FCE, 2ª Ed., 1976
- Basaglia, F. *¿Qué es la psiquiatría?* Barcelona, Ed. Guadarrama, 1976
- Bercovitz, R. *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid, Taurus, 1976.
- Mannoni, M. *El psiquiatra, «su loco» y el psicoanálisis*. Ed. Siglo XXI, 1976
- De Miguel, J. *La reforma sanitaria en españa*. Madrid, Ed. Cambio 16, 1976
- López Ibor Aliño, J.J. *Los equivalentes depresivos*. 1976
- Ayuso, J.L. y Calvé, A. *La psiquiatría en el hospital general* . Madrid, Paz Montalvo, 1976
- Colodrón, A. *De la enfermedad como respuesta*. Madrid, Ed. Ayuso, 1976
- Martí-Tusquets. *Psiquiatría social*. Barcelona, Ed. Herder, 1976
- Ruiz Ogara. *Manual de psicología médica y psicopatología*. Barcelona, Toray, 1976
- Guimón y Rojas Marcos. «Psiquiatría de comunidad. Una visión crítica». *Archivos de Neurobiología*, 1976
- Fábregas y Calafat. *La política de la psiquiatría. Hablando con Laing*. 1976
- OMS. *Esquizofrenia: Un estudio multinacional*. Ginebra, 1976
- J.A.Vallejo Nágera. *Introducción a la psiquiatría*. Madrid, Científico Médica, 8ª ed., 1976
- Obiols Vie, J. *I Jornadas de pintura psiquiátrica de Cataluña*. Sandoz, Barcelona, 1976

- Rof Carballo, J. *La familia, diálogo recuperable*. Madrid, Karpo, 1976
- Díaz Ferrón, E. «Sanchís Banús y su tiempo». *Archivos de Neurobiología*, 39. 1976
- Espino, A. «La reforma de la legislación psiquiátrica en la IIª República: su influencia asistencial». Facultad de Medicina. Universidad Complutense. 1976
- Rodríguez Arias, B. «Bodas de oro de una asociación que imaginé y fundé con otros». *Anales de Medicina y Cirugía*, 56. 1976
- Sanchez Omiso, M.E. *Los centros de diagnóstico i orientación terapéutica*. Madrid, PANAP, 1976
- Haley y Hoffman. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

Año 1977

- Valenciano, L. *El doctor Lafora y su época*. Madrid, Ed. Morata, 1977
- Espino, A. «La psicofarmacología en las psicosis. Una interpretación histórica». *Clínica y Analisis Grupal*, 1977
- Germain, J. *Manual de psicología*. Madrid, Ed. Morata, 1977
- Guimón y cols. «Reflexiones sobre la formación del residente en Psiquiatría en nuestro ambiente». *Gaceta Médica de Bilbao*, 1977
- Castilla, C. «La psiquiatría española (1939-1975)», En: Castellet y otros, *La cultura bajo el franquismo*. Barcelona, Ed. De Bolsillo, 1977
- Castilla, C. *Discurso de Onofre*. Barcelona, Península, 1977
- López Ibor, J.J. «Psiquiatría europea y psiquiatría americana». *Actas Luso-españolas*, Vol.5, nº5. 1977
- López Ibor, J.J. *La revolución sexual*. 1977. (Último libro publicado).
- Cano, J.F.; Castelló, A.; Jou, J.M.; Roca, J. y Vallés, M. «El postgraduado en los hospitales: pasado, presente y futuro». *Revista Jano*. 1977
- Alonso Fernández. *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid, Ed. Paz Montalvo, 3ª ed., 1976-77 (1ª Ed., 1972)
- Mayer-Gross, Slater y Roth. *Clinical Psychiatry*. Londres, 3ª Ed., 1977
- Scharfetter, Ch. *Introducción a la psicopatología general*. Madrid, Morata, 1977
- González de Chavez. «La teoría en la alternativa psiquiátrica». *Clínica y análisis grupal,* 1977
- Jimeno Valdés. «La reforma de la psiquiatría en los sanatorios psiquiátricos». *Archivos de Neurobiología*, 1977
- Jimeno Valdés. «¿Reforma psiquiátrica a costa del paciente crónico?» *Archivos de Neurobiología*, 1977
- López Ibor Aliño, J.J. *Las depresiones*. Barcelona, Toray, 1977
- Vallejo Nájera, J.A. *Locos egregios*. Madrid, Dossat, 1977
- Kesselman, H. *Psicoterapia breve*. Madrid, Fundamentos, 1977
- Corcés, V. y otros. *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*. 1977
- González, E. *A siquiatria galega e Conxo*. Madrid, Ediciones do Rueiro, 1977
- Vitoria Ortiz, M. «Vida y obra del doctor Achúcarro». Bilbao. *La Gran Enciclopedia Vasca*. 1977
- Castel, R. *La gestión de los riesgos*. Barcelona, Anagrama, 1977
- Berlinguer, G. *Psiquiatría y poder*. Barcelona, Granica, 1977
- Jaspers, K. *Escritos psicopatológicos*. Madrid, Gredos, 1977
- Laing, R.D. *La política de la experiencia: el ave del paraíso*. Barcelona, Crítica, 1977

Año 1978

- Belloch, J.A. «El enfermo mental no delincuente. Ideología y praxis desde una perspectiva judicialista». *Clínica y análisis Grupal*, V-VI, 1978
- Martínez Pardo, F. *La neuropsiquiatría española vista a través de los Archivos de Neurobiología (1920-1972)*. Madrid, Ed. Garsi, 1978
- González Duro, E. *Psiquiatría y sociedad autoritaria. España, 1939-75*. Madrid, Ed. Akal, 1978
- Izquierdo, J.Mª. *Historia de la neurología clínica española (1882-1936)*. Madrid, Cátedra de Hª de la Medicina, 1978
- De Miguel, J. *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid, Colección Monografías nº4, 1978
- Castilla, C. *Introducción a la psiquiatría. Tomo I*. Madrid, Alianza Universidad, 1978
- Campos, J. «Formacio del Psiquiatra. Models teorico-practics. *Ponencia a las Jornadas de Psiquiatras de Cataluña*. Barcelona, mayo 1978
- Alonso Fernández. *Compendio de Psiquiatría*. Madrid, Ed. Oteo, 1978
- «Psiquiatría democrática en Madrid». *Clínica y análisis Grupal*, III-IV, 1978
- «Planes de asistencia psiquiátrica regionales. Editorial». *Archivos de neurobiología*.. Nº2, III-IV, 1978
- Tizón, J.L. *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, Ariel, 1978
- Rojas, E. *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona, Salvat Ed., 1978
- O.M.S. *Atención Primaria de Salud*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata (URSS). Ginebra-Nueva York, 1978
- X.García y E.González. *As institucions da locura en Galicia (Por unha nova Siquiatria*. Santiago, Minerva, 1978
- Rodríguez, E.L. «Apuntes para la historia de la neuropsiquiatría española», *Arbor.* 100. 1978
- Sarró Burbano, R. «Etapas de la psiquiatría española desde el renacimiento hasta los umbrales del siglo XIX», *Medicina e Historia*, (75), 1978
- Burgallo, M. y cols. *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*. 1978
- «Primeras Jornadas de sexología per a post-graduats». Sociedad Catalana de Sexología. Lab. Sandoz. Barcelona, 1978
- Rosen, J.N. *Psiquiatría psicoanalítica directa*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1978
- Gentis, R. *La tapia del manicomio*, Barcelona, Laia, 1978

Año 1979

- Varela, J. y Alvarez-Uría, F. *El cura Galeote asesino del obispo de Madrid-Alcalá*. Madrid, Ed. La Piqueta, 1979
- López Ibor, J.J. «Inflación del papel del psiquiatra. Editorial». *Actas luso-españolas*, Vol.2, nº6, 1979
- López Ibor, J.J. *Neurosis*. Madrid, Gredos, 1979
- Gracia, D. «Siglo y medio de Historia de la Medicina. Balance y perspectiva». Madrid, Universidad Complutense, 1979
- Coderch, J. *Psiquiatría dinámica*. Barcelona, Ed. Herder, 1975/1979
- Seva, A. *Psiquiatría clínica*. Barcelona, Espaxs, 1979
- «La psiquiatría, especialidad médica. Editorial». *Archivos de Neurobiología*. III-IV, 1979
- Alonso Fernandez (Ed.). *Bases psicosociales del alcoholismo*. Madrid, Garsi, 1979

- González Duro, E. *Consumo de drogas en España*. Madrid, Villalar, 1979
- Lab. Sandoz. *Experiencias de psiquiatría en la comunidad*. Symposium. La Coruña, 1979
- González de Rivera, J.L. *Catecolaminas*. Madrid, Roche, 1979
- González de Rivera, J.L. y otros. *Manual de Psiquiatría*. Madrid, Karpos, 1979
- Herrero Velasco, L. *Estados de ansiedad: Fisiología, Fisiopatología clínica y tratamiento*. Barcelona, Duna, 1979
- Lluis Varona, J. *Los libros españoles de psiquiatría (1901-1930). Inventario y estudio bibliométrico*. 1979
- García González, J. *Psiquiatría y cambio social. Análisis sociohistórico de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-72)*. Universidad de Granada. 1979
- Bayes, R. *Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto*. 1979
- Jervis, G. *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona, Siglo XXI, 1979
- Jervis, G. *Manual de Psiquiatría crítica*. Barcelona, Anagrama, 1979
- Winicot, D. W. *Realidad y juego*. Barcelona, Gedisa, 1979
- Campos Castello, J. y otros. *Niños difíciles*. Madrid, Karpos, 1979 Waser, G. *Los hipnóticos y sus diferentes mecanismos de acción*. Madrid, Roche, 1979

especializadas pero útiles en el proceso cotidiano de atención a personas con este tipo de problemas (incluyendo momentos diversos como son la evaluación, la intervención directa y la derivación a dispositivos y programas más especializados)

Todo ello sin pretender, obviamente, ir más allá de situar la utilidad, contenidos básicos y mecanismos generales de formación de profesionales que, estando especializados en salud mental, desarrollan en esta área de los servicios sanitarios una función que podemos calificar de «polivalente», es decir que no está exclusivamente centrada ni en la atención de personas con trastorno mental severo, ni en el desarrollo de programas de rehabilitación y apoyo social para las mismas.

2. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE REHABILITACIÓN, APOYO SOCIAL Y ATENCIÓN COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO[1]

Hablar de rehabilitación en salud mental significa, desde nuestro punto de vista, situarse en un terreno todavía bastante confuso e impreciso. Por un lado, porque el término dista, como luego veremos con más detalle, de ser unívoco, al igual que muchos otros términos conexos: atención comunitaria, «cronicidad», «espacio sociosanitario», etc.. Pero también porque con él hacemos referencia a un campo que podría definirse hoy, no solo en nuestro país pero claramente en lo que a este se refiere, más como «una serie de prácticas en busca de teoría», que como un cuerpo teórico coherente y consensuado (3). Prácticas que tienen, además entre nosotros y al igual que las más globales de la atención comunitaria, un grado de desarrollo todavía escaso y limitado a determinados ámbitos territoriales y con no pocas diferencias entre unas y otras experiencias (4-6). Considerada globalmente, esta situación tiene repercusiones negativas a la hora de consolidar los nada despreciables desarrollos de las últimas décadas, así como de extenderlos territorial y temporalmente, es decir, al conjunto del Estado y a las nuevas generaciones de profesionales.

De ahí el interés por organizar racionalmente la formación de los profesionales de salud mental en esos campos, pero ello es imposible sin un esfuerzo previo por fundamentar y desarrollar coherentemente sus bases teóricas y técnicas. Aunque una tarea de tal envergadura que-

1. Todo este apartado utiliza en gran medida y, en ocasiones de forma textual, material ya publicado por uno de nosotros (1,2), por lo que habitualmente obviaremos en el texto la cita o referencia concreta a esos trabajos previos.

Estas tres dimensiones, que se resumen en la trilogía «ciencia, tecnología, sociedad» con la que se conocen algunos de los enfoques actuales de la filosofía de la ciencia, deben tenerse en cuenta al analizar cualquier campo o sistema tecnológico y, por tanto, también el nuestro. Lo que, entre otras cosas implica revisar críticamente la consistencia de nuestros elementos teóricos y su concordancia con los conocimientos científicos actuales, evaluar sistemáticamente nuestras técnicas de intervención y considerar como una variable clave a los agentes (profesionales y no profesionales) que interactuamos para hacerlo posible. De ahí la importancia de la sistematización, la investigación empírica, la formación profesional y el debate teórico y técnico.

Esta consideración de nuestro campo de trabajo como tecnología, implica por otra parte entender que su desarrollo es resultado de una dinámica compleja, fruto de interacciones múltiples que pueden resumirse, simplificando mucho (11), en que, además de la causalidad lineal clásica , según la cual los avances del conocimiento científico generan nuevas técnicas de intervención, a la vez que tienen repercusiones sociales, también el desarrollo de técnicas de intervención tiene consecuencias sociales y epistemológicas y, más allá de ello, el propio desarrollo social repercute tanto sobre los conocimientos como sobre las intervenciones técnicas, favoreciendo o bloqueando selectivamente la aparición y/o desarrollo de terminados enfoques y procedimientos.

En concreto, en nuestro caso, y en consonancia con lo que acabamos de decir, el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y el desarrollo de tecnologías de atención comunitaria y, especialmente de rehabilitación, debe situarse en un contexto social de evolución hacia formas democráticas y de respeto de los derechos humanos de las personas, tal y como muestra la estrecha asociación histórica entre movimientos de cambio social y político y procesos de reforma psiquiátrica, en distintos lugares del mundo (5,15-17). A su vez, dichos cambios, que responden a veces a determinados «descubrimientos» o desarrollos técnicos (psicofarmacología, programas de rehabilitación psicosocial), inciden en la evolución tanto de los conocimientos teóricos como de las conceptualizaciones sociales con respecto a las personas con problemas mentales graves. Evoluciones y cambios que se refuerzan mutuamente y deben tenerse en cuenta, junto al papel de los agentes sociales (profesionales y ciudadanos) que los ponen en juego.

Aspecto que, como intentaremos mostrar algo más adelante, tiene implicaciones importantes a la hora tanto de entender los problemas de las personas con trastornos mentales severos, como de articular intervenciones y dispositivos que pretenden ayudarles a solucionarlos.

2.3. El concepto de «trastorno mental severo»

Este nuevo campo obliga, en nuestra opinión a redefinir algunos términos y sustituir otros que pueden prestarse a confusión. Así, con relación a las personas con las que trabajamos, parece conveniente ir eliminando el uso de términos como «cronicidad», «crónico» o similares (19,20), en la medida en que reflejan mal la complejidad de problemas a que hacen referencia, no permiten diferenciar distintos tipos de procesos que evolucionan de modo prolongado, y mantienen, además, bastante del carácter residual (al igual que su opuesto «agudo») del modelo de clasificación manicomial del que derivan no pocas de sus connotaciones (21). En ese sentido ganaríamos bastante sustituyéndolos por una descripción más adecuada de lo que define a dichas personas, desde nuestra perspectiva de trabajo. Si bien el término correcto debería ser entonces algo así como «personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades», cabría resumirlas con la referencia «Personas con trastorno mental severo y persistente» cada vez más usada en la literatura profesional[4].

Se trata de un grupo cuyas características lo hacen subsidiario de atención preferente por los servicios de salud mental (22), teniendo en cuenta la multiplicidad y gravedad de sus problemas, la existencia de intervenciones de efectividad razonable y su carácter crítico para la atención comunitaria, al ser el colectivo cuyas dificultades de atención pueden servir de coartada a los defensores del sistema tradicional. De hecho, cuando hablamos de «rehabilitación» en salud mental estamos, en la inmensa mayoría de los casos, haciendo referencia al mismo.

Hay también un consenso creciente (23) en las dimensiones a incluir en su definición, aunque siga existiendo bastante diversidad en los criterios concretos que se aplican en cada una de ellas, lo que, entre otras cosas, da lugar a diferencias sustanciales en las estimaciones de prevalencia [5]. Básicamente se suelen tener en cuenta tres:

1. El diagnóstico, incluyendo fundamentalmente Esquizofrenia y otras Psicosis delirantes (de hecho este es el grupo diagnóstico claramente mayoritario), Psicosis afectivas y algunos tipos de Trastornos graves de Personalidad.

4. Aunque el uso del término «severo», como traducción del ingles «*severe*» es criticado por algunos, que encuentran más adecuada la palabra «grave», pensamos que merece la pena utilizar el primero, que ha ido imponiéndose progresivamente.
5. A pesar de esa variabilidad suponen no menos del 15% del total de personas atendidas en un año por una red pública de servicios de salud mental (1,2) del tipo de las existentes en nuestro país.

2. Desde este enfoque, no podemos, lógicamente, seguir pensando en términos de «encierro», pero tampoco, de modo exclusivo o fundamental, en los de atención sanitaria. Más allá de esta, tenemos que pensar en la necesidad de un mucho más amplio conjunto de intervenciones y competencias, que incluyen distintos sectores administrativos y profesionales, pero también movimientos asociativos (entre otros de familiares y usuarios) y, en definitiva, agentes de la sociedad civil. Planteamiento que implica una mayor complejidad organizativa y un protagonismo compartido, que refleja bien el concepto de «red», a justo título incluido entre los aspectos definitorios de la atención comunitaria, como anteriormente hemos señalado.
3. En segundo lugar, el desarrollo de modelos operativos como el de «vulnerabilidad» (27) que permiten articular de modo razonable los conocimientos acumulados sobre el papel de distintos factores biopsicosociales en el surgimiento, evolución y posibilidades de intervención (25, 28 29), al menos sobre las personas con Esquizofrenia, subgrupo mayoritario, como ya hemos mencionado, dentro del de las que padecen trastornos mentales severos y persistentes.
4. Además de facilitar un esquema orientativo que sirve de guía para el desarrollo de nuevas investigaciones (30, 31), tiene importantes repercusiones a la hora de entender el papel de las distintas intervenciones. Así, la combinación de distintos factores biológicos, que parecen tener repercusiones cognitivas comunes (32), y precipitantes psicosociales del tipo de los acontecimientos vitales (31, 33) o los niveles de emoción expresada (31, 34, 35), en interacción con factores protectores (habilidades de manejo, redes sociales), indican líneas de intervención de efectividad razonable, a las que luego aludiremos.
5. También es importante la aplicación al campo de las personas con este tipo de problemas del grupo de conceptos relacionados con la dimensión de la «discapacidad» («deterioro», «discapacidad», «minusvalía»), elaborados en día por la OMS[7] como base para entender un grupo más amplio de problemas , trascendiendo los aspectos puramente médicos y enlazando con

6. Sin perder de vista que, tanto en el origen y manifestaciones concretas de la «enfermedad», como especialmente en las de la «discapacidad», juegan papeles importantes distintos tipos de factores psicosociales (21, 25,26).
7. Su reciente revisión (36) introduce enfoques y terminología novedosa, que contribuye a una mejor caracterización de los efectos de la discapacidad, adaptándose mejor a las características de esta población y eliminando algunos errores e insuficiencias del enfoque anterior (37)

momento de detenernos un poco en su análisis. En nuestra opinión una parte importante de las controversias y malentendidos que se plantean en algunas discusiones sobre el tema, derivan, en lo teórico y además de las importantes dosis de desconocimiento puro y simple con que todavía algunos lo siguen abordando, de la multiplicidad de sentidos que cabe darle al término. Sentidos con distinto nivel de generalidad e inclusión (3, 4, 41-46) y que quizás fuera útil ordenar, utilizando un esquema aplicado hace unos años por Hannu Vuori (47) al término «Atención Primaria de Salud»[9]. Aplicándolo a nuestro campo de trabajo, podemos entender el término «Rehabilitación», como referente de:

1. Una filosofía general (22), que intenta tanto entender de manera global los problemas de las personas con trastornos mentales severos, cuanto conceptualizar en consonancia los objetivos de su atención. Así, se consideran en términos de «desventaja social» (dificultades concretas que cada persona encuentra para manejarse en su medio habitual) y no solo de «enfermedad» y se orientan las intervenciones centrándolas no en la «curación» (signifique esto lo que signifique, desde el mero control de síntomas hasta la más completa reestructuración intrapsiquíca), sino en la consecución de la mayor capacidad posible para desenvolverse en su contexto social con el mínimo de dificultades. Objetivo al que evidentemente también pueden contribuir las «curaciones» o «mejorías clínicas».
2. Una estrategia (45), entre otras posibles, que pone el énfasis, como en el nivel anterior, en el trabajo con las capacidades-discapacidades de las personas (en definitiva con sus distintas habilidades y limitaciones y no con los síntomas, las lesiones anatomopatológicas o las dinámicas inconscientes), así como en su participación activa; estrategia que parece haber razones importantes para considerar especialmente adecuada para las personas con trastornos mentales severos de larga evolución. Tanto en este sentido como en el anterior, la Rehabilitación englobaría en la práctica el conjunto de las intervenciones, tanto sanitarias como sociales, siempre que partiesen de un enfoque global, que incluye a la persona con sus intereses, capacidades y problemas concretos, así como al contexto micro y macrosocial en que se desenvuelve.

9. Según Vuori el término «Atención Primaria de Salud» podía entenderse como una filosofía, una estrategia, un determinado nivel de cuidados y un conjunto de intervenciones o prestaciones concretas.

intervenciones, adaptadas en su composición, intensidad y duración, a las variables necesidades individuales de los usuarios (62, 63). Una sistematización posible de aquellas para las que existe un mayor consenso podría formularse como sigue:

1. Intervenciones directas con la persona con trastorno mental severo:
   1.1. Fármacos, lo que, en el caso de las personas con esquizofrenia, equivale a hablar fundamentalmente de neurolépticos tradicionales y «atípicos» (59)
   1.2. Apoyo personal continuado, prestado con diversas modalidades, de manera individual y/o en grupo, e incluyendo formas más estructuradas de psicoterapia y, en su caso, manejo institucional(62-65).
   1.3. Recuperación y/o desarrollo de habilidades personales (50,51), incluyendo básicamente áreas de autocuidados, manejo en la vida cotidiana, hábitos y relaciones sociales (22,42,60,66), así como educación básica (67) y orientación y formación laboral (68)
   1.4. Psicoeducación, incluyendo información sobre la enfermedad, sus dificultades y necesidades de atención (58)
   1.5. Rehabilitación cognitiva, intentando paliar los deficits específicos que afectan a este área (57,58)
   1.6. Y, con resultados cada vez más prometedores (69,70)), terapia cognitiva directamente enfocada a trabajar con síntomas positivos (alucinaciones y delirios)
2. Intervenciones con la familia y/o entorno social próximo:
   2.1. Psicoeducación familiar, incluyendo información, entrenamiento y apoyo personal, para reducir los niveles de emoción expresada en la interacción con el paciente (57,58)
3. Provisión de recursos «instrumentales»:
   3.1. Alojamientos con distinto grado de supervisión y apoyo (71,72)
   3.2. Actividad productiva y empleo (73,74),
   3.3. Interacción social y autoayuda, incluyendo distintas posibilidades de relación social (66) en distintos espacios generales o específicos, así como formas de autoorganización (75)
   3.4. Dinero, aspecto que, como soporte básico para la vida social, requiere poca justificación, especialmente en un colectivo con importantes niveles de pobreza (76)
   3.5. Y defensa jurídica y tutela, en los casos en que sea necesario.

sanitarios (77,78)), a su vez diferenciados a su vez en función de la duración (Unidades de corta estancia, Unidades de media y larga estancia de carácter activo (79)), o cobertura horaria (Hospitales y Programas de Día); son también habituales dispositivos específicos de rehabilitación (Centros de Día o Unidades de Rehabilitación), atención a urgencias, programas de gestión de casos (80), etc.

Pero, además de los dispositivos sanitarios hay todo un conjunto de servicios e intervenciones que, habitualmente y en nuestras sociedades, se sitúan administrativamente fuera del sistema sanitario. A este respecto, de nuevo aquí nos encontramos con alguna controversia de interés.

Dejando de lado algún aspecto terminológico en el que no podemos entrar sin alargar en exceso el texto[11], y considerando la provisión de lo que hace poco hemos llamado «recursos instrumentales», se trata de facilitar, a las personas con dificultades derivadas y/o «añadidas» a su enfermedad mental, distintos elementos de apoyo que contrarresten sus problemas y eliminen las barreras que bloquean su funcionamiento ciudadano. Y para ello es pertinente la discusión sobre si son necesarios recursos de apoyo social específicos para personas con trastorno mental severo o bastaría con utilizar los habitualmente disponibles en el campo de los servicios sociales[12], educativos, laborales, etc. En un planteamiento similar al que, en el sistema sanitario, está en la base de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, la insistencia en utilizar recursos generales de Servicios Sociales, Educación, Trabajo o Cultura, no implica en nuestra opinión negar la necesidad de programas, dispositivos y profesionales especializados, dentro de estos sectores de intervención, para personas con dificultades tan específicas como son aquellos con los que pretendemos trabajar[13]. Consideración que, más allá de los llamamientos o declaraciones de principio, más o menos

11. Desde el concepto de red tiene poco sentido hablar, por ejemplo, de «*estructuras intermedias*», expresión que tenía sentido cuando se partía del Hospital Psiquiátrico (81), unificando dispositivos de índole muy diferente (Hospitales de día, talleres, pisos, etc.) en la medida en que servían de puente entre el Hospital y «la comunidad». Y, por otra parte tampoco la expresión «*espacio sociosanitario*» tiene un uso claro y exento de riesgo: si se trata, como de hecho parece en algunos casos, de generar más bien un nuevo espacio para depositar lo que no se quiere ni en la red sanitaria ni en la social, y no de articular un espacio de colaboración entre dispositivos y agentes diversos, con formas de gestión variables. Ver referencias 1 y 2.
12. Y que son básicamente de dos tipos: «generales», es decir comunes a todo tipo de personas con carencias sociales, y «especializados», o lo que es lo mismo, *específicos* para determinados colectivos (personas mayores, personas con deficiencia mental, etc.), entre los que no se incluye habitualmente a personas con enfermedad mental por el peso histórico de los Hospitales Psiquiátricos.
13. En una gran parte de los casos para un uso transitorio, de mayor o menor duración. Pero muy probablemente, en otros, de manera permanente.

objeto de debate dos temas, uno el de la utilidad y riesgos de una actividad predominantemente ocupacional, que muchos rechazan pero que nosotros seguimos viendo como útil e imprescindible; y el otro, el del llamado «empleo protegido», entendiendo por tal la generación de estructuras específicas, de riesgos institucionalizadores sobradamente conocidos pero para el que algunas experiencias sobre «empresas sociales» parecen indicar alternativas viables (85,86), que, junto al empleo con apoyo en el medio ordinario, desarrollado fundamentalmente en el contexto americano (87), aparecen hoy como las perspectivas más prometedoras (73)

4. Programas individualizados de recuperación educativa, que permitan complementar las prestaciones del sistema general, en algunas personas que han tenido y tienen dificultades especiales en su formación (67).
5. Distintas posibilidades de desarrollar actividades de ocio y empleo del tiempo libre, utilizables cuando, al igual que los demás programas de apoyo social, no sea posible con carácter temporal o definitivo utilizar las posibilidades generales (66).
6. Actividad asociativa específica, tanto de familiares como de usuarios que, obviamente, debe ser autónoma con respecto a los distintos profesionales, pero que puede necesitar durante un tiempo variable algún tipo de apoyo (61,75).
7. Y, finalmente, disponibilidad de mecanismos tutelares que permitan hacerse cargo de la tutela jurídica de aquellas personas que deban ser incapacitadas legalmente, con todas las restricciones y controles que tal actividad necesita. Mecanismos que probablemente podrían ampliar su papel hacia una más global protección de los derechos de estas personas, limitando mucho el recurso a la tutela en sentido estricto.

2.8. Atención comunitaria y rehabilitación

Como conclusión y si revisamos este conjunto de servicios desde el punto de vista de la Rehabilitación, considerando los distintos sentidos que antes hemos contemplado en el uso del término, podemos afirmar que:

1. En sentido amplio (entendiéndola como una filosofía o una estrategia) la rehabilitación es coextensiva con la atención comunitaria a personas con trastorno mental severo. Lo cual quiere

aplicación directa de los mismos, sino también (y quizás fundamentalmente) el apoyo al desarrollo de este tipo de programas en el conjunto de la red.

8. Y, para que todo esto pueda funcionar, es necesario que se defina explícitamente tanto el marco general de intervención («Programa de Atención a personas con trastorno mental severo») de la red, cuanto su concreción personal para cada usuario («Programa individualizado de Atención comunitaria y rehabilitación»), incluyendo los mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, la discusión de casos, la coordinación y la formación y apoyo del personal más especializado.

3. LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN COMUNITARIA: DESTINATARIOS, CONTENIDOS Y METODOS

Desde el enfoque que hemos intentado resumir en los anteriores apartados, la formación en rehabilitación y apoyo social en salud mental, debe contemplarse a diferentes niveles, teniendo en cuenta las funciones que deben cumplir los profesionales que se adscriben a los mismos. A ese respecto habría que hacer referencia, básicamente, al menos a cuatro niveles funcionales:

1. El de los profesionales del sistema sanitario general, y muy especialmente los que trabajan en servicios de Atención Primaria, en la medida en que al igual que con otras personas con problemas de salud, deben intervenir para evaluar, atender y/o derivar a las que se ven afectadas por trastornos mentales severos (88).
2. El de los que trabajan en distintos servicios de apoyo social, específicamente dedicados a atender personas con este tipo de problemas, aunque ejerciendo con respecto a ellos funciones no sanitarias. Como vimos en su momento, además de facilitar lo que hemos denominado «recursos instrumentales», en bastantes casos desde ellos se pueden desarrollar actividades de rehabilitación (en el sentido de mejorar las capacidades y habilidades para la vida social) de bajo nivel de especialización, siempre en coordinación con el personal sanitario (1,2,72-74).
3. El que corresponde a la red especializada en salud mental y, en particular el de los profesionales que trabajan en el núcleo comunitario del sistema (Equipos, Unidades o Centros de salud

miciliaria y comunitaria. En relación con las personas con trastorno mental severo y persistente, les corresponden básicamente las funciones de:

1. Enlace y apoyo a la red de atención primaria de salud, contribuyendo a garantizar su capacidad de detección y seguimiento próximo e integral de dichas personas.
2. Recepción de aquellas que precisen atención especializada (prácticamente todas, al menos en determinados momentos de su evolución), incluyendo la evaluación de sus necesidades y el diseño de un plan individualizado de atención que incluya, en combinaciones variables, las distintas intervenciones de razonable efectividad.
3. Atención directa que se derive en cada caso de dicho plan personalizado, incluyendo no solo medicación y apoyo personal, con alguna modalidad más o menos reglada de psicoterapia, sino también intervenciones específicas incluidas dentro de lo que se suele considerar como «rehabilitación».
4. Derivación, en su caso y habitualmente de modo temporal, a otros dispositivos más especializados como son los de Hospitalización, Rehabilitación, Atención a drogodependientes, así como distintos recursos y programas de apoyo social.
5. Y establecimiento de mecanismos igualmente individualizados de seguimiento y control, con utilización en lo posible de programas de gestión de casos (con referente personal concreto para cada usuario)

En nuestro país estos equipos suelen ocuparse de un territorio relativamente poblado (en torno a las 80-100.000 personas) y atienden, a lo largo de un año, un número elevado de personas (92) (a modo de ejemplo, en Andalucía no menos de 1.200 personas por equipo), con diversos tipos de problemas, de los que entre el 15-20% pueden encuadrarse dentro de lo que hemos convenido en denominar «trastorno mental severo»(1). Suelen, además, funcionar en días laborables y horario de mañana, y no es habitual que sus componentes hayan tenido una formación muy amplia y coherente en temas de rehabilitación; por todo ello y aunque no dispongamos de información cuantitativamente precisa al respecto, parece razonable afirmar que la atención que dispensan a personas con este tipo de problemas se aleja bastante de lo que anteriormente hemos planteado, en términos de intervenciones de efectividad razonable. De hecho, la atención habitual de una persona con trastorno mental severo se suele reducir a medicación más o menos acertadamen-

La fijación de objetivos centrados en la funcionalidad social y la calidad de vida, y no tanto directamente en los síntomas, así como la atención preferente a expectativas, deseos y posibilidades concretas de la persona, son otras tantas dimensiones que incluyen componentes actitudinales no siempre presentes en los profesionales. Ello exige definir estrategias concretas e individualizadas, donde se tengan en cuenta los objetivos propios, el protagonismo y la capacidad de interlocución, la valoración de capacidades y dificultades concretas y la disposición a colaborar en programas integrados sanitarios y sociales (93). Con énfasis creciente, además, en intervenciones precoces que intenten prevenir el desarrollo de discapacidades funcionales y complicaciones sociales, en la medida de lo posible (94)

b) La adquisición de conocimientos sobre rehabilitación y apoyo social, tanto en el sentido de elementos teóricos que fundamentan la filosofía y estrategia rehabilitadoras, como en el de las posibilidades y condiciones de aplicabilidad de tecnologías rehabilitadoras concretas.

En lo que respecta al primer aspecto y en consonancia con lo anteriormente expuesto (1,2), se trata de incorporar, como base para el diseño de estrategias y programas individualizados de atención, conocimientos actualizados sobre lo que hemos denominado «nuevos modelos» o enfoques con respecto a las personas con trastorno mental severo. Así, los ya referidos modelos de «vulnerabilidad-estrés-capacidades de manejo» («vulnerability-stress-copping») como concreción en la Esquizofrenia de un más amplio modelo biopsicosocial, la articulación de dimensiones clínicas, de discapacidad y de barreras sociales (con el papel central del estigma), o el concepto de «recuperación» (con énfasis tanto en su posibilidad como en la participación activa de los directamente afectados por el problema)

Y en lo que respecta a lo segundo, actualizar información sobre las bases, procedimientos técnicos y utilidad de programas de rehabilitación «basados en la evidencia» (50,51,90,95,96), como son los de Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida cotidiana, basados en técnicas de modificación de conducta, los de rehabilitación cognitiva, los de Psicoeducación personal y familiar y los destinados a proveer de alojamiento, actividad y empleo, o a fomentar las relaciones y redes sociales así como la autoorganización.

Aspectos sobre los que hemos insistido en la primera parte de este texto, con las correspondientes referencias bibliográficas.

c) Finalmente, la formación debe incluir la capacitación para el *desarrollo práctico de determinadas técnicas de rehabilitación*, (habili-

1. El de la Formación básica o de pregrado que, en la gran mayoría de los casos (aunque con diferencias entre los distintos profesionales: más los Terapeutas Ocupacionales y los Psicólogos, por ejemplo, que los Médicos) no suele prestar demasiada atención a estos aspectos.
2. El de la Formación postgraduada o especializada, en aquellas profesiones que disponen de ella (MIR, PIR, EIR), incluyendo contenidos teóricos y rotación obligatoria por dispositivos de rehabilitación y apoyo social, aunque quedan bastantes problemas derivados de la escasez de este tipo de dispositivos y de las no siempre adecuadas actitudes de los profesionales de la red con respecto a ellos.
3. Y el de la Formación continuada en el Equipo y/o el Área de Salud, aspecto tampoco habitualmente muy desarrollado en la mayoría de los lugares, pero que tendría un papel muy importante en la actualidad, de cara a cambiar progresivamente la situación en línea con nuestras propuestas.

Para todo ello es necesaria la colaboración entre los distintos profesionales de la red, con un papel importante de aquellos que poseen algún tipo de especialización en el campo de la rehabilitación psicosocial. El intercambio de puntos de vista y conocimientos, desde posiciones abiertas al cambio de actitudes reciproco, condición básica para el crecimiento personal y de equipo (104), es un elemento a conseguir combinando tanto procesos generales (con un papel importante de las Asociaciones Profesionales, fundamentalmente AEN y Federación de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial) como locales, en las redes concretas al nivel de cada Área. Para lo que resulta por lo menos conveniente (además de para otras cosas) que sea el propio sistema sanitario el que, dentro de su red territorial de servicios especializados en salud mental, incluya dispositivos y personas específicamente entrenado en ese tipo de programas. Además de las correspondientes conexiones con programas de apoyo social (1,2) que, en nuestros contextos administrativos, parece razonable que dependan de estructuras no sanitarias.

17. López, M. «Bases de una nueva política en salud mental»; en García, Espino y Lara, (Ed).,1998: 29-39
18. Thornicroft, G. Y Szmukler, G. (Ed.).- Textbook of Community Psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 2001
19. López, M. «Realidades y proyectos en relación con los «nuevos crónicos». La experiencia de Andalucía.» En LABAD, A (coord.).- Els nous crònics en psiquiatría. Reus, Instituto Pere Mata., 1996: 145-161.
20. López, M., López, A. y Fernández, G. «La Organización de servicios para la atención comunitaria al paciente mental crónico»; en García, Espino y Lara (Ed),1998: 199-212..
21. Harding, M., Zubin, J. y Strauss, J. S. «Chronicity in Schizophrenia: fact, partial fact or artefact?». Hospital and Community Psychiatry, 1987, 38 (5): 477-486.
22. Shepherd, G. «Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica». En Aldaz y Vázquez, 1996: 1-22.
23. Ruggeri, M., Leese, M. y ots. «Definition and prevalence of severe and persistent mental illness». British Journal of Psychiatry, 2000, 177, 149-155.
24. Corrigan, P. W. y Penn, D. «Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness». J. of Mental Health, 1997, 6, 4:355- 366.
25. Ciompi, L. « Affect-logic: an integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia». Brit. J. Psych.1994, 164 (Supplement. 23): 51-55.
26. Wing, J. K. y Brown, G. B. Institutionalism and Schizophrenia. London, Cambridge University Press, 1970
27. Zubin, J y Spring, B. «Vulnerability: a new view of schizophrenia». Journal of Abnormal Pyhology, 86:103-126.
28. Ciompi, L. «The dynamics of complex biological-psychological systems: four fundamental psychobiological mediators in the long-term evolution of schizophrenia». Brit. J. Psych. 1989, 155 (Supplement. 5): 15-21
29. Zubin, J. «Suiting therapeutics intervention to the scientific models of aetiology». Brit. J. Psych., 1989, 155 (Supplem. 5): 9-14.
30. Murray, RM, Jones, PB y ots. (Ed). The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge, Cambridge University Press, 2003: 5-17.
31. Bromet, EJ, Dew, MA y Eaton, WW. «Epidemiology of psychosis with special reference to schizophrenia». En Tsuang, MT y Tohen, M (Ed).- Textbook in Psychiatric Epidemiology. 2 Edition, New York, Wiley and Sons, 2002: 365-388

47. Vuori, H. «Que es la Atención Primaria de Salud», Atención Primaria, 1983: 3-4.
48. Ferrara, F. A.; Acebal, E. y Paganini, J. M. Medicina de la comunidad. Buenos Aires, Intermédica, 1976.
49. Leavell, H. y Clark, E. C. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York, McGraw Hill, 1953.
50. Barton, R. «Psychosocial rehabilitation services in the Community Support Systems: a review of outcomes and policy recommendations»; Psychiatric Services, 1999, 50, 4, 525-534.
51. Mayoral, F. «Rehabilitación psicosocial. Hacia una práctica basada en la evidencia». En Rivas, F (Ed).- Las Psicosis en la comunidad. Madrid, AEN,.2000: 243-262.
52. Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (Ed.). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid, Siglo XXI, 1996.
53. Ancil, R. J., Holliday, S. y Higgenbttam, J. (Ed.). Schizophrenia. Exploring the spectrum of psychosis. Chichester, Wiley, 1994.
54. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. New York, APA, 1997.
55. Canadian Psychiatric Association. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. 1998, Sup. 2.
56. Mueser, K. T., Drake, R. E. y Bond, G. R.. «Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness». Harvard Review of Psychiatry, 1997, 5: 123-137.
57. Mueser, K. T., Bond, G. R y Drake, R. E. «El tratamiento comunitario de la esquizofrenia y otros trastornos mentales severos: resultados». En Lara, L y López, M, Op. Cit. (en prensa)
58. Penn, D. y Mueser, K. «Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia». Am. J. Psychiatry, 1996, 153: 607-617.
59. Rivas, F (Ed). Las Psicosis en la comunidad. Madrid, AEN, 2000.
60. Scott, J. E. y Dixon, L. B. - « Psychological interventions for Schizophrenia». Schiz. Bull., 1996, 21: 621-630.
61. U.S. Department of Health and Human Services.- Mental Health: A Report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health, 1999.
62. Alanen, Y. O. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. London, Karnack Books, 1997.
63. Fenton, W. S. «Involving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia». Schizophr. Bull. 2000, 26 (1): 47-72.

78. Mosher, L. «Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalisation: A personal and professional review». Journal of Nervous and mental Diseases, 1999, 187: 142-149.
79. Shepherd, G. «The ward-in-a-house: residential care for the severely disabled». J. of Mental Health, 1995, 31:53-69.
80. Hernández, M. «Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?.» En Rivas, 2000: 131-189.
81. García, J. y De las Heras, B. «Soportes para la convivencia y la integración social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades». En García y ots., 1998: 225-239.
82. López, M. y Lara, L. «La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión». En Leal, 1997: 149-168.
83. Lara, L y López, M. «La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía». En García, J, Espino, A y Lara, L (Ed), Op. Cit., 1998:213-224.
84. Ogilvie, R. J. «The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review». Psychiatric Rehabilitation Journal, 1997, 21 (2): 1222-131.
85. López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. «Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía». Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.,1998, XVIII, 68: 735-747.
86. López, M. y Laviana, M. «Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas». En García, J,, Espino, A y Lara, L (Ed), Op. Cit., 1998: 253-260.
87. Bond, G. R., Becker, D. R. y ots. «Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice». Psychiatric Services, 2001, 52 (3): 313-322.
88. Jenkins, R. Y Field, V. The Primary Care of Schizophrenia. London, HMSO. 2nd Ed, 1996.
89. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, 2002, Cuadernos Técnicos, nº 6.
90. Flexer, RW y Solomon, PL (Ed). Psychiatric rehabilitation in practice. Stoneham, Andover, 1993
91. Leff, J. (Ed). Care in the Community: Illusion or Reality?. London, Wiley & Sons, 1997.
92. Salvador-Carulla, L, Bulbena, A y ots. «La Salud Mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas». En Informe SESPAS 2002. Invertir en salud. Prioridades en Salud pública. Valencia, EVES, 2002:301-326.

tea, de forma ya muy clara, el establecimiento de un Area de capacitación Especifica de Psiquiatría infantil como una propuesta básica a desarrollar, exclusivamente, desde la especialidad de Psiquiatría y dentro del actual sistema MIR (5).

Para los PIR el programa de formación especializada comienza en 1993 con la primera convocatoria a nivel estatal. En el primer programa de la Especialidad en Psicología Clínica de 1996 (6), de tres años de duración y todavía en vigor, figura la formación teórica en Psicología Clínica Infanto-Juvenil y la rotación por programas o unidades de atención a niños y adolescentes. Entre los objetivos específicos a cumplir en el tercer año de rotación figura, desarrollar tratamientos e intervenciones clínicas con niños y adolescentes.

Como hemos visto los programas de las respectivas especialidades, elaborados por las Comisiones de Psiquiatría y Psicología Clínica, han planteado desde el principio y siguen haciéndolo en su actual revisión, un periodo de formación teórico en el campo de la infancia y de la adolescencia y unas rotaciones en programas o dispositivos específicos de atención a este periodo etario. Para los MIR en Psiquiatría este periodo actualmente esta fijado en 4 meses y para los PIR, recogiendo la experiencia de los programas autonómicos que comenzaron en 1983 y se desarrollaron hasta 1993, en 6. Es indudable que, estos periodos son totalmente insuficientes para obtener una formación que posibilite al especialista el conocimiento adecuado para la intervención en el campo de niños y adolescentes. Más insuficientes incluso para los MIR, ya que no solo cuentan con menos periodo de tiempo, sino que en la formación de pregrado en Medicina los temas dedicados a la psiquiatría de niños y adolescentes son mínimos. Estos periodos de rotación están concebidos por lo tanto, como una introducción que necesita mayor profundización para garantizar una especialización adecuada. Todos los profesionales que trabajan en el campo clínico de niños y adolescentes están de acuerdo en la necesidad de esta posterior especialización (2,7). El debate se plantea en el desarrollo y organización de esta formación dentro del sistema de residencia y los criterios y características que debe reunir. La línea que parece más trabajada y probable es el desarrollo de áreas de capacitación Especifica.

En Europa el tema también esta en debate y las diferencias entre ambas especialidades y con respecto a cada país europeo, son amplias y complejas. Están vinculadas a las distintas organizaciones de los sistemas sanitarios, a las diferencias en la formación pregrado y a las disparidades en la formación especializada.

La duración de la formación de los psiquiatras en Europa oscila entre 4 y 12 años. Esta diferencia se explica por la extensión variable,

den obtener títulos, certificados, diplomas, acreditaciones, etc., expedidos por universidades, colegios profesionales, sociedades científicas, ministerios de educación, etc (9).

En cuanto a la Psicología Clínica de niños y adolescentes en Europa el panorama es muy parecido. Las diferencias vienen marcadas, en primer lugar, por las variaciones en la formación pregrado, que en algunos países otorga un título general de psicólogo, en otros conlleva una especialización en los últimos años de la carrera y finalmente en otros es mixto (10). Bajo la denominación de Psicología Clínica se engloban formaciones muy diferentes. La línea que se esta intentando trabajar es la de un título de psicólogo generalista y después desarrollar especialidades de postgrado, entre las que estaría la de Psicología Clínica. Esta es la línea que impulsa la AEN. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPPA) esta intentando consensuar un diploma europeo único (11).

En segundo lugar la posterior especialización en Psicología Clínica y su reconocimiento en Europa se realiza de muy diversas formas. En algunos países hay sistemas de acreditación, de tipo informal en instituciones privadas, o bien de manera más formalizada, grados de doctor, masters o cursos de experto universitario. En otros la formación especializada esta mas estructurada y dividida en diferentes campos, entre ellos el de la Psicología Clínica y dentro de ella el área dedicada a niños y adolescentes (12).

En Italia, Alemania, Francia, Suecia y Holanda se contempla una especialización postgrado, entre tres y cinco años de duración, en el campo de niños y adolescentes, en la modalidad de cursos tipo master realizados en instituciones privadas vinculadas a la universidad, con una fuerte selección en las plazas. En otros países, como Suiza, la especialización se realiza en instituciones privadas de prestigio, exigiendo años de trabajo como asistente en servicios asistenciales, con formación teórica y supervisión regulados por asociaciones nacionales de psicólogos. En Portugal la especialización en Psicología Clínica dura tres años y dentro de ella hay un área de formación en clínica de niños y adolescentes, en un sistema de rotaciones que se podría considerar como un embrión del español. En Austria hay una especialización postgrado en Psicología Clínica regulada desde 1991. La formación teórica y practica dura alrededor de dos años, con un año al menos trabajando supervisadamente en un dispositivo de salud, aprobado por el Ministerio de salud, que debe realizar un informe de sus actividades de formación. En Inglaterra la especialidad de Psicología Clínica esta reconocida y los psicólogos clínicos trabajan en el sistema nacional de salud desde el año 2000. La Sociedad Británica de Psicología regula la

meses en total). Se contempla también el acceso a los pediatras con una formación previa en Psiquiatría de 18 meses (36 meses en total). El programa teórico debería incluir, entre otros temas: los trastornos del desarrollo y trastornos psicóticos, trastornos afectivos y de conducta, sindromes psicosomáticos, etc.; criterios psicodiagnosticos, intervenciones psicoterapéuticas, uso adecuado de psicofármacos y conocimientos basicos en Neurología, Neuropsicologia y psicosomatica.

A pesar de los esfuerzos realizados para elaborar un documento consensuado con la Comisión Nacional de Pediatría, en la actualidad el proceso esta paralizado por falta de acuerdo, ya que los pediatras sostienen que el ACE sea común para ambas especialidades, a pesar de la oposición de la Comisión de Psiquiatría y de las Asociaciones profesionales del campo infanto-juvenil, que la consideran exclusivamente en el ámbito de la especialidad de Psiquiatría.

En cuanto al ultimo borrador del ACE de Psicología Clínica de la infancia y la adolescencia del año 2000 (16) se concibe como una formación específica dentro de la Especialidad de Psicología Clínica, de 18 meses de duración, considerando como requisito la rotación por niños y adolescentes, del periodo opcional de 6 meses del actual programa. El programa teórico debería desarrollar entre otros los siguientes bloques temáticos: Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia, desarrollo psíquico, normal y patológico, relaciones familiares y entorno social, Psicopatología, psicodiagnóstico clínico, manejo de pruebas y tests psicológicos, tratamientos de psicoterapia y manejo de material de juego, psicofármacologia, hospitalización, etc.

Como decíamos al principio, la AEN ha estado interesada, desde hace años, en el desarrollo de la atención a la salud mental de niños y adolescentes y ha venido trabajando en la elaboración de criterios y documentos, para fundamentar la necesidad de clarificación y establecimiento oficial de la formación en este ámbito.

En las I jornadas de la Sección Infanto-Juvenil de 1985 (17), se planteaba ya la necesidad de una formación especifica de postgrado, para psiquiatras y psicólogos, dentro de la formación MIR y PIR, con acreditaciones específicas en los dispositivos de atención a la salud mental de niños y adolescentes. Posteriormente, en el informe que la Sección elaboró en 1998, sobre la situación de la atención y la formación en el campo de niños y adolescentes (18), se comprueba que, solo el 50% de los equipos tienen MIR y PIR en esta área y que la formación teórica es, además, más escasa que las rotaciones. Es decir, que 10 años mas tarde, el panorama sigue siendo bastante desolador, evidenciándose el incumplimiento de los programas de formación vigentes

La aplicación del sistema de formación de especialistas MIR y PIR ha sido un adelanto y una mejora incuestionable con respecto al sistema anterior, pero un aspecto clave para el cumplimiento de los programas es el control de calidad docente. En todos los congresos, reuniones y documentos, se pone de manifiesto la falta de control en la aplicación de los programas y las diferencias a veces abismales entre Unidades Docentes y Comunidades. Esta dificultad se enlaza al problema de controlar la calidad asistencial de los servicios. Es necesario por lo tanto una reforma en profundidad para mejorar el sistema de formación de especialistas. Debería ser el Ministerio de Sanidad el encargado de controlar el cumplimiento de los programas, tanto a nivel teórico como clínico, y de plantear soluciones a las deficiencias encontradas, con el asesoramiento de las respectivas comisiones de la especialidad y de las asociaciones profesionales.

2. LA FORMACION CONTINUADA DEL EQUIPO TERAPEUTICO

La formación continuada en salud mental de niños y adolescentes, al privilegiar el proceso de formación sobre el de información de tipo teórico, aporta mayor competencia al equipo interdisciplinar de salud mental infanto-juvenil. Una capacitación progresiva y ligada a la asistencia, compartida por los profesionales que trabajan en este ámbito, facilita la escucha, permite una mejor comprensión de los problemas y proporciona procedimientos más afinados de intervención y de abordaje terapéutico.

Articulada con las preocupaciones asistenciales que emergen del espacio comunitario en el que desarrollan su acción los dispositivos de salud mental infanto-juvenil, no solo ensancha el marco teórico proporcionándo una mayor «amplitud de miras» sino que, también, contribuye a integrar al equipo como grupo, construyendo lazos de convivencia interdisciplinar que actúan como elementos sanos de relación.

Al ser compartida e integrada como una tarea de grupo por el equipo, la formación continuada, inclina la balanza formación / información hacia el lado de la «formación». Mientras que la información hace referencia a un «saber» teórico que se adquiere a través libros y seminarios, la formación, cuyo término procede del latín forma (dar forma) y del griego morphe (transformación y desarrollo de aptitudes), hace referencia al proceso de transmisión del: «saber hacer», «aprender de la experiencia» y «aprender a aprender».

La formación continuada, también llamada «permanente» (en referencia al permanente compromiso con los pacientes), repercute positivamente en la asistencia por el hecho de propiciar el desarrollo de fórmulas de trabajo y de abordaje más adaptadas a la complejidad de la problemática infanto-juvenil. Ampliar el marco teórico en que se mueve el equipo, puede reformular la metodología de trabajo empleada hasta el momento o, incluso, generar nuevas formas de abordar la salud mental de los niños y los jóvenes.

El desarrollo del trabajo formativo dentro del equipo, facilita su proceso de reorganización interna, puesto que permite elaborar las ansiedades y establecer una distancia terapéutica útil. De no ser así las cosas, se podría fomentar la creación de departamentos estancos en el interior del equipo que, si bien, pueden permitir la convivencia, no facilitan la comunicación.

3. RESUMEN

En la primera parte del trabajo se hace una revisión sobre el sistema de formación de especialistas en España. Concretamente sobre la formación de psiquiatras y psicólogos clínicos en el área de la atención a la salud mental de niños y adolescentes. Ambas disciplinas han contemplado, desde sus primeros programas de la especialidad, un periodo de formación teórico en el campo de la infancia y de la adolescencia y unas rotaciones en programas o dispositivos específicos de atención a este periodo etario. Se revisa también la situación de la formación en Europa y los planteamientos de la Unión Europea de Médicos Especialistas y de la Federación Europea de Asociaciones de psicólogos. Para terminar se analiza el desarrollo de esta formación en Áreas de Capacitación Especifica y los trabajos que la AEN ha realizado a lo largo de estos años para impulsar esta formación especializada.

En la segunda parte se aborda la formación continuada del equipo asistencial de niños y adolescentes. Haciendo hincapié en el proceso de formación sobre el de información teórica. La capacitación progresiva, ligada a la asistencia y compartida por todos los profesionales, facilita la escucha, permite una mejor comprensión de los problemas y proporciona procedimientos más afinados de intervención y de abordaje terapéutico. Este tipo de formación articulada con las preocupaciones asistenciales que surgen del espacio comunitario, no solo ensancha el marco teórico proporcionando una mayor «amplitud de miras» sino que, también, contribuye a integrar al equipo como grupo, construyendo la-

13. Comité de áreas de capacitación Especifica, Informe sobre las Areas de Capacitación Especifica, Consejo Nacional de Especialidades Medicas, junio de 1995
14 Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Proyecto de Real Decreto por el que se establecen las Areas de Capacitación Especifica en las Especialidades Medicas, junio de 2001
15. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, Borrador del Area de Capacitación Especifica de Psiquiatría infantil y de la adolescencia, enero 1998
16. Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica, Borrador del Area de Capacitación Especifica de Psicología Clínica de la Infancia y adolescencia, noviembre 2000
17. Sección de S.M. Infanto-Juvenil de la AEN, Primeras Jornadas de Salud Mental Infantil, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1986, Vol. VI, nº 17, pp. 336-338
18. Sección Infanto-Juvenil de la AEN, Informe sobre la atención por Comunidades Autónomas, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, vol. XVIII, nº 67, pp. 555-561
19. Coordinadora de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y adolescencia, Declaración sobre la atencion a la salud mental de niños y adolescentes, Madrid, 25 de septiembre de 1990
20. Coordinadora de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y adolescencia, Informe sobre la Especialidad en Psiquiatría de niños y adolescentes, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 1991
21. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Acta de la reunión de la Junta de Gobierno de la AEN, celebrada en Madrid, los días 2 y 3 de febrero de 1996
22. Sección Infanto-Juvenil de la AEN, Especialidad en Psicología Clínica de niños y adolescentes, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1996, vol. XVI, nº 58, 379-381
23. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Acta de la asamblea general de la AEN, celebrada en Madrid, el 15 de noviembre de 1996
24. Sección Infanto-Juvenil de la AEN, Especialidad de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1996
25. Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Formación especializada en Salud Mental,* Madrid, 2000, Cuadernos Técnicos, 5

ses de nuestro entorno más inmediato han optado por diversas salidas, desde una verdadera subespecialidad (Reino Unido), hasta programas especificos de formación (USA); en España se está aún por definir la vía de especialización.

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA (PG)

No es fácil una definición con la que todo el mundo esté de acuerdo para delimitar bien el campo de la PG.

La PG es una rama de la Psiquiatría y forma parte de una interacción multidisciplinaria en los cuidados de salud mental para los mayores.

El área de interés de la PG son las personas en edad de jubilación y más allá de la misma. La edad de 65 años como límite es algo variable, y de hecho en muchos lugares, es desde la PG desde donde se atiende a pacientes con Demencias y edades más jóvenes.

La PG se caracteriza por una orientación Comunitaria y un abordaje multidisciplinario para la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos psiquiátricos en edad geriátrica.

La PG debe trabajar siempre desde una perspectiva BIO-PSICOSOCIAL porque cuando un paciente mayor sufre problemas de salud mental tiene frecuentemente una combinación de necesidades psicológicas, físicas y sociales.

La personalidad previa, la experiencia pasada y el tipo de conducta pueden influir en si una persona desarrolla una enfermedad mental; las pérdidas múltiples (mertes de familiares y amigos, pérdida de estatus, de nivel económico, de salud) juegan un papel muy significativo al respecto.

La PG como especialidad trata con una amplia gama de Trastornos, desde los Trastornos de ansiedad y del ánimo, las Demencias, las Psicosis de la edad tardía, los problemas relacionados con el abuso de sustancias, hasta la situación de las personas que alcanzan la edad geriátrica y vienen padeciendo un trastorno psiqátrico crónico desde la juventud.

Aunque la aproximación diagnóstica en PG debe ser esencialmente parecida a la aproximación que se hace en otros grupos de edad, los actuales sistemas clasificatorios (DSM IV y CIE-10) no satisfacen siempre la visión holística y biopsicosocial de la PG.

En cuanto a las intervenciones terapeúticas no hay que olvidar nunca que en PG la mejora de la Calidad de Vida ha de ser siempre, entre otros, el objetivo.

Tabla 1

Curriculum Geriátrico (CG) en el Periodo MIR

En los 2 primeros años:
- Demografía y Sociología de las Sociedades envejecidas
- Teorías sobre la edad, biología del cerebro y cuerpo mayor
- Los grandes acontecimientos en la edad mayor: jubilación, cambios en la sexualidad,...
- Epidemiología de los T. Mentales en el mayor
- Principios éticos y legales de los cuidados geriátricos: tutela, capacidad de decisión, investigación,...
- Psicofarmacología Geriátrica: cambios farmacocinéticos y fdinámicos de la edad
- La Psicoterapia en los mayores y sus familias

Tabla 2

CG en el MIR
Tercer y cuarto años:
- Aproximaciones Diagnósticas y Terapeúticas que maximizan la autonomía y el bienestar
- Comorbilidad entre enf. Físicas y T. mentales
- Presentación atípica de las enf. Mentales en la edad geriátrica
- Síndromes geriátricos: T. cognitivo, T. de la marcha, alteraciones sensoriales, inmobilidad, dolor,...
- Cuidados paliativos
- Avances en ciencias conductuales y de laboratoria (genética, imagen cerebral, neuropsicología, epidemiología,...)

Por otro lado están las rotaciones específicas donde adquirir los contenidos experimentales, que probablemente es bueno repartir a lo largo de toda la Residencia, pero dado el estado de las cosas en este país, debería al menos concentrarse en el cuatrimestre opcional, que desde luego debe pasar a ser obligatorio. Conviene recordar que el factor que más influye en una posible orientación hacia la PG de un residente en Psiquiatría, es la experiencia previa útil en este campo (Lieff y Clarke, 2000)(4). Estos contenidos prácticos deberían de incluir, al menos las actividades que se citan en la tabla 3, donde se considera también el lugar adecuado para el desarrollo de cada actividad.

Tabla 5

CURRICULA EN LOS DIVERSOS PAÍSES
USA
- Univ. de Duke, 1965.
- 1989: sólo un 36% de los programas MIR contenían una rotación geriátrica
- 1993: 50% de los programas proveen una formación sustancial en Psiquiatría Geriátrica (PG) 55% en 1997
- Pocos (28%) ofrecen rotaciones en Residencias Asistidas
- Acreditación de programas en PG post-MIR

Tabla 6

CANADÁ
- Rotación obligatoria de 3 meses
- Énfasis en la Interconsulta y en la experiencia del residente a pacientes geriátricos en otros servicios
- Regulaciones de 1988 (Real Col. de Médicos) y 1989 (Sección de PG de la Asoc. de Psiquiatría de Canadá)
- La mayoría de publicaciones en el área de la formación en PG son canadienses y han aparecido en el Can J Psychiatry

Tabla 7

REINO UNIDO
- 1960: cooperación entre psiquiatras, geriatras y agencias de Servicios Sociales
- 1981: delimitación de la formación en PG
- 1987: 3 meses de rotación en PG a tiempo completo ó 6 a tiempo parcial
- Muy similar en Australia y Nueva Zelanda

Como puede verse en estos países se ha logrado al menos que la experiencia en Psiquiatría Geriátrica no baje en ningún caso de 3 meses y que sea obligatoria, lograr al menos este nivel supondría para nosotros un gran avance y además se conocen relativamente bien los problemas con los que nos vamos a topar al respecto: lo apretado de los CV durante los ya bien cargados 4 años de Residencia, el número insuficiente de supervisores capacitados y con experiencia en PG, los

debería convertirse en obligatorio, e incluir, al menos, los siguientes objetivos:

2.1. Evaluación y tratamiento de pacientes mayores hospitalizados.
2.2. Evaluación y tratamiento de pacientes ambulatorios, con especial énfasis en pacientes con Demencias.
2.3. Interconsulta geriátrica.
2.4. La lectura de Revistas científicas especializadas en PG (Internacional Journal of Geriatric Psychiatry, Revista de Psicogeriatría, etc)
2.5. La revisión de un área de especial interés en Psiquiatría Geriátrica a presentar en Sesión General.
2.6. La presentación de casos específicos en Sesiones Clínicas.
2.7. La iniciación de un trabajo de investigación en esta área, cuando las condiciones del Servicio lo posibiliten.

3. Una subespecialización en PG es un tema a dilucidar por la Comisión Nacional de la especialidad. La propuesta de un 5º año tras la Residencia general, en la línea del anteproyecto de la SEGP puede ser una opción.
4. El desarrollo de Cursos específicos de formación en áreas relevantes como la Clínica Geriátrica, la Psicofarmacología Geriátrica, los Síntomas Psiquiátricos de las Demencias, las Psicoterapias en el mayor, etc, son tareas a desarrollar en el futuro inmediato, con el objetivo de mejorar la capacitación de todos en PG.
5. La interacción con la Medicina de Atención Primaria es aquí algo prioritario. La PG debe tener una orientación preferentemente comunitaria, y ha de desarrollarse en la línea de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Costa Molinari JM (coordinador): Anteproyecto de un Plan de Formación en Psicogeriatría.. III Congreso de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría, Santiago de Compostela 22-24 Nov. 2000
2. Jeste et al.: Consensus Statement on the upcoming crisis in Geriatric Mental health. Arch Gen Psychiatry 1999;56: 848-853.
3. Kennedy GJ et al.: Evolution of the Geriatric Curriculum in General Residency Training. Recomendations for the coming decade. Academic Psychiatry 1999; 23: 187-197.

CUADRO 1
Propuesta de Niveles de Formación en el Proyecto de Area de Capacitación Específica en Psicoterapia Presentado a las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología Clínica

Niveles	Objetivos	Temporalidad	
NIVELES PREVIOS A CURSAR LA ACE:			
Nivel I Contenidos básicos	Adquirir destrezas en los «factores comunes» en psicoterapia	Primer año del PIR o MIR	
Nivel II Intervención psicosocial	Adquirir destrezas psicoterapéuticas y habilidades de comunicación asociada a la intervención en distintos trastornos mentales	A lo largo de la residencia PIR o MIR	
Nivel III Realización de tratamientos «específicos»	Adquirir destrezas en la realización de tratamientos específicos (técnicas para problemáticas específicas)	A lo largo de la residencia PIR o MIR	
Nivel IV Conducción de psicoterapias	Adquirir destrezas en la práctica de psicoterapia formal de acuerdo a un modelo teórico-técnico	A lo largo de la residencia PIR	A partir del 2º año del MIR, especialización en 3 cuatrimestres.
CONTINUADO EN LOS NIVELES PROPIOS DE LA ACE			

Un primer nivel digamos universal, es decir que debería ser adquirido por todos los profesionales sanitarios y puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica sea esta de carácter psicológico, biológico o social, consiste en el desempeño de las destrezas psicoterapéuticas adecuadas para sacar partido a los denominados por «factores comunes». Este nivel debería ser completado antes de finalizar el primer año de formación MIR y PIR.

Un segundo nivel comprende las destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar la problemática psicológica que se asocia a los trastornos mentales independientemente de su diagnóstico, tales como las dificultades de relación social y familiar derivadas de la sintomatología, las dificultades de cumplimentación, el seguimiento de pacientes psicóticos crónicos, la detección y manejo de las situaciones de riesgo, el apoyo psicológico a los pacientes con trastornos somáticos. Este nivel requiere ser desarrollado específicamente para cada una de las situaciones mencionadas y deberá incluir además las habilidades básicas de comunicación necesarias para dispensar este tipo de ayuda psicoló-

dor de la ACE), que ha sido puesto en práctica y evaluado con más de 100 residentes en 14 unidades docentes y que forma parte de la propuesta que haremos a continuación.

2. DIFICULTADES DE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA

La formación en psicoterapia entraña dificultades de diferente orden. Probablemente las que han producido mas reservas son la de la dificultad en la definición de en qué consiste la actividad psicoterapéutica y la existencia de escuelas psicoterapéuticas muy diferentes.

Sobre la primera de estas dificultades ya hemos adelantado que nos referimos a un concepto restrictivo de la psicoterapia, que podemos resumir, en palabras de un grupo de consenso integrado por profesionales del sector público de Madrid auspiciado por la AEN (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano & Mas Hesse, 1997) como:

> *...un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.*

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre problemas de salud mental (a punto estuvimos de utilizar el término trastornos mentales) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a otras experiencias mas o menos interesantes

Este grupo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodriguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse 1997) matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

Esta definición *excluye* otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

1. Otras relaciones de ayuda (amigos...): en los que el que la da no es un profesional experto.
2. Consejo médico o psicológic: en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental[1] .

La segunda solución consiste en restringir la formación en psicoterapia a la de las terapias manualizadas que, por haber demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos concretos a través del ensayo clínico aleatorizado, pueden considerarse como empíricamente validadas (en realidad un corto repertorio de intervenciones conductuales, cognitivas e interpersonales) (Roth y Fonagy, 1996). Tiene el inconveniente de obviar el entrenamiento en habilidades básicas y de dar por bueno el muy discutible principio de «validación empírica» en el que se sustentan estas terapias.

La tercera solución consiste en hacer participar en la formación a docentes de diferentes orientaciones permitiendo que el discente opte entre ellas o realice su propia síntesis. Aunque nos parece preferible a las anteriores, está sujeta al riesgo de la falta de sistematicidad, peligro aún mas grave cuanto mas corto es el período de residencia. Un intento de adoptar esta postura de un modo sistemático, lo han tratado de ofertar Brooks-Harris y Gavetti (2002) a través de un sistema ideado para proporcionar formación en lo que ellos consideran elementos básicos de diferentes para que los residentes puedan optar con conocimiento por uno u otro modelo o realizar su propia integración adecuada a su modo de ser o sus capacidades.

La cuarta solución consistiría en proporcionar una formación básica en aquellas habilidades que la investigación proceso-resultados ha puesto de manifiesto que constituyen los factores comunes a las intervenciones de diferente tipo y que parecen en relación con los buenos resultados. Hoy existen resultados suficientes de la investigación para plantear este tipo de programas y existen propuestas recientes cuyo uso se ha extendido rápidamente (incluso en nuestro país) y de las que se han informado de buenos resultados (Beitman & Yue 1999; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002). En este trabajo optaremos por este tipo de solución.

Otro tipo de dificultades para la formación en psicoterapia emana de sus requerimientos en cuanto a metodología docente. La psicoterapia no puede aprenderse en los libros. Su aprendizaje requiere práctica clínica supervisada y, muy frecuentemente, los servicios no disponen ni del personal ni de la estructura adecuada para realizar esta supervisión. En la medida en la que la práctica de la psiquiátrica supone una implicación de la persona del terapeuta aún mayor que el resto de la psiquiatría, se suscita la cuestión de la experiencia terapéutica personal. La sección de psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), por ejemplo, si bien no la considera imprescindible la recomienda enfáticamente (strongly) (Documeto mimeografiado). En la propuesta que desarrollaremos no plantearemos la necesidad de que del

la óptica general de las narrativas. La consideración de la actividad psicoterapéutica como una actividad narrativa, desarrollada a través de una conversación entre terapeuta(s) y paciente(s) ofrece un marco teórico, o, como algunos autores prefieren decir metateórico desde el que es posible esta integración. (Gold, 1996; Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001)

Se trata de un modelo que pretende ser integrador desde el principio. No sólo un modelo que integra ideas principios o procedimientos provenientes de varias escuelas; esto es: no sólo un sistema resultante de una integración. Es un modelo activamente integrador en la medida en la que está pensado para ser capaz de integrar nuevos elementos siempre que el trabajo terapéutico pueda beneficiarse de ello. A la vez que proporciona un procedimiento de adquisición de habilidades para la puesta en juego de factores comunes a las diferentes orientaciones pretende ofrecer un conocimiento suficiente de éstas como para que el terapeuta en formación pueda optar con suficiente conocimiento por especializarse en una de ellas, si así lo prefiere.

Según esta óptica, la psicoterapia consiste en un trabajo que se lleva a cabo a través de una conversación que da acceso a una experiencia, que permite transformar la narrativa inicial del paciente, una narrativa saturada por el problema que motiva la consulta, por otra, que hace el problema innecesario: Lo que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han desarrollado serían diferentes moldes sobre los que construir estas narrativas (en términos de defensas frente a impulsos inconscientes, de cogniciones irracionales o de comportamientos sostenidos por estímulos, por poner algunos ejemplos), técnicas para facilitar que el paciente acceda a la experiencia (asociación libre, silla vacía, autorregistros, interpretación de la transferencia...) y explicaciones sobre como se instala la narrativa alternativa en el lugar de la original (working trough, reestructuración cognitiva, aprendizaje vicariante...)

El desarrollo del programa, sin embargo no requiere que los docentes del mismo compartan este modo de ver las cosas, y es puede ser llevado a cabo por terapeutas con otros planteamientos epistemológicos y otra conceptualización de la práctica psicoterapia.

5. LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

Para el trabajo de formación resulta conveniente la consideración de la psicoterapia como un proceso que se desarrolla en una serie de fases (indicación, fases iniciales, fases intermedias y fase de termina-

das y son más capaces de hacer un trabajo productivo actualizando emociones y personas que funcionan mejor siguiendo instrucciones para modificar identificar y modificar aspectos de su comportamiento vinculados al problema que les ha traído a consulta; esto depende no sólo de su modo de ser, sino, también del momento en el que se encuentran en relación a su disposición al cambio. También depende de las características de la relación que se ha establecido entre la pareja que forman un terapeuta y un paciente concretos; la elección de la intervención del terapeuta pude variar en consideración del modo en el que ajustan características como edad, sexo, etnia o, sencillamente las biografías y experiencias previas de los dos componentes de esta pareja. El proceso de formación ha de capacitar al futuro terapeuta para considerar estos aspectos y hacer elecciones útiles.

3. Por último, el terapeuta en formación debe aprender a identificar y manejar la interferencia de su propia biografía, de sus propias emociones y de su propia persona en el proceso terapéutico. Esto puede lograrse a través de la supervisión (pero entonces debe plantearse como un objetivo explícito de la misma). La propia experiencia psicoterapéutica personal del terapeuta, aunque no consideramos que sea imprescindible, facilita el que éste se familiarice con los aspectos de su persona relevantes para esta cuestión. Hay también otros instrumentos como determinados ejercicios experienciales de trabajo con la persona del terapeuta o los grupos de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, que también sirven a este objetivo.

En el programa de formación que proponemos, estas tareas se desarrollan a través de un sistema en el que se presta atención a cada una de las fases del proceso, se desarrollan los conceptos, revisando las aportaciones hechas desde los diferentes modelos psicoterapéuticos y se entrenan las habilidades necesarias para considerarlas en la supervisión de la práctica clínica de los alumnos. En cada una de las fases (indicación, fases iniciales, intermedias y terminación) se trabajan los tres aspectos («soluciones», «indicación» y «aspectos personales») señalados más arriba.

dado origen a la demanda de ayuda) y ambos puedan embarcarse en la construcción de una experiencia de efectos terapéuticos para el paciente.

El entrenamiento de estas habilidades incluye cosas como la utilización de un lenguaje evocador de experiencias, la utilización de un lenguaje vago (que no interfiera con la experiencia personal del paciente), la captación de señales no verbales y la respuesta a las mismas, la facultad de personalizar, la colaboración activa en la construcción de experiencias por parte del interlocutor, y la utilización de la propia experiencia del terapeuta durante la entrevista (entrenamiento del Yo-observador).

El entrenamiento de estas habilidades se consigue, una vez más a través de la atención prestada a ellas en la práctica supervisada y, además, a través de ejercicios estructurados en los que los terapeutas en formación colaboran entre sí para ensayar estrategias y experimentar sus efectos sobre sí mismos (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2002).

3. Habilidades generativas

Con este nombre nos referimos a aquellas habilidades que tienen como objeto específico facilitar la producción de narrativas alternativas a la que contiene el problema del que se ocupa la terapia. Suponen un uso estratégico de las habilidades de los dos niveles inferiores para ponerlas al servicio de lo que, en definitiva, es el objetivo de la terapia (que se produzca un cambio en aquello que constituye el problema para el paciente)

En el programa a que nos referimos se contemplan seis: 1) Desafiar la narrativa anclada en la queja, 2) Conectar la narrativa inicial con otros relatos del paciente y facilitar el surgimiento de relatos consonantes, 3) Trabajar con las emociones, 4) Poner a prueba los nuevos relatos, 5) Afianzar los nuevos relatos y 6) Despedirse.

Estas habilidades se entrenan también de modo más inespecífico a través de la práctica clínica supervisada y específicamente a través de ejercicios estructurados diseñados al efecto.

4. Errores frecuentes

El programa que venimos describiendo contiene también ejercicios estructurados pensados para entrenar la capacidad de evitar algunos errores frecuentes.

2. *Ejercicios estructurados para el entrenamiento de habilidades (presenciales y de lápiz y papel)*

Las habilidades de los tres niveles antes señalados, como las que pone en juego un artista para producir sus obras de arte, pueden ser entrenadas a través de ejercicios específicamente diseñados para ello. En el programa que exponemos se ha seleccionado un amplio repertorio de estos ejercicios, parte de los cuales son ejercicios que el alumno puede realizar en su casa con lápiz y papel o delante del ordenador y parte son ejercicios experienciales para realizar en grupo y proporcionar a los terapeutas en formación no sólo entrenamiento sobre cómo utilizarlos sino también una experiencia sobre sus efectos en el interlocutor.

3. *Ejercicios estructurados de familiarización con los aspectos de la propia persona que pueden ponerse en juego en el proceso terapéutico*

El programa incluye una serie de ejercicios estructurados (que pueden complementarse con algunos seminarios intensivos) que tienen como objeto el facilitar que el terapeuta en formación se familiarice con aspectos de su propia persona que pueden ser puestos en juego (con efectos positivos o negativos) en su actuación como psicoterapeutas. Este tipo de ejercicios pueden ser también planteados a medida si, en algún momento (por ejemplo en una supervisión) le parecen enriquecedores al docente.

4. *Grupo de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta*

Un elemento esencial del paquete formativo es un grupo de trabajo, liderado por un coordinador ajeno a ser posible a la plantilla de la unidad docente (para que no mantenga una relación jerárquica con los asistentes al grupo), que tiene como objeto que estos puedan analizar las dificultades que, personalmente, les está suponiendo avanzar en el proceso de convertirse en terapeutas o el trabajo clínico en general. Puede realizarse, por ejemplo, con periodicidad quincenal.

8. LA PSICOTERAPIA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

El hecho de que la formación se produzca en el marco de una red de servicios que ha de atender a las necesidades de una población determinada, sin que pueda producirse una selección de pacientes o problemas en función de las preferencias de los profesionales, tiene muchas con-

10. PERSPECTIVAS DE FUTURO

En los próximos años cabe esperar el desarrollo de programas que tendrán como principales características:

1. Ser estructurados y practicables en el marco de los programas de residencia

2. Contemplar la psicoterapia como una forma de intervención a combinar con otras y a ser considerada parte de planes integrales de atención

3. Integrar aportaciones provenientes de distintas escuelas y hacer hincapié en los factores comunes a todas ellas

4. Integrar enseñanzas provenientes de la investigación en este campo

5. Ser evaluable

Un desarrollo semejante desafía no sólo la actual inercia biologicista, potenciada por el economicismo, que se ha apoderado los sistemas públicos sino también algunos prejuicios y el dogmatismo de muchas escuelas de psicoterapia. Probablemente cabe sostener la esperanza más en las necesidades percibidas por pacientes y por psiquiatras y psicólogos clínicos en formación, que en la decisión de las grandes instituciones docentes para las que aceptar este reto supondría cambiar muchas cosas, y que, además, están, frecuentemente, dominadas por profesionales que conocieron sólo posibilidades de formación y modos de actuar en psicoterapia que, hoy, pertenecen a otra época.

11. RESUMEN

La psicoterapia es una prestación incluida en el catalogo de las ofertadas por el sistema nacional de salud español y contemplada entre las capacidades que deben adquirir en su formación los residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica. Actualmente las Comisiones de ambas especialidades están trabajando en un Área de Capacitación Específica en Psicoterapia y han elaborado un proyecto de formación básica durante la residencia y de especialización dos años después de esta.

En este trabajo se expone una propuesta de formación para residen-

7. Binswanger L. Psychoanaly und Daseinanalytic. Berna: Huber, 1957
8. Brooks-Harris JE, Gavetti MF. Skill-Based Psychotherapy Integration: A practicum handbook of intermediate microskills. Retrieved from the World Wide Web: http://www2.hawaii.edu/-jharris/sbpi/html
9. Cancrini L. Guida alla psicoterapia.Roma: Riutini, 1982
10. Cantor JR. Psicolgía interconductual. Mexico: Trillas, 1980
11. Castonguay LG. Training in psychotherapy integration: introduction to current efforts and future visions. Journal of Psychotherapy Integration 2000; 10 (3): 229-232
12. Castonguay LG. A common factors approach to psychotherapy training. Journal of Psychotherapy Integration 2000; 10 (3): 262-282
13. Davanloo H (ed). Short-term dinamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson,1980.
14. Davanloo H: Unlocking the unconcious. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: Psicoterapia breve. Madrid: DOR,S.L. 1992)
15. Ellis A. The essence of rational psychotherapy: A cohomprensive approach to treatment. New York: Institute for rational living. 1970.
16. Ellis A, Abrahams E. Brief psychotherapy in medical and health practice. New York: Springer 1978 (trad cast. Terapia racional emotiva. Mexico: Pax 1980)
17. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguezs Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 143-162
18. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. en Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 13-141
19. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.
20. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.
21. Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.

40. Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987
41. Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychitherapy. A treatment manual New York: Basic Books 1992 (trad cast: Psicoterapia breve con provocación de angustia; manual de tratamiento. Buenos Aires: Amorrortu.
42. Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan, 1953 (trad cast Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970.
43. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993)
44. Wachtel PL Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world. Washington: American Psychological Association. 1997
45. Waltzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of human comunication. New York: Norton. 1967 (Trad cast: Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo 1971)
46. Waltzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Change , principles of problem formulation and problem resolution. New York. Norton. 1974 (Trad cast: Cambio. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1976)
47. Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 285-290
48. Wolfe BE. Toward integrative theoretical basis for training. Journal of Psychotherapy Integration 2000; 10 (3): 233-246
49. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Standford: Standford University Press, 1958 (trad cast: Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao: Desclee de Brouwer 1975
50. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984)

La noción de vínculo debe mucho a la teoría de las relaciones objetales pero también a aquellas otras, como la de Winnicott, que resaltan la importancia del objeto externo.

Precisamente el grupo resulta un espacio privilegiado para el análisis del citado vínculo.

El *modelo analítico vincular,* en su vertiente grupal, se deriva directamente del «grupo operativo» propuesto por E. Pichon Rivière.

La teoría pichoniana sobre los grupos tiene una sólida base de la que queremos destacar ahora dos aspectos:

A) Su potente y eficaz definición de grupo entendido como aquel colectivo humano que se estructura alrededor de una *tarea*.
Pichon Rivière es uno de los pocos analistas que parte en sus reflexiones de una noción concreta de grupo ausente en otros muchos autores, que simplemente se limitan a mostrarlo como una evidencia.
El grupo no es sólo un conjunto de integrantes, ni tan siquiera un repertorio de relaciones. El grupo es una estructura y como tal adquiere sentido por medio de la mencionada tarea, gracias a ella se instituye un proceso y con el una auténtica historia.

B) La importancia que para su teoría tiene el mencionado concepto de vínculo.
Vínculo como unidad mínima de lo dinámico; vínculo como elemento primordial y básico del grupo; vínculo como proceso que nunca termina y que funda al sujeto en una constante e inacabable recreación.
La modalidad de psicoterapia de grupo de la que me ocupo está basada en fundamentos psicoanalíticos con las especificaciones conceptuales que en su momento propuso Pichon Rivière y algunos de sus continuadores, entre los que me cuento.
En sus comienzos el grupo operativo se concibió como un espacio de acción / reflexión para la psicología social entonces, y esto es importante subrayarlo, no tenía una finalidad terapéutica. El grupo pichoniano era un colectivo con tarea manifiesta y su razón de ser estribaba en el análisis y la superación de las dificultades por las que el grupo atravesaba en el proceso de cumplir con la mencionada tarea. Surgieron así los conceptos de cambio y resistencia al cambio.
Muchas podían ser en ese terreno las variaciones del grupo operativo a partir de la fórmula inicial que acabamos de señalar así, por ejemplo, el análisis de la tarea misma, el del grupo concebi-

vos grupos que contribuyeron a constituirlos como tales en forma de grupos internos. El grupo, tanto en su vertiente real como en la imaginaria, está siempre ahí, incluso en la más radical de las soledades.

El concepto pichoniano de *emergente*, de difícil aprehensión, representa de manera cabal la captación del grupo como un todo:

«En un momento dado, emerge un actor (portavoz) sobre el escenario del grupo. Este personaje es el portavoz generalmente de un doble acontecimiento que le fue revelado. Un gran bienestar lo exalta; sin esto no habría arte dramático. Por otro lado, una desgracia o catástrofe externa ha puesto todo en revisión. (La catástrofe interna es la depresión básica tal y como nosotros la concebimos).[6] Todo emergente es expresión de la ruptura de un cierto equilibrio, la tensión que genera es la medida de la propia dinámica del grupo.

El grupo no es una exterioridad ni una categoría que se contrapone al individuo sino su condición de existencia.

El propio Freud expresa de una peculiar manera la idea de grupo como totalidad en *Psicología de las Masas y análisis del Yo*. En ese escrito, enuncia el aparato psíquico desde la segunda tópica. La masa transforma el superyó del sujeto y en cierto modo lo elimina, delegando éste la responsabilidad en ese colectivo proteiforme. La masa anula la diferencia en la que se basa cada individuo. La masa es un lugar de regresión donde se opera una modificación estructural de los miembros que la integran. Es la masa la que permite caracterizar al individuo y no a la inversa. Una reflexión previa sobre el grupo hace posible alcanzar a Freud, en un segundo paso, al sujeto.

En la formación de psicoterapeutas de grupo es preciso construir una teoría nueva, diferente a la de las psicologías centradas en el yo, en donde se traten, entre otros temas, las nociones de grupo, grupo interno, grupo terapéutico, vínculo, emergente, proceso grupal, situaciones grupales –concepto que presenta algunas semejanzas con los supuestos básicos bionianos- transferencias grupales, interpretación, consigna, señalamiento, equipo terapéutico, etc. Quiere esto decir que a la formación teórica psicoanalítica de base se le suma esta nueva formación, psicoanalítica también, pero diseñada en este caso desde y para el grupo.

6. E. Pichon Rivière, «Grupos operativos y enfermedad única», en *Proceso Grupal*, Ed. Nueva Visión 1980.

Tema 4.- El grupo operativo y su evolución.

La escucha de Pichon Rivière. Conceptos generales: Vínculo. Emergente. Tarea.

Hasta aquí hemos ido introduciendo el escenario general por el que discurre el grupo; con la obra de Pichon Rivière llegamos al antecedente más inmediato al modelo analítico vincular. A nuestro parecer lo más esencial de todo su pensamiento se resume en los tres conceptos de *vínculo, emergente* y *tarea*. Gracias al vínculo hasta el mismo sujeto es entendible como un «grupo en sí» oculto tras una engañosa unidad. El emergente permite tratar las intervenciones pretendidamente individuales como expresión del grupo en su totalidad y no como otras tantas propuestas de los respectivos sujetos.

Tema 5.- Estructura analítica del grupo. El grupo, unidad mínima de lo grupal.

Articulación grupo interno-grupo actual.

Este tema sirve como reflexión estructuralista acerca del grupo y obra como introducción al modelo analítico vincular propiamente dicho.

Tema 6.- El modelo analítico-vincular.

La tarea terapéutica. Los núcleos básicos de la personalidad en el grupo.

Situaciones grupales: esquizoide, confusional, depresiva.

El modelo analítico vincular es un modelo psicoanalítico clínico; como antes dijimos, Enrique Pichon Rivière trabajó ante todo en problemas derivados de la psicología social, ese reducto que linda con la sociología de un lado y con el psicoanálisis de otro. Tanto la noción de *tarea terapéutica* como las de los *núcleos básicos de la personalidad* pertenecen al campo metapsicológico y caracterizan al grupo desde su costado clínico.

Por su parte, el concepto *situación grupal* guarda una cierta relación con los *supuestos básicos* bionianos. Las situaciones grupales permiten entender el proceso que sigue el grupo en su relación cambiante con la tarea terapéutica: las situaciones esquizoides encarnan los aspectos propositivos y creadores del grupo, las confusionales el momento de la acción, y las depresivas la reflexión y evaluación consiguiente.

Tema 7.- El grupo aplicado a la clínica. Indicaciones y criterios de selección.

Ya dentro de la clínica misma, se abordan ahora los espinosos y controvertidos problemas de las indicaciones del análisis en grupo y los criterios de selección de los integrantes del mismo.

analítica en la cura tipo en los grupos que nos ocupan ahora la estructura transferencial se complica. De la inicial transferencia/ contratransferencia del encuentro terapéutico bipersonal pasamos aquí a contar también con la *co-transferencia* –que se establece entre los integrantes del grupo- y la *intertransferencia* propia de las relaciones del equipo terapéutico.

Tema 2.- Encuadre. Partes estáticas: lo formal. Partes dinámicas: lo procesual.

Espacio para el análisis de las condiciones del grupo y de su discurrir.

Tema 3.- El proceso terapéutico.

De la transferencia a la situación grupal.

Contratransferencia: aspectos grupales. Consonancia, resonancia y disonancia.

El grupo es una estructura histórica, vale decir que se forma y desarrolla en un proceso. A lo largo del mismo se entremezclan los acontecimientos transferenciales y contratransferenciales, su manejo técnico es de gran importancia [7].

En su momento propusimos un método para el análisis de la contratransferencia, cuya importancia psicoanalítica crece sin parar, basada en la consonancia, resonancia, disonancia. En la consonancia el terapeuta experimenta afectos cuya fuente conoce, en la resonancia los afectos que le embargan son intensos pero su origen permanece oculto, en la disonancia se establece ora un vacío afectivo ora una sensación de extrañeza o perplejidad ante los propios sentimientos.

Tema 4.- Técnica de la intervención.

Emergente. Señalamiento e interpretación grupales. La consigna.

En la misma línea del tema anterior, ahora le toca el turno al abordaje técnico de los tres dispositivos analíticos del grupo: la interpretación, el señalamiento y la consigna. El grupo despliega su andadura...; ¿cuándo, cómo y por qué interpretar? La misma reflexión cabe hacerse a la hora de señalar o trasmitir una consigna.

Poco se puede decir de específico acerca de la interpretación, sabemos que es aquella operación terapéutica que por medio de la palabra proporciona al paciente y/o al grupo de un significado y un sentido pleno en el plano de lo simbólico a sus acciones y emociones que por dicho efecto quedan integradas. La interpretación no cierra con su dic-

7. A este respecto conviene consultar *Key papers on countertransference*, Robert Michels & Liliane Abensour Eds. Karnac Books, London 2002.

tructura, con sus elementos –los pacientes- y las relaciones cambiantes que establecen. Al mismo tiempo, también será preciso trasmitir la historia de esa estructura como algo específico, independiente del acontecer de los sujetos que la componen. Esta primacía que se otorga al grupo frente a los individuos que forman parte de él se basa en el principio de las funciones estructurantes y desestructurantes que para cada sujeto supone su pertenencia a un determinado grupo, en este caso al grupo terapéutico.

Tema 8.- El grupo y sus aplicaciones.

Combinación de procesos individuales y de grupo en psicoterapia psicoanalítica: cuándo y por qué escoger una determinada vía.

El grupo y el individuo no integran ya la tradicional antítesis de otros tiempos, la tarea actual es articular ambos extremos y diferenciar con precisión las categorías que permiten identificarlos.

Tercer ciclo

En el tercer año el programa abarca distintos temas monográficos en los que se profundiza sobre la regresión grupal, los conflictos vinculares, efectos de los afectos (agresión, envidia, seducción, etc.) en el grupo, entre otros temas.

Se trata ahora de abordar los eternos conflictos, las contradicciones del aparato psíquico, desde la óptica grupal. Hablar de lo inefable e incluso poderlo contemplar en el diario de bitácora del proceso terapéutico, es un privilegio que otorga el grupo con un carácter más inmediato que el análisis individual.

4. LA FORMACIÓN TÉCNICA

La formación en el campo psicoanalítico posee una gran tradición, no así la que atañe al grupo. A su relativa novedad se añaden una serie de prejuicios ideológicos que aparecen de uno u otro modo en relación con éste. Muchos de ellos proceden de un insuficiente conocimiento de las potencialidades terapéuticas del mismo. Otros del poder que aún posee el modelo médico en el campo de la salud mental y no olvidemos que éste se desarrolla en un escenario bipersonal. Todo ello da lugar a que el manejo de la técnica choque con un sinnúmero de inercias que retardan un dominio cabal de la misma.

5. RESUMEN

El modelo analítico-vincular pertenece al psicoanálisis y está centrado en la noción de vínculo. Este concepto no figura entre los más clásicos del psicoanálisis. No obstante, posee una fácil inserción en la metapsicología.

Digamos que vínculo es una propiedad del espacio imaginario que se *autoorganiza* con la presencia fantasmática del otro y que en el proceso de maduración psíquica devendrá en la relación bipersonal que se conoce como sujeto-objeto. Comienza pues en la esfera del narcisismo primario y se desarrolla y transforma a partir de él en la relación con el objeto materno.

El grupo como lugar resulta un espacio privilegiado para el análisis del citado vínculo.

El *modelo analítico vincular* en su vertiente grupal debe mucho al «grupo operativo» propuesto por E. Pichon-Rivière. Del que queremos ahora resaltar dos aspectos.

A) Su potente y eficaz definición de grupo como aquel colectivo humano que se estructura alrededor de una tarea.

B) La importancia que para su teoría tiene el mencionado concepto de vínculo.

Vínculo como unidad mínima de lo dinámico; vínculo como elemento primordial y básico del grupo; Vínculo como proceso que nunca termina y que funda al sujeto en una constante recreación.

La psicoterapia de grupo desde esta propuesta está, pues, basada en fundamentos psicoanalíticos con las especificaciones conceptuales que en su momento propuso Pichon Riviére y algunos de sus continuadores, entre los que me cuento.

En sus comienzos el grupo operativo se concibió como un espacio de acción reflexión para la psicología social, no tenía una finalidad terapéutica, a lo largo de muchos años me he dedicado a hallar aplicaciones clínicas a un dispositivo que originariamente no estaba pensado en esa dirección específica. Fruto de ese trabajo surgió, entre otras cosas, el concepto «tarea terapéutica» y la profundización psicoanalítica de la idea de vínculo, formulada al principio por Pichon- Rivière en sus aspectos más manifiestos, valga decir descriptivos. En ese sentido, ha sido necesario incorporar componentes narcisistas al marco inicialmente objetal y elementos propios del mundo interno que han complicado el paisaje primitivamente interpersonal.

De otro lado, la formación continuada hace referencia a los cursos de reciclaje y actualización de la formación para los profesionales de los equipos de drogas; así como a cursos de Master, Experto y Títulos propios de profundización en la formación en algunas Universidades.

Incluso se da una formación en drogodependencias, de carácter menor, para colectivos profesionales específicos como Policías, Agentes de Prevención de Riesgos Laborales, Profesionales de la Comunicación, Fuerzas Armadas y Mediadores Sociales, de las que se encargan en su mayor parte Técnicos de Organizaciones No Gubernamentales (ONGS)

En pregrado se realizan algunos Cursos dirigidos a la formación de alumnos universitarios de diversas titulaciones como Medicina, Psicología, Ciencias de la Comunicación, Enfermería y Trabajo Social. Pero, sin embargo, no existe formación reglada, es decir, no se imparte asignatura específica alguna del área de drogodependencias. Aunque, sin duda, esta formación está justificada ya que actualmente existen múltiples manuales y es una acuciante necesidad contar con alguna asignatura sobre esta materia incluida en los planes de estudios de las diversas titulaciones.

La formación de postgrado sobre drogodependencias se organiza actualmente por Administración Sanitaria Pública a través de los Programas MIR y PIR, siendo escasa la relevancia que se concede a la formación en drogodependencias en dichos Programas.

Así, el Programa MIR de Psiquiatría contempla un período de formación en campos de especial interés como es el área de alcoholismo y otras drogodependencias, con una duración mínima de 2 cuatrimestres, a realizar con carácter general, después del período de formación obligatorio. Aunque normalmente la rotación para esa formación, a menudo, solamente pasa por los programas de alcoholismo, ya que los de otras drogodependencias se efectúan en Centros que dependen de otras administraciones diferentes a la Administración Sanitaria.

Y para los Psicólogos que realizan el Programa PIR solamente se hace referencia en su curricula, sin especificar el tiempo, que tendrán que conocer las características de intervenciones específicas con alcohólicos y drogodependientes. Al margen de la formación postgrado, la formación de profesionales relacionados con la intervención en el amplio campo de las drogodependencias ha sido y es una preocupación en la mayoría de los países europeos.

A mediados de los años setenta el fenómeno de la drogodependencia generó un viraje de los profesionales dedicados al tratamiento del alcoholismo hacia un nuevo tipo de dependencia con implicaciones diferentes. La adicción a la heroína provoca tener que adaptar las técnicas

Drogodependencias de Madrid o el Instituto Deusto de Drogodependencias, que se orientan más a la investigación y a la formación continuada.

Otros aspectos complementarios en la formación continuada han sido cubiertos a través de seminarios y talleres de trabajo por las Sociedades Científicas como la Sociedad Española de Médicos de Familia (SEMyF) y Socidrogalcohol con su revista Adicciones. Desde abril de 1997, esta Asociación desarrolla una interesante actividad formativa en drogodependencias bajo el nombre de Seminarios de Discusión Drogalcohol (SDD). Con una periodicidad cuatrimestral, se pretende acercar a los profesionales que trabajan o están interesados en las diversas facetas del campo de las adicciones a aquellos conocimientos y debates que, tanto en investigación como en la práctica cotidiana son punteros en la especialidad, abarcando una importante variedad de temas relacionados con las drogodependencias. Así mismo, la Asociación Española de Estudio en Drogodependencias con su Revista Española de Drogodependencias y la más recientemente creada Sociedad Española de Toxicomanías con su revista Trastornos Adictivos han llevado a cabo una labor de formación de sus miembros con periódicos Cursos, Congresos y Jornadas. Incluso existe alguna Asociación Regional de Profesionales como APRODA (Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias) que incluye en sus estatutos la promoción, la coordinación y el desarrollo de programas científicos y de formación en drogodependencias.

También van incrementándose las publicaciones que editan la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), el cual tiene entre sus objetivos la creación del Instituto de Investigación y Formación sobre Drogas que velará por la idoneidad y adecuación de los contenidos en la formación tanto de profesionales como del voluntariado, contemplando la formación organizada en tres niveles: pregrado, postgrado universitario y formación continuada. Además la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas dispone de un Centro de Documentación e Información especializado que pretende ser el punto básico de referencia para cualquier usuario, tanto público como privado, interesado en esta materia. Este Centro dispone de una amplia colección de libros, títulos de revistas, literatura gris, además de bases de datos bibliográfico-científicas, de legislación, prensa, vídeos. Para extender en España la investigación y formación coordinada en adicciones se ha creado recientemente en Octubre del 2002 el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (INIFD) que tiene como objetivos evaluar programas y crear redes de conocimiento.

ducir algunas asignaturas sobre drogodependencias en distintas carreras como Medicina, Psicología o Trabajo Social. En Francia, se expiden títulos nacionales de postgrado en adicciones en 17 Universidades. En Bélgica, la especialidad de Psiquiatría es la más implicada, aunque también existe un programa multidisciplinario sobre adicciones dirigido sobre todo a profesionales no médicos. En los Países Bajos, es la Psiquiatría la que lidera el campo de las adicciones. En Portugal, los Departamentos de Psiquiatría de algunas Universidades, así como algunas instituciones privadas ofrecen cursos de postgrado. En países como Grecia e Inglaterra, la formación ha ido acompañada de prácticas en Hospitales o Comunidades Terapéuticas, ausentes en otros países europeos.

En 1993 se creó en Lieja (Bélgica) ERIT (Federación Europea de Asociaciones Intervinientes en Drogodependencias) que tiene entre sus objetivos ayudar a que fomentar en Europa la investigación, los estudios y los cursos de formación en prevención y en tratamiento de las drogodependencias (8). De esta Federación Europea forman parte, entre otras, la Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) de Alemania que tiene como objetivo la Formación y Cursos de Especialización, la Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) de Francia que se ocupa principalmente de Evaluación de Tratamientos, Trabajos de Prevención y Formación, la Austrian Association of Experts Working on Drug Abuse (ÖVDF), el Grupo Suizo-Francés de Estudios sobre el Alcoholismo y la Drogadicción (GREAT), la GGZ Nederland, la AssociaÇao Nacional de Intervinientes em Toxicodependència (ANIT de Portugal) que realizan seminarios para formación de profesionales, la Sociedad Científica española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanias (Socidrogalcohol) de la que ya hemos hablado, la Federazione Italiana degli Operatori Profesionali e delle Associazioni del campo delle Tossicodipendenze (ERIT Italia) que colabora con varias Universidades e Instituciones Públicas y Privadas organizando cursos de Formación y la Scottish Drug Forum (SDF) que trabaja como agencia de información y de política de drogas para coordinar las respuestas efectivas hacia el problema de la drogodependencia.

En 1995 se crea el Obsevatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (9) para facilitar a los Estados miembros de la Comunidad Europea información objetiva, fiable y comparable en el ámbito europeo sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias. Entre sus tareas principales está de conocer y divulgar las estrategias y políticas nacionales y comunitarias, a través del Centro de Documentación e Información y de sus publicaciones.

Pero, aunque se ha realizado un esfuerzo por parte de la Comunidad Europea para identificar la naturaleza y extensión de los programas

3. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN

1. Establecer una formación básica en drogodependencias en el currículum de las diferentes carreras como Medicina, Psicología, Enfermería, Pedagogía y Trabajo Social.
2. La formación postgrado MIR y PIR debería estar reglada especificada en contenido, tiempo y centros donde realizar la rotación.
3. Diseñar la Formación Continuada para los profesionales en activo de acuerdo con la evolución del fenómeno de la drogodependencia: sustancias, adicciones, patrón de consumo, estilos de vida…
4. Fomentar la cooperación europea en la planificación y organización en materia de drogodependencias.
5. Capacitar a los profesionales para la coordinación y el trabajo en equipo con profesionales de otras disciplinas (10), por la intersección de las áreas implicadas: médica, psicológica, social…

4. CONTENIDOS

A pesar de que la formación ha de responder a las necesidades formativas diversas de cada país, los contenidos de formación tienen que hacer referencia a los nuevos modos y patrones de consumo, a las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, al intercambio de experiencias, sin olvidar que el temario tiene ser específico para cada distinto de profesional.

5. METODOLOGÍA

En la formación que se realiza a través de cursos de Master y Experto ha sido un handicap que los formadores procedan en muchos casos del campo de la teoría sin experiencia practica, lo que ha venido ocurriendo con cierta asiduidad, quizá porque el primer ámbito donde se realizan lo constituyen las Universidades.

Aún está pendiente la evaluación de los Master y Cursos de Formación. Sería necesario una Política Europea que contemplase la planificación de la formación por objetivos y la evaluación de los programas

3. Tsiboukli, A. Assessing the training needs of professionals working in the fields of drug abuse treatment and prevention in Greece. *ITACA*. 2000. 2: 13-24.
4. Becoña, E.; Llopis, J.J.; Bobes, J. La formación contínua en drogodependencias. *Adicciones*. 2000. 12, 1: 3-5.
5. ITACA. *http://www.itaca-europe.org*
6. Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA) *http://www.ianet.com/*
7. Investdro. *http://scout.cs.wisc.edu/addserv/new-list*
8. Erit. *http://www.erit.org*
9. Odet. *http://www.emcdda.org*
10. Pantoja, L. The training of professionals in drug dependences: Present need and future trends. *ITACA*. 1998. 2: 9-28.
11. Tsiboukli, A. Training programmes for new T.C. staff: The need for a common curriculum. *ITACA*. 1996. 1: 25-32.

2. SIGNIFICACIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGIA MODERNA PARA LA PSIQUIATRIA ACTUAL

Ya hemos apuntado, como la Psicofármacologia moderna significó el origen de nuevos planteamientos y por ello muchos psiquiatras consideran su nacimiento «la primera revolución» en la psiquiatría . Siguiendo a Barcia (5), esta primera revolución se refleja en varios hechos:

1. La modificación del curso de las psicosis.
2. La posibilidad de tratar con psicofármacos los «trastornos menores» (neurosis) y la posibilidad de elaborar nuevos planteamientos teóricos sobre ellas.
3. La exigencia de una mejor valoración de la sintomatología por medio del uso de instrumentos objetivos de medida y la necesidad de una nueva nosología.
4. La posibilidad de desarrollar nuevas teorías etiopatogenicas desde planteamientos neurobioquimicos.
5. Potenciar la utilización de técnicas psicoterapéuticas.
6. Posibilitar una nueva organización asistencial.

3. IMPACTO DE LA PSICOFARMACOLOGIA EN LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

Es indudable admitir que la aparición de los psicofármacos modernos permitió reducir drásticamente la población nosocomial y abrió las puertas al desarrollo de una nueva organización asistencial.

Aunque es indudable que en el «cambio de modelo asistencial» se dieron conjuntamente toda una serie de fenómenos socio-políticos; cuya historia es bien conocida y que han sido ampliamente estudiados y debatidos en el seno de esta Asociación en la que nos encontramos, cuyo papel en el desarrollo de este cambio seguramente aun no le ha sido suficientemente reconocido; hay que destacar que los primeros programas que empezaron a funcionar fueron aquellos que se apoyan básicamente en la terapéutica medica, es decir la Psicofármacologia y especialmente referida a los enfermos esquizofrénicos que representan el problema fundamental y que merced a ellos se iniciaron las primeras desinstitucionalizaciones.

Esta nueva manera de ver la enfermedad mental y la actitud terapéutica ante la misma, que hemos dado en llamar «modelo comunitario», aunque procedente en buena parte de planteamientos psicológicos

llego a la sala de psiquiatría de mujeres del Hospital Provincial de Madrid (hoy museo de arte Reina Sofía) un conocido y prestigioso psiquiatra madrileño, que pretendía pasar allí «uno o dos días» para aprender el manejo de «estos nuevos productos aparecidos» (Antonio Latorre, con su socarronería aragonesa, decía «vamos para aprender lo de las gotitas de haloperidol, el tryptizolillo y eso»). Tras unas horas de visita acompañando a los psiquiatras en sus visitas no volvió mas, parece que ya lo había aprendido todo sobre la moderna Psicofármacologia.

Pues bien desgraciadamente hoy mas de 40 años después de la historia de la anécdota, la formación no ha cambiado excesivamente y nuestros jóvenes psiquiatras siguen aprendiendo «de sus mayores», por un modelo imitativo el conocimiento de los efectos, acciones, indicaciones, etc. de los psicofármacos, aunque eso sí apoyados por la avidez de un potente Industria Farmacológica, que en el curso de los últimos diez años ha encontrado su «el dorado» en el terreno del Sistema Nervioso Central (en el momento actual los dos fármacos con mayor coste económico para el Sistema Nacional de Salud, son dos neurolépticos de los llamados «atípicos»). En este momento aun no existen en nuestros Hospitales, Unidades de Psicofármacologia y en el Currículo de pregrado las Universidades de Medicina, reducen la psicofármacologia a uno o dos capítulos repartidos entre las asignaturas de Farmacología («Acciones sobre el SNC») y psiquiatría («Tratamientos biológicos en psiquiatría») y aunque algunos catedráticos de Farmacología han dirigido sus intereses hacia esta materia, hay que reconocer que sus intereses «coinciden sospechosamente» con los de la Industria Farmacéutica.

Curiosamente el creciente interés de los Psicólogos Clínicos por esta materia, sobretodo a raíz de la concesión por parte del Estado de Nuevo México (USA) de la autorización a los psicólogos para realizar ciertas prescripciones psicofármacológicas; si que ha producido algunos cambios en las Facultades de Psicología, que dentro del departamento de Psicobiologia, han empezado a promover cursos y asignaturas de psicofármacologia, aun en el pregrado.

Una explicación, aunque sea simplista, de este interés por la Psicofarmacologia por parte de los psicólogos, es la que nos ofrecen nuestros compañeros de la Revista Txoriherri.com, que en su News nº 104 (7) afirman «Quizás sea una explicación simplista, pero dichas aspiraciones parecen muy relacionadas con los cambios sociales que han dejado de considerar a los psicofármacos como drogas peligrosas (doctor, a mí tráteme sin medicación, o lo mío es de psicólogo) y los han convertido en objetos de consumo (deme eso para dormir, para adelgazar, para que no me dé la depre, para ser menos tímido....).»

Estamos seguros de que con el mayor desarrollo de fármacos mas seguros y eficaces, la practica de la psicofármacologia se incrementara entre el personal sanitario a todos los niveles, aunque los fallos al reconocer cuadros psíquicos tratables y los prejuicios hacia las enfermedades mentales impiden a muchos pacientes recibir tratamientos potencialmente beneficiosos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Holbern, A. «Psychopharmacology-Some historical considerations» en «Psychopharmacology-Dimensions and progress». C.R. Joyce (Ed). Tavistock, London, 1946.
2. Poldinger, W. «Compendio de Psicofármacologia». Ed. Roche, 1984.
3. Sack, R L, De Frailes, E. «Lithium and the Treatment of Mania» en «Psychopharmacology Theory and Practice», D J Barches et als (Eds), Oxford University Press, New York, 1977.
4. Colodron, A. «Las Esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler».Siglo XXI de España Editores, S.A., Madrid1990.
5. Barcia, D. «Historia de la Psicofármacologia». You & Us, S.A., Madrid, 1998.
6. Imlah, N. «Un programa para la asistencia comunitaria de la Esquizofrenia en Birmingham, Inglaterra» en «Psiquiatría en la Comunidad y Neurolépticos Retard». Ruiz Ruiz (Ed) CEPYO, TIV, 1980.
7. THMA TxoriHerri Medical Association. THMNews nº 104, 5 de Abril de 2002.
8. Stephen M. Stahl. «Essential Psychopharmacology». Cambridge University Press,2000.

dad, muestras, presentaciones en encuentros médicos, etc) y a través de técnicas de promoción indirecta (fundamentalmente en publicaciones científicas y en actividades de formación continuada), invirtiendose en ello importantes cantidades de dinero que crecen progresivamente. Así, en 1995, la industria dedicó en U.S.A 10.000 millones de dólares a actividades de promoción que incluyen gastos en formación y visitadores médicos (5). Esta cantidad ascendió a 15.000 millones en el año 2000 (6). El gasto por médico en 1988 en U.S.A fue de 5.000 dólares, y en 1993 de 13.000 (5). Como es lógico, la formación derivada de la inversión de la industria con fines promocionales afecta a los contenidos de la misma, que de esta forma no responden tanto a las necesidades de los profesionales de mejorar o actualizar sus conocimientos en aras de una mejor atención a los problemas de salud de la población a su cargo, como a las necesidades de la propia industria, y se limitan casi exclusivamente a los aspectos farmacológicos.

La cesión progresiva y en los últimos años alarmante del terreno de la investigación y la docencia a la industria farmacéutica tiene pues importantes consecuencias en el desarrollo de la especialidad y en la praxis profesional y plantea serios problemas éticos derivados de posibles conflictos de interés entre las partes implicadas que vienen siendo motivo de preocupación en importantes sectores no sólo de la comunidad científica (como lo prueba la multiplicación de artículos sobre el tema publicados en revistas médicas en todo el mundo), sino también en otros sectores de la sociedad como son las asociaciones de consumidores, una de las cuales («Families U.S.A») ha denunciado el hecho de que las compañías farmacéuticas líderes dediquen más del doble a marketing y administración que a investigación y desarrollo (6). Esta preocupación ha llevado a la elaboración en los últimos años de códigos éticos promovidos por distintas entidades profesionales que intentan regular las interacciones entre los profesionales de la medicina y la industria.

2. FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

El objetivo de la formación continuada es la actualización en los avances que se producen en el conocimiento de la especialidad y en aquellos otros aspectos relacionados con la mejor atención y cuidado de los pacientes.

que este hecho se observa cuando existe un conflicto de opinión entre el punto de vista comercial y el científico, comprobándose que, a través de un continuo contacto con los delegados de ventas, la mayoría de los médicos (77%) se decantaban a favor del punto de vista comercial (9).

En una encuesta realizada a 120 médicos en Cleveland (Ohio), Chren (10) puso de manifiesto que los médicos que recibían mas a los representantes de los laboratorios tenían 13,2 veces mas probabilidades de pedir la inclusión de los productos de la compañía en el vademécum hospitalario.

Esta influencia de los visitadores en la conducta prescriptiva de los médicos es más llamativa si tenemos en cuenta que, en general, éstos tienen una opinión poco positiva sobre la calidad de la información que reciben de los visitadores. Hodge (5), en una encuesta realizada a Residentes y Staff de 7 hospitales docentes canadienses, encuentra que sólo el 15% de los encuestados consideraba que la información de los visitadores era de utilidad.

b) Regalos, comidas y viajes promocionales:

Constituyen una estrategia promocional muy extendida. El estudio de Hodge (5), antes citado, muestra que los Residentes y staff de Psiquiatría encuestados habían asistido, en el período de un año, hasta un máximo de 35 reuniones promovidas por la industria, 70 comidas pagadas, recibido hasta 75 artículos promocionales y regalos por valor de hasta 800 dólares, con un amplio rango en las respuestas.

Un reciente Editorial de The Lancet (11), relata irónicamente el fenómeno de la siguiente manera: *«Empieza lenta e insidiosamente, como una adicción, y puede terminar influyendo a la propia naturaleza de la toma de decisiones y a la práctica médica. Al principio parece inocente: un libro aquí, un bolígrafo allá y progresa hacia estetoscopios, carteras negras y, eventualmente, noches de diversión en convenciones profesionales y ´simposia educativos´ con todos los gastos pagados en lugares maravillosos»*.

Como con la publicidad, los médicos niegan la influencia de los regalos en su conducta prescriptiva. Hodges (5) señala que el 56 % de los médicos encuestados pensaba que recibir regalos no influenciaba su prescripción, pero curiosamente dicha apreciación estaba en relación directa con el número de regalos recibidos. Sin embargo, hay una evidencia clara de que tal influencia existe (12),(13).

Existe también evidencia de que el pago de gastos de viaje, por parte de la industria farmacéutica, cambia la conducta prescriptiva de los médicos (2),(10),(14),(15),(16). Un médico que acepta el pago del viaje a un simposium, prescribe entre 4,5 y 10 veces más el fármaco de

temente grande) y c) los investigadores temen que sus ensayos no sean financiados si el fármaco investigado no da los mejores resultados.

Como señala Tizón (1), la escasa fiabilidad de algunos ensayos clínicos se pone con frecuencia de manifiesto en las contradicciones en la información que proporciona el propio laboratorio. Es un hecho habitual que tras «avalar» la presentación de un producto con ensayos clínicos, supuestamente rigurosos, que demuestran su eficacia a cierta dosis, tiempo después presente otros trabajos que demuestran que las dosis eficaces son hasta 2-3 veces superiores.

La participación de médicos en ensayos clínicos con fármacos recientes reclutando pacientes de su práctica clínica (en ocasiones cobrando por paciente reclutado), es un hecho frecuente y plantea no pocos problemas éticos derivados de conflictos de interés entre las partes implicadas. El principal interés del médico debe ser el cuidado del paciente y el de la industria es el beneficio económico. El receptor de ese interés es, en el primer caso, el paciente y, en el segundo caso, el inversor. La mayoría de estos ensayos clínicos no tienen el menor interés científico y su finalidad es la promoción y prescripción de los productos ensayados (23). La participación en los mismos puede comprometer la obligación ética principal del médico, dividiendo sus lealtades y minando la confianza básica de la que depende la relación terapéutica (2).

Este problema alcanza proporciones alarmantes en U.S.A. donde transciende de los investigadores y afecta a las instituciones académicas, algunas de las cuales han hecho convenios con distintas compañías para poner en marcha centros de investigación y docencia en los que estudiantes y docentes desarrollan investigación para la industria (4). Las implicaciones éticas se agravan por la posibilidad existente para los investigadores de invertir en las compañías para las cuales investigan. Angell (4) señala con preocupación el dato de que la Facultad de Medicina de Harvard, que permitía a sus investigadores una inversión de hasta 20.000 dólares en las compañías cuyos productos investigaban, haya decidido recientemente relajar sus normas por considerarlas excesivamente estrictas.

El problema es que la mayor parte de la literatura «científica» que llega a los médicos clínicos, y no sólo la distribuida por la industria en esa labor «divulgatoria», proviene de estas fuentes, como veremos posteriormente.

citan su colaboración directa en programas de formación, produciéndose así un acercamiento de la formación médica al mercado en el que aquella pierde su objetividad y credibilidad (4), (17). «Las compañías viven de la formación», dijo en 2001 en un artículo un representante de la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America , la asociación de la industria del ramo (26)

El crecimiento en U.S.A de un nuevo tipo de empresas llamadas Medical Education and Communication Companies da cuenta de la amplitud del negocio de la formación médica. Como señala Relman (17), se trata de compañías pagadas por la industria farmacéutica que organizan programas educativos que ofrecen gratuitamente a los hospitales e instituciones docentes, preparan sus propias presentaciones, seleccionan y ofrecen material docente a los médicos, etc. Y sorprendentemente muchas de ellas consiguen ser acreditados por los organismos responsables de la acreditación docente, pese a que explicitan de forma clara sus auténticos objetivos a su principal cliente, la industria. Por ejemplo anunciándose así: «La Educación Médica es una herramienta poderosa que puede hacer llegar su mensaje a audiencias clave y conseguir que esas audiencias realicen acciones que beneficien sus productos»; o aquella otra que se anuncia: «Poniendo la ciencia a trabajar para usted. Preparando y construyendo el mercado a través de la educación profesional» (17).

En nuestro país el fenómeno no parece alcanzar todavía esos niveles al menos en lo que respecta a la formación de especialistas. Al depender el diseño curricular de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas la industria no interviene en sus contenidos y, hasta donde sabemos, no vende paquetes completos de programas de docencia a los hospitales docentes. Ahora bien, es dudosa la capacidad de la Comisión para garantizar el cumplimiento de los objetivos curriculares, y la formación obtenida parece ser diferente en calidad y contenidos en las distintas comunidades autónomas y unidades docentes. Además es también insidiosa la penetración de la industria en este ámbito, de la que se acepta, o a la que se solicita, ayuda financiera para organizar, dentro de las actividades docentes de los residentes, cursos, conferencias y actos diversos en los que, el conveniente distanciamiento no está suficientemente garantizado, dependiendo en la mayor parte de los casos, de las posiciones más o menos éticas o pragmáticas de los responsables directos. La industria aprovecha estos actos segura de su efecto promocional para sus productos, garantizado con la invitación a comidas y otras amenidades, cuyas consecuencias sobre las actitudes prescriptivas de los asistentes han sido ampliamente señaladas.

4.- Publicaciones

La gran mayoría de la información escrita que invade los despachos de los clínicos y es «generosamente distribuida» por los delegados de las compañías farmacéuticas en distintos formatos (separatas, actas de ciertos simposia o congresos de diseño e incluso monografías), son resultado de los trabajos de investigación antes mencionados y cuya validez científica ha quedado cuestionada, por lo que no vamos a insistir sobre ello.

El problema se acrecienta cuando el médico acude a revistas y publicaciones de reconocido prestigio en busca de información objetiva y científica. Incluso en ellas va insidiosamente infiltrándose la industria. Como señala Espino (29), en septiembre de 2001 los editores de 14 prestigiosas revistas biomédicas en un editorial conjunto denunciaron que «los investigadores apenas tienen control en el diseño del ensayo, no acceden a los datos brutos y ejercen un papel limitado en la interpretación de los resultados… a los que se les da el carpetazo antes de ser publicados si son desfavorables al producto patrocinado…» (30). En un reciente editorial del New England Journal of Medicine titulado «¿Está de saldo la medicina académica?», su autora, Marcia Angell (4), recuerda que esta revista fue la primera que en 1984 exigió a los autores de artículos de investigación que desvelaran sus relaciones con la industria y, cómo, en 2000 se produjo una importante polémica a raíz de la publicación de un trabajo, que comparaba la eficacia de un antidepresivo con terapia cognitivo-conductual y la combinación de ambas, en el tratamiento de la depresión crónica, firmado por una serie de autores cuyos vínculos con las compañías implicadas en la comercialización del fármaco en cuestión eran de tal calibre que no pudieron ser publicados en la revista por problemas de espacio y hubo que hacerlo en la página web de la misma. La misma autora señala las dificultades que tuvo la revista a raíz de la publicación del citado artículo para encontrar un psiquiatra que no tuviera vínculos financieros con la industria para escribir un editorial sobre el tratamiento de la depresión.

La industria dispone de otros recursos para penetrar en publicaciones reputadas como es conseguir la realización de trabajos de encargo, previo pago, de científicos o investigadores de prestigio, que fácilmente pasan los comités de publicaciones gracias a su reputación. En otras ocasiones las compañías pagan a autores de renombre para publicar material no suficientemente revisado como suplemento de una revista de impacto (31).

La exigencia del New England Journal se ha hecho extensiva a otras publicaciones pero todavía no es una práctica generalizada. Si bien no es una condición suficiente para la validación científica de un trabajo el conocimiento de los vínculos del autor con la industria, sí parece imprescindible que el lector conozca dicha relación.

A)Recomendaciones a nivel individual

Pretenden regular las relaciones individuales de los médicos con la industria en sus diversas vertientes:

1.- Regalos, viajes, hospitalidad y subsidios.

Los patrones relacionales entre los médicos y la industria son el resultado de una vieja cultura en que regalos, gratuidad y atenciones son tanto esperados como proporcionados. Es necesario un cambio progresivo en los valores y actitudes que, probablemente, se realice lentamente.

Se debe tener en cuenta que la aceptación de la prodigalidad de la industria establece relaciones de dependencia no deseables, puede disminuir o parecer disminuir la objetividad profesional, amenaza quebrar la confianza del paciente e incrementa el coste de los medicamentos.

1. Las recomendaciones van desde el rechazo total a todo tipo de regalos, a un gradiente de aceptabilidad basado en el coste (no excesivo) y la utilidad del mismo. Podrían ser aceptados los orientados al servicio (bolígrafos, calendarios, libros, etc.). Nunca deberían aceptarse los no orientados al servicio aunque fueran mínimos.
2. El pago de viajes debería reservarse a aquellos que hacen contribuciones formales a los eventos y, salvo excepciones debidamente justificadas, nunca a los acompañantes. Es aceptable el pago de gastos a estudiantes y Residentes si la selección de los asistentes la realiza la institución docente y no la industria.
3. La aceptación de invitaciones no debería exceder de una comida modesta, un cocktail de bienvenida o un sencillo acto social incluido en el programa. En todo caso, nada que uno mismo no se pueda permitir habitualmente.
4. Se sugiere al médico que antes de aceptar un ofrecimiento se haga las siguientes preguntas : ¿Qué pensarían de este arreglo mis colegas?, ¿y mis pacientes?, ¿cómo me sentiría si se hace público?

2.- Participación como conferenciante pagado

1. El conferenciante debe desvelar siempre la naturaleza de sus relaciones con la industria.
2. No debe promocionar medicamentos concretos. Si es necesario, mencionará sólo los nombres genéricos.
3. Debe revisar y modificar, si procede, el material didáctico facilitado por la industria.

2.- Para las Sociedades Científicas

Aquellas Sociedades Científicas que acepten financiación de la industria para la realización de actividades deben considerar que su principal objetivo es promover entre sus miembros el juicio independiente por lo que han de ser fuente de información fiable para los mismos y el público en general. Se aconseja que las Sociedades adopten medidas específicas para manejarse en los límites éticos en su relación con la industria, recomendando las siguientes guías de actuación:

1. Asegurarse que los programas de actividades responden al interés de la mayoría de sus miembros y no del esponsor.
2. Desvelar la fuente de financiación a todos los implicados de modo claro.
3. Evitar que las actividades promocionales se entremezclen con las actividades científicas. La celebración de actos promocionales debe hacerse en salas independientes y ser claramente identificados como tales.
4. Evitar incluir publicidad en sus publicaciones y en el material que reparten.

4. CONCLUSIONES

De lo hasta aquí expuesto, se pueden extraer, fácilmente, las siguientes conclusiones:

1. Que la influencia de la industria farmacéutica en las actividades de formación continuada de los médicos es un hecho cierto, generalizado y progresivo, con importantes repercusiones en el desarrollo de la especialidad, en la práctica profesional, en la credibilidad social y en el incremento del gasto farmacéutico.
2. Que las Administraciones Públicas no deben permanecer pasivas ante este fenómeno por lo que es preciso que asuman sus responsabilidades en la formación continuada, asegurando que la información que reciben los médicos sea científica, objetiva y de calidad.
3. Que es urgente la puesta en funcionamiento del recién creado «Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada» – o su equivalente a nivel Autonómico- asegurando la total independencia de este organismo con respecto a la industria farmacéutica y otros proveedores.

10. Chren, M.M., Landefeld, S.: «Physicians behaviour and their interaction with drug companies». *JAMA* 1994, 271: 684-689 (citado por Komesaroff).
11. «Drug company influence on medical education in U.S.A»: *Edit. The Lancet*, sept. 2000, vol.356, nº 9232.
12. Mcinney, W.P. Schiedermayer, D.L. et alt. «Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives». *JAMA*, 1990; 264: 1693-1697
13. Chren, M.M; Landefeld. C.S. et alt.: «Doctors, drug companies and gifts». *JAMA*, 1989; 262: 3448-3451 (citado por Komesaroff).
14. Wazana, A. «Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?. *JAMA*, 2000, 283: 373-380 (citado por Komesaroff).
15. Thomson, A.N.; Craig, B.J. et alt.: «Attitudes of general practitioners in New Zealand to pharmaceutical representatives». *Br. J. Gen. Pract.* 1994; 44: 220-223 (citado por Komesaroff).
16. Orlowski, J.P.; Wateska, L.: « The effects of pharmaceutical industry enticement on physicians prescribing patterns». *Chest* 1992, 102: 270- 273.
17. Relman,A.: «Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing». *JAMA*, 2001, vol. 285 nº 15, pp 2009-2012 .
18. Dieperink, M.; Drogenmuller, L.: «Sponsored grand rounds and prescribing behaviour». *JAMA, march 2001*, vol.285, nº 11,pp1443-1444.
19. Bero,L.: «Influences on the quality of published drug studies». *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 1996; 12: 209-237. (Citado por Komesaroff)
20. Bodenheimer, T. : «Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry». *Arch. Fam. Med.* 1995; 4: 335-339.
21. Chalmers, I. : «Underreporting research is scientific misconduct». *JAMA*, 1990; 263: 1405- 1408.
22. Davidson, R.A.: «Source of funding and outcome of clinical trials». *J. Gen. Intern. Med.* , 1986; 1: 155-158.
23. Coyle, S.L.: «Physician- Industry Relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann. Intern.Med.* 2002 ; 136: 396-402.
24. Holmer, A.F.: «Industry strongly supports Continuing Medical Education». *JAMA*, 2001; vol.285, nº 15, pp 2012-2014.
25. Katz et alt. : «Academy- Industry collaboration in continuing medical education: description of two approaches». *Journal of continuing medical education in the health profession*» 2002; 22 (1), pp 43-54.

Toda formación, también la de los profesionales (2) para el ejercicio de su práctica, es, pues, un proceso continuado, necesariamente permanente, imposible de producirse de una vez por todas.

Tratar de la formación es situarse en un campo contradictorio y polémico de relaciones entre sujetos, objetos, contextos, formas de saber, rituales, estrategias, medios y métodos para lograrlo, y todo ello dentro de la complejidad de las instituciones que intervienen en dicho ámbito. (3) (4)

2. SOBRE LAS TEORÍA

En toda demanda/deseo de formación se juega, en mayor o menor medida, la fantasía de que hay métodos y estrategias que garantizan un bien hacer y conlleva la búsqueda de un saber que ponga fin a la carencia apreciada en uno y a la dificultad de hacer frente de modo exitoso a la realización de la tarea y a los malestares que conlleva todo el entramado en el que se desarrolla la misma: el espacio grupal y el espacio institucional propios.

En ese sentido podemos decir que toda teoría (y también todo espacio de formación) moviliza expectativas fascinantes (5) ; el atrapamiento en dicha fascinación (centrada en un «tener») puede paralizar al profesional en una práctica encorsetada separándola de toda posibilidad de tener que inventarse a sí mismo de nuevo con su cliente o usuario.

La teoría ha de sustentar una práctica; pero puede también actuar como defensa frente al sujeto (6) y pretender ofrecer un discurso sin fallos que sirve para desembarazarse de la palabra, problema o situación molesta.

Tal tipo de discurso o propuesta de saber produce la apariencia de un control (7); se ofrece como garantía de eficacia y eficiencia frente a otra posición que incluye la paradoja y la duda aceptándolas como inherente al hacer con sujetos y con fenómenos no siempre predecibles. (8)

Tales modos de utilización de las teorías llevan, a la vez, a una práctica que podríamos llamar de la completud, del control y de lo deshumanizadamente objetivo. Hay otro modo de manejarse con las teorías que pasa por el reconocimiento de la falta, de la utilización creativa de las mismas y del reconocimiento de la importancia de los vínculos como instrumentos del trabajo; es decir, una práctica a ser en cada momento creada porque creativamente único es aquel acto que se da entre un sujeto que pide/demanda/necesita (9) y aquel otro colocado en el lugar de supuesto dador de recursos o soluciones y para lo cual la teoría es un referente necesario.

Porque el equipo ha de compartir un conjunto de conocimientos que le permitan trabajar y entre ellos está la comprensión de aquello que sucede en su propio ser equipo formado por sujetos para hacer una tarea en una institución. Institución de la que es parte en tanto elemento instituido y en tanto factor instituyente. (16) (17) Todo equipo está sujeto a un amplio número de influencias que, en algún modo, lo sobredetermina. Esta sobredeterminación policausal procede de la institución en la que desarrolla su actividad pero también de los vínculos de ésta con otras que a su vez la influencian. Estas determinaciones existen siendo variable el nivel de conciencia acerca de ellas que pueda tener cada uno de los miembros del equipo o el equipo mismo.(18)

4. SOBRE LAS INSTITUCIONES

La institución, las instituciones tienen una función social y cultural importante. Las instituciones contienen ansiedades (19) y ayudan a la realización de deseos individuales y grupales. Fundadas originariamente para defender la continuidad de la cultura y resolver el sufrimiento inherente a la certeza de ser efímero y caduco, hacen sufrir. La institución, cualquier institución, es incapaz de sostener indefinidamente todas las necesidades de todos y cada uno de los sujetos en ella implicados y que la constituyen. En uno u otro momento, antes o después, aparece la evidencia de que todo lo depositado es incumplible. A mayor depositación sobre la institución de partes inmaduras de la personalidad individual mayor riesgo de frustración. Las instituciones tienen también sus ciclos. Algunos de ellos las hacen ser escasamente contenedoras y algunas veces agresoras.

Es sumamente importante que los equipos tengan la posibilidad de conocer y compartir estas cuestiones y poder analizar el peso que sus modalidades individuales, grupales o institucionales ejercen sobre la realización de la tarea, ya que es ésta en última instancia la que justifica la existencia del equipo y a veces de la institución.

Es particularmente necesario el análisis detallado del amplio repertorio de los fenómenos psicodinámicos individuales, grupales e institucionales que, respondiendo frecuentemente a mecanismos inconscientes, se internalizan en los equipos y determinan comportamientos que influyen decisivamente en las relaciones interpersonales y en la realización de sus tareas. Lo que realmente perturba el hacer del equipo es el saberse sujetos a un determinismo inexplicable, a una dinámica compulsivamente repetitiva, a una queja permanente o saberse objetos

Podemos, pues, considerar la supervisión la creación de un espacio grupal-institucional en el que un equipo de profesionales expone su trabajo a la mirada de un profesional ajeno a la cotidianidad de la misma con la intención de recibir aportes que tengan efectos de aprendizaje y que ello repercuta en una mejora de la práctica .

Para esa tarea que suele llamarse de asesoramiento y/o supervisión me gusta mas el término «co.pensor». (25) Creo que, básicamente, lo que hace el supervisor es «pensar con» el equipo, desde la posición de externidad que es lo que añade un particular valor a la visión del material que se le presenta. El supervisor aporta su visión y también la singularidad que pueda tener de conocimientos sobre la base de su experiencia y formación

De lo que se trata es, cuando se trabaja con equipos con experiencia y conocimientos previos, de relanzar lo que se sabe, de pensar la experiencia y de abrir, desde el reconocimiento de los distintos saberes y modos de llevarlos a cabo, nuevas formas de pensar y de hacer construyendo así un nuevo campo de conocimientos.

Es un espacio de aprendizaje en grupo pero de un aprendizaje que surge de la transmisión de las prácticas de los miembros del equipo y de la posibilidad de pensarlas.

Es un campo de articulación entre teoría y práctica. Siempre es importante aprender de lo que se hace. Pero para aprender hace falta reconocer que no se sabe todo y que podemos recibir de otros aportaciones complementarias. Esto es especialmente importante en el equipo de composición multidisciplinar que ha de transformar lo estático de esa composición en dinámica interdisciplinar e ir creando así un campo al que podemos llamar transdisciplinar.

Esa no es una tarea fácil porque no es siempre fácil estar en grupo ni trabajar en institución. Es un hecho paradójico, como dijimos, que grupo e institución tienen como una de sus funciones contener ansiedades pero a la vez las generan. Cuando su monto es muy alto no se produce aprendizaje.

La presencia del supervisor facilita la posibilidad de que los miembros del grupo puedan expresar sin exponerse a riesgos de ansiedades exageradas. En ese sentido diría que el supervisor tiene una función básica de ayuda y acompañamiento, para desarrollar la cual ha de generar un clima en el que sea fácil participar e implicarse para abrir nuevas posibilidades y recursos y hacer frente, así, a los objetivos que dan sentido a la tarea. Para el grupo y la institución el trabajo del supervisor se enmarca en un contexto de soporte y asesoramiento desligado de la función directiva y evaluativa.

les y los equipos, de manera que su existencia pasa a formar parte de los indicadores de calidad de los mismos. Y también como ayuda frente a situaciones de sufrimiento o malestar. Malestar que desde Freud sabemos imposible de soslayar porque es el pago de los sujetos por inscribirse en la cultura, y por ende, en las instituciones. (29)

En estas situaciones, muy frecuentes, el trabajo en tanto supervisor pretende acompañar, y promover una función «productiva» del malestar. Malestar productivo que sería aquel que facilita modificación en los Ideales y permite abocar esfuerzos para realizar al máximo lo posible; que abre el camino para poder diferenciar la ilusión, el ingrediente utópico necesario para poder llevar a cabo un trabajo difícil y contradictorio, de lo ilusorio; y que facilita la experiencia de compartir también las soledades, incertidumbres y dudas que van unidas a cualquier proceso de crecimiento.

7. SUPERVISIÓN CLÍNICA Y/O INSTITUCIONAL.

Podemos decir que en la supervisión clínica se centra la mirada sobre los contenidos clínicos de la tarea, la teoría, los vínculos profesional-usuario, las vicisitudes en el desarrollo de la misma. Uno o varios miembros del equipo exponen un caso o situación referida al mismo.

En la supervisión institucional la atención se centra en los procesos y dinámicas que rodean a la tarea primaria de cada equipo. Sabemos que la práctica asistencial está en alguna manera condicionada y mas o menos sobredeterminada, por las características de la institución y el sistema organizativo en el que tiene lugar. Yo creo que en este espacio es muy importante poder aislar los efectos que dichas situaciones tienen sobre la dinámica del equipo y que facilitarán o dificultarán la tarea. O que, en alguna medida, tienen un valor sobredeterminante. De manera que la sobredeterminación que ejerzan sobre los profesionales individuales y sobre el equipo las características de la institución (sus objetivos, sus condiciones contractuales, de espacio, normativas, el tipo de organización, etc.), para bien y para mal va a depender del equilibrio y clima de tal grupo.

Pichón Riviere habló del ECRO como el conjunto de saberes compartidos que va construyendo un equipo para poder trabajar con coherencia. El supervisor ayuda al equipo en el proceso de construcción de sus marcos de referencia, a ir pasando de la originaria diferencia de lenguajes a un lenguaje suficientemente compartido, que sea compatible con la necesaria existencia de lenguajes singulares procedentes de

referencia y sus estrategias terapéuticas, el grado de cooperación, de contención y los espacios que se permiten para elaborar las ansiedades y la angustia derivadas del trabajo. En una palabra, en que medida el equipo funciona contenedoramente (35) ante las ansiedades de sus miembros.

Es necesario que exista el máximo consenso posible de los distintos miembros del equipo, la pertinencia de la demanda y un ajuste de las expectativas del grupo a las características y posibilidades reales de intervención y evitar propiciar expectativas idealizadas, fantasías omnipotentes y mágicas, etc. aunque éstas siempre están en el origen de cualquier intervención.

Con referencia al encuadre, creo que hay que ser extremadamente cuidadosos, al igual que en la actividad asistencial o en cualquier actividad profesional, con los elementos definidos, lugar, horario de comenzar y terminar, preparación de la tarea a presentar. Y eso es muy importante en tanto los elementos de organización tienen efectos contenedores sobre la actividad.

La frecuencia en tiempo depende de la cuestión de que se trate. En este sentido los criterios han de ser los mismos que para otras actividades del campo clínico: gravedad del problema, urgencia por hallar soluciones frente a un hecho, etc. Los encuentros han de ser lo suficientemente confortables para que pueda abordarse la cuestión objeto de trabajo. Desde el comienzo se marcan ciertas metas a cumplir que servirán de parámetros de seguimiento para pensar en la finalización de la intervención sobre todo cuando es una intervención en crisis o conflicto.

9. LA ÉTICA

Además de un saber específico el supervisor ha de tener altas dosis de humildad, prudencia y comprensión, aunque creo que todos esos valores deben ser exigibles también para cualquier otra práctica profesional.

El supervisor en su tarea ha de estar sujeto a los principios éticos que regulan la práctica profesional. Las organizaciones, en su contrato con el supervisor, establecen con frecuencia una exigencia de encuentros para evaluar la tarea y sus efectos sobre el equipo. Conviene establecer con la dirección los contenidos y limites de las informaciones y dar cuenta detalladamente de ello al equipo. Bien tratada, esta cuestión no suele presentar dificultades.

Y para acabar, algunas reflexiones.

10. RESUMEN

La supervisión, tanto clínica como institucional, aporta importantes elementos a la formación continuada constituyendo un espacio privilegiado para pensar el hacer y reformularlo. El espacio se constituye con la presencia de un tercero, el supervisor, ajeno a la institución y a los avatares por los que transcurre el hacer del equipo, en un contexto de soporte y asesoramiento al mismo. Es una tarea que pone en juego el saber previo de cada unos de los miembros, que forman un equipo inserto en una institución las características de la cual tienen un determinado efecto sobre la tarea. Los resultados que se esperan de dicha práctica pueden ser descritos como de contención de las ansiedades y aumento y operatividad de los aprendizajes.

En el presente trabajo se plantean algunas cuestiones referidas al aprender y a las posibilidades y límites de las teorías que sustentas las prácticas profesionales; éstas, en las instituciones y dispositivos del ámbito de la salud mental, son llevadas a cabo por equipos constituidos por profesionales de diferentes disciplinas que han de poner empeño en pasar de la multidisciplina constitutiva a una tarea interdisciplinar. El efecto de dichos intercambios es una transformación de los saberes originarios y la creación de un conocimiento compartido en suficiente medida para que el trabajo tenga efectos. La supervisión ayuda en todo este proceso.

Hacer algunas aportaciones de dicha actividad, la demanda que la pone en marcha, las condiciones para su realización y los criterios éticos que la regulan son algunos otros de los objetivos que se plantean en este trabajo.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Spitz, R.; *El No y el Sí. Sobre la génesis de la comunicación humana*. . Buenos Aires, Ed. Hormé, 1972
2. Leal, J.; Formarse, formar, ser formado. *Revista del CIFA* , 1992, Nº 8,
3. Kaës, R. y Anzieu, D. *Fantasme et formation*. París, Dunod. 1984
4. Baz, M.; «Reflexiones sobre la didáctica grupal». En: Bauleo, A, Duro, JC., Vignale, R.: *La concepción operativa de grupo*. Madrid, AEN 1990
5. Mannoni, Maud. *La teoría como ficción*. Barcelona, Ed. Crítica, 1980

26. León Felipe. *Versos y oraciones de caminante,* en Antología Rota. Buenos Aires, Losada, 1.970
27. Aragonés, T.; *La supervisió: una manera d'acompanyar als profesionals dels Serveis Socials*. CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Tétodes Projectius, 2001
28. Leal, J.: Cuidarse, cuidar, ser cuidado. En *La soledad del cuidador*. CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Tétodes Projectius, 2001
29. Freud, S.: *El malestar en la cultura*. Obras Completas. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva. 1972
30. Bleger, J. *Psicohigiene y Psicologia Institucional*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión. 1974
31. Bauleo, A.: «*Clínica grupal, clínica institucional*». Buenos Aires, Atuel S.A. Ediciones. 1990
32. Leal, J.: Aproximación a una lectura institucional de los Servicios de salud Mental en Leal, J. (coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid. AEN, 1997
33. Leal. J: Equipos comunitarios, ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari*. CIFA-AEN, Barcelona, 1993
34. Bauleo, J.; *Notas de Psicología y Psiquiatría Social*. Buenos Aires, Atuel S.a. Ediciones. 1990
35. Menzies, I.; «*Containing anxiety in Institution: select essays*». Columbia University Press, 1990
36. Goffman, E. *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu, 1970
Galende, E. Barenblit, V.; La función de curar y sus avatares en la época actual. En *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari*. CIFA-AEN, Barcelona, 1993

innovadoras surgen del diálogo horizontal e interdisciplinar). Ello no resta méritos a la importancia de la planificación o del control de la relación sobre el entorno o los resultados en términos de eficiencia y efectividad, fundamentalmente cuando se trata de mantener y potenciar todo aquello que de novedoso ha podido descubrir la creatividad caótica. Así pues, aumentar la complejidad cuando aumenta la incertidumbre, aumentar la percepción, la tecnología y el conocimiento, combinar la planificación y la creatividad (liderar es crear entorno).

En un sistema como una organización o un servicio, todo esto implica potenciar movimientos naturales, pequeñas autoorganizaciones. Crear entorno es crear condiciones para la participación organizada, el debate, la crítica, la expresión de emergentes. En estas condiciones, se transfiere poder; el ejercicio de la dirección se basa en la sutilidad, la credibilidad, la ejemplaridad y los valores éticos. Lo contrario de esto son los sistemas de ciclo límite, que operan de forma repetitiva y mecánica, como una estrategia de resistencia al cambio. Son sistemas que pueden mostrar una gran fortaleza precisamente cuando más amenazados se sienten. Una lectura de la empresa o la organización desde el poder o la competitividad pura desarrolla más fácilmente este tipo de estrategias, ya que retroalimenta continuamente estos valores en todas sus actividades, haciendo de la rutina y la inalterabilidad del sistema, por encima de las personas, su único equilibrio posible. Hay que decir que se trata de un comportamiento muy típico tanto de las personas como de las organizaciones: cuanta más incertidumbre, más tendencias a fortalecer aquello que conocemos, más necesidad de volver a las antiguas creencias negándose incluso a nuevas percepciones o ideas (ello sería empezar a cambiar). En las organizaciones muy perturbadas por fluctuaciones internas y amenazas del entorno, la incertidumbre puede generar el fortalecimiento de las reglas, las leyes, la jerarquía y las normas tradicionales de comportamiento.

Pero también existen personas creativas y organizaciones creativas, capaces de mirar honesta e inteligentemente la realidad, superar sus temores, deshacerse de las viejas creencia y mitos y disponerse a cambiar. La teoría del caos enseña la importancia de la cooperación en la creatividad caótica, así como de una cierta autoorganización natural entre los individuos, la no linealidad del tiempo –el tiempo de creación es más largo que el de ejecución, pero ambos ritmos deben poder convivir-, la complejidad escondida en lo aparentemente sencillo, la simplicidad al final de lo complejo (una realidad fractal). Comporta una visión holística de la realidad, entorno y sistema relacionados (ver fig. 1).

En el paso a la complejidad, las organizaciones pasan:

fuera, y de una disciplina tan por lo menos antipática como la economía. No sólo eso: para que quede más claro, con frecuencia ha sido lanzado por algunos ámbitos de gerencia como sinónimo de recorte de recursos, cuentas de resultado en peligro, necesidad –en suma, y como ya hemos visto- de mayor control.

Sin embargo gestión clínica sólo significa *la capacidad de movilizar y ordenar dinámicamente los recursos –entre los que las propias personas son los fundamentales- de acuerdo con criterios racionales y explícitos, y de acuerdo también con la finalidad última del servicio que se presta*. Se trata de una aproximación intencionalmente genérica, que no podemos ahora desgranar en todos sus matices, pero ya nos advierte que poner como primer criterio de finalidad el económico –por ejemplo- es sólo una de las opciones posibles. Nos dice también que es fundamental saber cuál es la última finalidad del servicio que se presta (esto ya es un debate muy interesante, por ejemplo, en un hospital). En el sistema sanitario se acepta que equidad, efectividad o eficiencia son valores (o *criterios racionales y explícitos*) que deben formar parte de la organización. Cómo organizarlos y administrarlos en concreto es una de las tareas de la gestión clínica. Para nosotros , no existe o no debería existir una frontera nítida entre el concepto de gestión clínica aplicado a cada profesional individual y el concepto de gestión del servicio. La organización como conjunto, compuesto por personas individuales, es el principal recurso de que disponemos y por lo tanto, es tarea de todos concebirla y mejorarla. Para cada profesional es muy importante cómo administra su tiempo, sus conocimientos, cómo reaprende su propia profesión, cómo usa los recursos diagnósticos y terapéuticos, si aplican adecuadamente los protocolos o las guías consensuados, si se adapta a los cambios tecnológicos, si se sabe parte de un proceso colectivo y procura hacer bien en tiempo y manera lo suyo para que otros no sufran disfunciones o retrasos, etc..., pero también es muy importante la organización misma, sus procesos y sistemas de trabajo, el grado en que se ocupa en dar soporte a los profesionales, su manera de adaptarse a los retos y los cambios.

Si leemos todo lo hasta ahora dicho en clave de salud mental, podremos apreciar que, lejos de simplificarse, se añaden nuevas complicaciones y retos. Términos como oferta – demanda o efectividad adquieren connotaciones diferentes y llenas de dificultades, en una tarea donde el factor «tiempo disponible» es crucial. El mismo servicio a prestar es aún, si cabe, más intangible (no puede apreciarse antes de que se produzca en la relación profesional) y heterogéneo (puede variar con el agente que lo da, o incluso el momento en que se da). Es por lo tanto, aún más subjetivo.

ca una organización basada en criterios racionales y explícitos, orientada a la eficiencia, que dé confianza y garantías, que promueva la evaluación y la mejora permanentes, que disminuya riesgos a nuestros pacientes, que sepa actualizarse en conocimientos y tecnología. Que pueda, al fin, cuidar a los que cuidan, esto es, implicándoles, facilitándoles, apoyándoles a saber explotar su creatividad en un proyecto común.

3. FORMACIÓN DE UN ESPECIALISTA: ¿NECESITA ADQUIRIR CONOCIMIENTOS EN GESTIÓN CLÍNICA?

Ejercer la profesión de psiquiatra o psicólogo, por ejemplo, no requiere sólo conocimientos y habilidades de experto en el sentido puramente tecnológico. De hecho, nadie aprende la profesión solamente así, sino que tales aspectos se dan históricamente, en una práctica concreta de «cómo se hacen las cosas». Por lo general, ello implica la introyección de conceptos, estilos e incluso valores dados que no pasan por la reflexión o el análisis. Despertar la conciencia de que ser profesional implica involucrarse en el contexto al menos donde uno trabaja, y tratar de mejorar las cosas, es el primer paso. ¿Cuál es el problema y cuáles las posibles soluciones?¿Cuáles son los condicionantes externos e internos?

Existen instrumentos que nos ayudan a analizar problemas y posibles soluciones de una manera ordenada y realista.

Los temas básicos que deberían incluirse en la formación postgrado para cualquier especialista son:

Organización del Sistema de Salud.

El conocimiento «macro» de la organización de nuestro Sistema sanitario de sus avances en los últimos años, sus similitudes y diferencias con otros países , de sus carencias, de sus perspectivas de futuro es cada vez más imprescindible para la gestión «micro» de servicios de salud.

Por otro lado en nuestro país existen diferencias notables en la organización de los servicios en SM que un especialista en psiquiatría debería conocer someramente.

4. RESPONSABILIDAD DIRECTIVA Y FORMACIÓN EN GESTIÓN CLÍNICA: ¿CUÁNTO DE EXPERIENCIA CLÍNICA Y DE GESTIÓN DEBEN TENER LOS PROFESIONALES CON RESPONSABILIDAD DIRECTIVA?

En etapas anteriores, sólo los profesionales sensibles al compromiso y armados de una fuerte ideología de cambio, se atrevían a hacerse ciertas preguntas. Algunos pasaban rápidamente a la generalización del problema señalando el poder como origen y causa del mismo. Otros muchos, además, han tratado de construir elementos concretos de intervención: sistemas de trabajo alternativos, centros mejor organizados, prestaciones de psicoterapia más accesibles..Aprender gestión clínica es incorporar elementos concretos de conceptualización, análisis, transformación y evaluación del servicio dentro de un contexto social y asistencial determinado. Lo relevante es que todos los profesionales deben participar, de una u otra manera, porque nadie puede estar fuera de la organización. Corresponde entonces a los responsables de los equipos estimular y facilitar este proceso ejerciendo un liderazgo, entendiendo éste como la capacidad de *crear entorno*, influir constructivamente sobre la potencialidad del grupo para conseguir el mejor funcionamiento posible del servicio.

Además de ello es conveniente que las organizaciones incorporen la formación en los diferentes aspectos de la gestión clínica en los planes de formación continua de los equipos, siempre en relación con las propias necesidades de los servicios. De tales programas deberían surgir responsables de áreas o procesos concretos, como una tarea profesional más. Gran parte de la responsabilidad de estos objetivos recaen en la dirección de los centros, y concretamente en su capacidad para mantener el estímulo de los profesionales, plantear proyectos creíbles para la gente e implicarlos honestamente en el desarrollo de los mismos y en sus resultados. Por otro lado, los responsables de los servicios suelen ser un factor decisivo en la vitalidad no sólo del funcionamiento general del centro o servicio, sino también en el clima de compromiso y estímulo de los profesionales.

El perfil de los profesionales que se dediquen a la gestión clínica podría ser:

«Profesional con experiencia clínica en los que la gestión sea una opción de futuro»

Cada vez más será necesario que los roles de dirección sean una elección personal y profesionalizada. Las personas que dirigen servicios sanitarios, en este caso los de SM, han de ser profesionales que

CON CAPACIDAD POTENCIAL DE NEGOCIACIÓN Y DE CONSENSO.

Potenciar y desarrollar esta capacidad y habilidad de los directivos es clave par el funcionamiento de los servicios. Poder acordar con los diferentes sectores de una organización, hasta donde sea posible, los cambios, transformaciones o soluciones a conflictos o crisis es necesario para que los profesionales puedan trabajar con un mínimo de estabilidad.

Con capacidad potencial analítica y de evaluación de procesos asistenciales.

Contemplando el conjunto de una organización es necesario que los profesionales directivos integren, progresivamente, a los resultados clínicos de los tratamientos o programas asistenciales, los resultados económicos y presupuestarios, las estrategias de desarrollo a corto y medio plazo, los resultados en la coordinación del sector, etc. Todo ello hace imprescindible una capacidad y conocimientos en evaluación en la calidad de los servicios.

SENSIBILIDAD Y CONOCIMIENTOS EN PLANES DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.

Dentro de la cultura y estilo en desarrollar la gestión clínica cada vez mas será necesario incluir instrumentos y métodos de investigación y formación. La predisposición y sensibilidad hacia estas cuestiones en el campo clínico, económico, asistencial e institucional deberían formar parte de la preparación y formación de los coordinadores /directores de servicios.

5. BIBLIOGRAFÍA

Textos de referencia básica para introducirse en la temática de la Gestión Clínica

1. Uri Merry, Natali Kassavin: *Coping with uncertainty: Insights from the new sciences of chaos, self organization and complexity.* Westport, CT. Praeger Publishers 1995
   Aplicación de los nuevos conocimientos científicos desde la Teoría del Caos (complejidad, autoorganización..) al análisis de la sociedad humana, las organizaciones y la personalidad, y en general a la evolución de las ciencias sociales en los próximos

te-beneficio (se comparan programas diferentes con objetivos de salud diferentes) y coste-utilidad (introduciendo el criterio de calidad de vida, es decir la opinión de los afectados) aplicado a los programas de salud y también de salud mental.

7. Institut Borja de Bioètica (Varios): *Distribución de recursos escasos y opciones sanitarias*. Fundación Mapfre y SG Ed. Barcelona, 1996
   Interesante compendio de artículos de diversos autores internacionales sobre el crucial tema de la equidad en la oferta sanitaria, aportando la visión ética al mundo de la planificación y la gestión de los servicios.

8. Schreler R. K. Psychiatric care for the 21st. century. *Psychiatr Services* 1997; 48: 1245-1246
   Breve artículo que relaciona esquemáticamente los retos más importantes de la psiquiatría occidental del siglo XXI.

9. Garcia J./J.L. Vazquez Barquero. *Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Santander 2000.
   Los autores realizan un estudio y análisis de la transformación de la asistencia psiquátrica en España a partir de la reforma iniciada en los años ochenta, aportando datos, algunos de ellos diferenciados por comunidades autónomas y elaborando unas conclusiones de sus logros y deficiencias.

10. José Leal Rubio (Coordinador) *Equipos de Salud (Mental) y Salud (Mental) de Equipos e Instituciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Madrid, 1997.
    Diferentes profesionales de servicios de Salud Mental aportan sus reflexiones sobre temas como: las organizaciones e instituciones en SM, funciones y tareas de los equipos comunitarios , modelos de gestión de recursos y organización asistencial, instrumentos para valorar la calidad en SM, la coordinación intersectorial, nuevas demandas y elementos de tipo ético en las intervenciones profesionales.

Como en la ciudad cada barrio o sector ofrece aspectos y sensaciones muy diferentes. Por ej. : mientras que en el « barrio « de los recién nacidos la alegría y las flores suelen ser muy llamativas y casi estridentes, unos metros más allá, siguiendo el mismo corredor y separados por una doble puerta de acero, se encuentra el polo opuesto : el barrio de oncología infantil donde la tristeza, la incertidumbre y las angustias de muerte se hacen casi sólidas e inevitables. Los nombres de las distintas zonas marcan ya en sí mismos algunas características diferenciales entre sus habitantes: Medicina Interna, Traumatología, Urgencias, Unidad de Trasplantes, Hemodiálisis, Coronarias, Oncología, Cuidados Intensivos y así muchos mas... Pero el denominador común subsiste: la pérdida de la homeostasis individual y/o sociofamiliar .

2. EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

La hospitalización.

La enfermedad supone para el paciente una «violencia arbitraria», injustificada, que muchas veces no se comprende. La asistencia sanitaria, incluido el ingreso en el Hospital, lleva a cabo una violencia necesaria e inevitable, que debe de ser mitigada en todo lo posible por el «bien hacer» de los profesionales, pero que nunca deja de hacerse presente durante el tiempo de ingreso.

Se llega a la hospitalización cuando la situación del paciente sobrepasa la capacidad de respuesta eficaz en su entorno familiar o asistencial inmediato. Supone generalmente una búsqueda de ayuda ante una situación difícil e incierta. Es un último recurso necesario pero no deja de ser un mal menor. Rompe el equilibrio del sistema de vida habitual en el sujeto y le obliga a encarar una situación virtualmente desestabilizadora, tanto para él como para sus familiares o acompañantes.

Se alteran los ritmos normales de actividad y horarios. Por un tiempo se ha de prescindir de las tareas cotidianas que regulan y ofrecen la sensación de seguridad de lo conocido. El paciente tiene que aceptar un mayor grado de dependencia, así como la pérdida de una buena parte de su intimidad y relaciones sociales. El espacio y la actividad se reducen, en cambio aumentan el tiempo de inmovilidad, las restricciones dietéticas, las intervenciones dolorosas, la incertidumbre, la falta de información suficiente, etc.

Aquella creencia de que el sistema nervioso carecía de medios para influir psíquicamente en la respuesta inmune cayó por tierra hace ya algunas décadas al igual que otros falsos dogmas. Los avances de la neuroinmunología han demostrado que *«el estado psicológico* de hombres y animales de experimentación *modula las respuestas defensivas inmunes»*. Las «glia», las células cerebrales que complementan y regulan las funciones de las neuronas, pueden captar y enviar mensajes (citoquinas) intercambiando información con las células inmunológicas (1).

Hoy se conoce ya con suficiente rigor la *interacción de los sistemas nervioso, hormonal e inmunitario por una parte y el estado psicológico del sujeto por otra*. Este se constituye en patrón inmunológico que puede ser distinto en cada sujeto y hacer variar el modo de respuesta potenciando la resistencia a la enfermedad o, al contrario, inhibiéndola y precipitando su aparición. Un agente patógeno constituye una condición necesaria pero no suficiente para determinar el inicio y la evolución de una enfermedad. El que una persona enferme o no, mejore o empeore, depende no sólo del grado de intensidad del agente patógeno que le ataque, sino también de la mayor o menor vulnerabilidad del organismo y del sujeto. (2), (3), (4).

Como resultado de estas investigaciones se tiene cada vez más en cuenta la importancia de los condicionantes psicológicos en la respuesta inmunológica. Resultan especialmente *importantes los estados de estrés agudo y los procesos de duelo*. Sus efectos inmunodepresores pueden ser comparados, en muchos casos, a los ya conocidos de los corticoesteroides y lesiones hipotalámicas. En algunos trabajos se señala que hasta los modos de información de un diagnóstico referido a una enfermedad grave pueden generar modificaciones, no siempre predecibles, en los sistemas de respuesta biológica según que determine en él motivaciones optimistas de lucha o de autoabandono derrotista.

«La mente no existe como entidad aparte» (5), (6). Interactua, como cualquier otro aparato, con el resto de los sistemas produciendo salud, si está bien integrado con el resto del organismo, o genera enfermedad cuando su funcionamiento se desajusta. Puede dar sentido a la vida o puede desorganizarla rompiendo las articulaciones entre los distintos órganos vitales, causando enfermedad y, a veces, la muerte. Puede originar cambios en todos los sistemas biológicos incluido el inmunológico.

Nuestra cultura de hoy tiende a significativamente el espacio personal para el pensamiento, para la fantasía propia y para la comunicación verbal de los sentimientos y emociones. Esta *constricción del área simbólica y del preconsciente*, deja al sujeto más expuesto a estados crónicos de tensión y de ansiedad, que buscan la descarga directa en el comportamiento, o le convierten, en nuestra cultura occidental, en diana

El cirujano suele limitarse con frecuencia al período exclusivo de la operación y posterior revisión en el postoperatorio. Sin embargo, tan importante como la intervención misma, puede ser en determinados momentos para el paciente que el propio cirujano se presente personalmente y gane su confianza, sin descuidar los aspectos emocionales propios de un primer contacto de acogida. Ganado éste primer encuentro puede ofrecerle directamente la información que considere adecuada, teniendo en cuenta las circunstancias de la intervención en relación a los diferentes pasos que constituye el proceso quirúrgico: exploraciones, ingreso, anestesia, quirófano, recuperación, postoperatorio.

Cuando los resultados son favorables, la amenaza se despeja y el horizonte se abre de nuevo. Pero si los efectos quirúrgicos no son los esperados, la identidad y autovaloración se resiente y con ello las expectativas en la calidad de vida y en los sistemas adaptativos. Ignorar esta vertiente psicológica sería un grave error asistencial. Elaborar duelos y reestructurar la nueva situación resulta de capital importancia. (11)

Es cierto que, en determinados procesos, basta con mantener la capacidad de descanso en los días críticos del pre o postoperatorio, pero en otros ésta medida no es suficiente. Necesitamos escuchar y observar un poco más al paciente para comprender el por qué de sus síntomas y dificultades emocionales, en la preparación para la operación o en su recuperación posterior.

Sabemos que la angustia es el resultado de temores, incertidumbres, fantasías, y conflictos dentro del campo mental del sujeto. Estas ansiedades con frecuencia derivan en procesos inconscientes y, por lo mismo, quedan fuera del alcance del control voluntario traduciéndose en síntomas y desajustes en el comportamiento. Si elaboramos sus significados, podemos modificar sus síntomas de un modo más eficaz y permanente. El uso exclusivo del medicamento hace que éste suplante la relación humana, suprimiendo la *calidad de la comunicación como valor terapéutico en sí mismo*.

Es evidente que para ello hace falta un poco más de tiempo que para la simple prescripción del fármaco. Sin embargo, no es solo una cuestión de tiempo, ni siquiera de mayor interés por el paciente. No basta la capacidad de escucha que ofrece el sentido común. El manejo de la angustia y de sus múltiples significados, el análisis de la comunicación y de la conducta humana requieren aprendizaje y preparación técnica especializada.Se necesita en muchos casos la presencia, dentro del equipo pluridisciplinar, de un especialista - Psicólogo Clínico o M. Psiquiatra - que esté experimentado en el análisis de las motivaciones inconscientes.

decisiones últimas y muy delicadas para una muerte digna (diferenciando claramente entre: eugenesia criminal, eutanasia activa y eutanasia pasiva). Conocer por adelantado ese diagnóstico permitirá prepararse en el tramo más difícil y final de la vida (suele ocupar el costo mayor de atención sanitaria y social, cerca del 85%)

Se entra así en *un territorio de conocimiento nuevo* que nos sitúa de forma diferente frente a los *límites que marcan las enfermedades graves de trasmisión genética*: neurodegenerativas, oncológicas, metabólicas, etc, y por tanto de graves consecuencias para el sujeto en su calidad y expectativas de vida.

Necesariamente nos obliga a tomar posiciones e, inevitablemente, despertará resistencias frente a lo establecido. Podremos situarnos en uno o en otro bando, a favor o en contra del diagnóstico precoz, según los casos, pero no podremos ser indiferentes...Lo intrincado de este nuevo campo asistencial obliga mas que en otros si cabe, a la *formación de subequipos interdisciplinares* de investigación y asistencia perfectamente coordinados e integrados. Aquí no cabe el sentido común, hace falta el análisis pormenorizado de varias fuentes de información biomédica y psicológica.

La información obtenida y su modo de presentarla en resultados para el paciente marcan un antes y un después en su historia con secuelas que son necesario tener en cuenta y atender. La revelación de la información tiene en sí misma un fuerte poder organizador o desorganizador, según cómo, donde, en que momento, quién la de, y las expectativas desarrolladas en torno a ella. El diagnóstico precoz plantea problemas éticos y sociales nuevos, al implicar a la formación y estabilidad de la familia, ámbito del trabajo, instituciones, pólizas de seguros... Por eso requiere de la tarea conjunta y bien acompasada de expertos en distintas áreas clínicas incluida la atención psicológica.

¿Es mejor saber o ignorar? Pregunta muy compleja cuya respuesta requiere conocer previamente:

A) El g*rado de fiabilidad, total o parcial del diagnóstico* : no es lo mismo predecir una enfermedad causada por un solo gen, por ej, el Corea de Huntington (monogenética, autosómica, cuyo grado de certeza en el diagnóstico precoz es del 100%), que un probable proceso oncológico que requiere el análisis simultáneo de muchos genes,(5-10 genes) y que, por lo mismo, ofrece otro grado de fiabilidad diagnóstica.
B) La p*osibilidad de ayuda terapéutica*. Puede diferir mucho según el tipo de patología:

No hay una regla generalizable. Es necesario individualizar el estudio y consejo para cada situación y sujeto. La decisión de asumir la información de un diagnóstico precoz ha de ser siempre libre y tomada sin coacciones, previo el consentimiento escrito, expreso y suficientemente informado de las personas a las que se le va a hacer el diagnóstico.

Ha de haber siempre motivos que lo justifiquen: antecedentes familiares, decisiones o dudas de ser padres o, si ya lo son, consecuencias para los hijos, si fueran portadores..etc Antecedentes familiares y grado de riesgos hereditarios para el resto de la familia.

La decisión de querer conocer o seguir ignorando el diagnóstico así como la información de los resultados de éste corresponde al ámbito de la intimidad, y obliga por igual a cualquiera de los miembros del equipo asistencial. No puede ser utilizado en beneficio de terceros (Aseguradoras, empresas etc).

En muchos casos, cuando los antecedentes genéticos son evidentes y la presencia de la persona enferma portadora es muy constante (padre o madre), puede producir más angustia la incertidumbre que la certeza de un diagnóstico eficaz y fiable.

Antes de devolver la información se ha de realizar un estudio de personalidad y valorar la capacidad para tolerar y procesar la información. Forma parte obligada del protocolo para todos los pacientes y por tanto no se toma como un marcador a priori de enfermedad.

Siempre se sugiere la posibilidad de atención psicológica como parte de la tarea asistencial. En algunos caso, pocos, se indica un tratamiento focal y por un tiempo a convenir con el paciente en funcion de sus circunstancias (lugar de residencia, trabajo etc). Respetando siempre la necesidad de negación o de supuesta ignorancia del sujeto que prefiera mantenerse al margen.

Dolor crónico, procesos terminales y calidad de vida

El dolor es una experiencia multidimensional, polisémica, de la que no podemos hablar sin hacer referencia a la subjetividad y, por lo mismo, al individuo humano que sufre.

Cualquier exceso de excitación, cuando supera determinado nivel y desborda la barrera de protección, física o psíquica, produce dolor.

Hay tantas modalidades de dolor como de sujetos dolientes, pero, en sentido clínico podríamos distinguir al menos cuatro tipos de dolor con significado muy diferente. En unos casos el dolor está al servicio de la vida y del sujeto, en otros es todo lo contrario, le limita y le impide vivir.

d) *El dolor psíquico:* Sentimientos de indefensión, de pérdida irremediable, de falta de salida, de hundimiento, de no saber qué hacer ya ... Junto a la sensación de dolor continuo (a veces agudo y persistente en un punto, o irradiado), se añade y superpone otra cualidad dolorosa cuya intensidad es igualmente lacerante: la enfermedad se proyecta como sombra alargada sobre el propio futuro y se traduce en síntomas de ansiedad, limitaciones en la vida cotidiana, repliegue emocional, apatía y aburrimiento, abandono progresivo en la vida social y acontecimientos significativos de la vida familiar, cuando no en verdaderos cambios de carácter (malos modos, agresividad, distanciamiento)

Este tipo de dolor psíquico es el mismo que se siente en cualquier proceso de duelo: vivencias de pérdida de algo o de alguien significativamente importante para el sujeto. La pérdida de la salud, el cambio radical de calidad de vida, la añoranza y la conciencia del valor perdido inunda el psiquismo de sentimientos penosos, de dolor.

En cada una de estas situaciones el yo del sujeto tiene que realizar un trabajo que no siempre acepta, por cuanto que no puede realizarse sin cierta dosis - a veces muy alta - de sufrimiento y de esfuerzo: el trabajo de duelo. Frente a la añoranza e idealización de lo perdido ha de asumir e imponerse la retirada del interés y entusiasmo (retirada libidinal) depositados en el objeto perdido y readaptarse a una nueva situación en la que pueda desarrollar su vida y vincularse a nuevos proyectos, personas y circunstancias. Muchas personas prefieren negar la pérdida o hacer una regresión en su comportamiento, como si no fuera posible elaborar los cambios y reajustar las coordenadas de ajuste a la nueva situación.

Cuando el grado de excitación dolorosa rebasa la capacidad psíquica de tolerarlo (el umbral es diferente en cada sujeto), se bloquea la capacidad de pensar, de buscar alternativas o soluciones... Un enfermo con dolor intenso, es absolutamente incapaz de pensar en ninguna otra cosa más que en su dolor. En estas circunstancias, para poder sobrellevarlo, se hace *imprescindible la presencia del « otro «*, que contenga al yo y pueda ayudarle a suplir sus funciones mentales. Puede ser la ayuda psicoterapéutica o la proporcionada por un familiar con suficiente capacidad de apoyo y de contención. En su ausencia, o cuando directamente se rechaza esa posibilidad de ayuda, solo queda el sentimiento de vacío y de desesperanza. La huella que persiste en el sujeto es el miedo, el sentimiento de desvalimiento. La defensa más primaria es la tendencia a huir, evitar el contacto con esa experiencia dolorosa, el recurso masivo a los analgésicos, entre los cuales cabe la adicción, el comportamiento compulsivo, el no pensamiento y ,a veces, la autodestrucción (12). Aproximarnos de algún modo a la comprensión de estas paradojas

Como en cualquier otra «profesión de ayuda», (profesionales de la enseñanza, servicios sociales, bomberos, equipos de intervención inmediata…) el trabajo sanitario erosiona y desgasta. El contacto continuo con el dolor, el riesgo, la enfermedad y sus circunstancias, implica una confrontación permanente con la angustia y con las fronteras de la muerte.

La ilusión de poder ayudar y prestar un servicio válido en la lucha frente al dolor puede fascinar al principio, idealizando en exceso esa posibilidad de ayuda. En algunos casos puede incluso convertirse en meta en si misma, como si fuera la razón de la propia existencia. Sobre todo en personalidades con dificultades para establecer la adecuada proporción y distancia entre los deseos y fantasías por una parte y los límites que impone la realidad por otra (personas muy marcadas por una fuerte autoexigencia e idealismo, perfeccionismo, dificultad para tolerar los fallos propios o ajenos, y que tienden a sobreimplicarse en la tarea asistencial).

Esta pérdida enfermiza del sentido de los límites en algunos casos y ,en general, el reajuste inevitable y permanente que impone la implacable realidad hace que aquellas primeras ilusiones acaben por decaer o incluso desaparecer, si las condiciones del entorno (medios-equipo-institución) son muy estresantes o adversas.

La impotencia, la falta de medios, la sobrecarga de responsabilidad, el exceso de demandas por parte de los pacientes o de la institución, derivan en un incremento de tensiones en el personal sanitario. Si no se reabsorben o elaboran dentro del equipo, se proyectan en el trabajo asistencial, convirtiéndolo en una tarea meramente mecánica, técnica, motivada por otros objetivos profesionales secundarios no humanitarios.

Como defensa frente a la progresiva desmotivación aparece la apatía, el cansancio emocional («no puedo mas») la desmoralización o pérdida de ilusión en el trabajo, la sensación de frustración, el sentimiento de agotamiento físico, contaminándolo de pesimismo, desencanto y sentimientos negativos, el *síndrome de «burnout»,* sentimiento de «estar quemado» o de desgaste profesional.

Llegado a este punto el profesional ha de plantearse o un tiempo de descanso para recuperarse o cambio de tarea. Y el equipo, por su parte, ha de asumir igualmente la función de ayuda y de contención para sus propios miembros. Las fantasías de omnipotencia, « yo puedo con todo y no pasa nada» suele ser un recurso de negación muy peligroso. Malo es tener un problema pero peor es no poderlo ver. El personal sanitario, acostumbrado a atender a otros como pacientes, suelen ser muy reacios a aceptar su propia vulnerabilidad y exposición al desgaste y estrés.

Tampoco parece comprensible, en nuestro caso, no querer enterarse del significado emocional de muchos de los mensajes de esa relación difícil con el paciente. Resulta más fácil evitarlos que asumirlos. Mantenerse en su sitio, ni demasiado cerca, ni demasiado distante, supone suficiente rodaje personal y una preparación técnica necesaria con la que saberse manejar, para evitar errores y no « quemarse «. Sobre todo si la demanda del paciente requiere una respuesta que frustra sus expectativas y que ha de ser dada con suficiente tacto pero con determinación y claridad.

Este «saber hacer» requiere un *aprendizaje y un entrenamiento* que no se ha ofrecido al profesional de la salud recién graduado. En las aulas no se ha dado importancia a estos problemas, no se ha enseñado a encarar las situaciones emocionalmente difíciles de la relación asistencial. Por este motivo parece necesario instaurar en el propio campo de trabajo un sistema que permita este aprendizaje.

Crear un *espacio donde se analice y aprenda a pensar en términos de grupo*, *-que se distribuye y complementa en sus roles y funciones-*, más que en términos individualistas y disociados, constituye el mejor *baluarte de protección y respaldo para el profesional y para el propio grupo*. Permite resolver las ansiedades, tensiones y procesos contaminantes en el trabajo asistencial, procedentes de cualquiera de los tres vértices del *triangulo de interdependencia: paciente – equipo asistencial – institución* .

El tiempo dedicado a reuniones de grupo se alterna con el que cada uno ha de ocupar en sus tareas asistenciales individuales.

En el trabajo en grupo (reuniones de coordinación o de distribución, supervisión, sesiones clínicas, grupos de discusión, seminarios, grupos Balint, equipos de investigación...) cada miembro aporta una función complementaria: el que pregunta porque no sabe moviliza a buscar y el que responde con su saber organiza una respuesta o enseña a pensar en ella. Todos tienen una función potencialmente generadora de mutua ayuda y conocimiento en espiral abierta y progresiva. Los miembros del equipo ya experimentados tienen un rol y unos conocimientos que trasmitir y los menos avezados o recién incorporados al grupo también aportan otros roles complementarios dinamizadores.

El «grupo de trabajo» hasta que funcione de modo suficientemente integrado requiere tiempo y entrenamiento, esfuerzo y rodaje (18). No se improvisa. Necesita de distintas técnicas y de un sistema de aprendizaje que va más allá del llamado «sentido común». Ni todos los componentes del equipo lo toleran de igual manera. Los más frágiles e inmaduros, más individualistas o autoritarios, suelen rehuir o presentar mayores dificultades o pretextos para evitar las distintas reuniones del

Reuniones de supervisión en grupo

La tarea de la supervisión en grupo implica una relación asimétrica, pero complementaria y mutuamente enriquecedora, entre supervisor y supervisados. Puede ser realizada por un miembro capacitado y experto dentro del equipo o bien por un profesional externo invitado para esta función. En muchos casos es preferible esta segunda opción. El supervisor ofrece el saber y la experiencia, escucha, pone en palabras y organiza los contenidos y pensamientos latentes en el proceso diagnóstico o terapéutico del material clínico presentado. Teoriza y analiza la praxis diaria.

Los supervisados preguntan y movilizan a buscar respuestas, a la par que contagian el estímulo del interés por aprender. Entre todos se crea un espacio en el que se van trazando las referencias operativas, específicamente construidas en cada ocasión, a partir de los inconvenientes, dificultades y fracasos surgidos en el quehacer cotidiano.

El tiempo de la supervisión semanal, aproximadamente hora y cuarto en grupo, debe de ser respetado y defendido como un espacio prioritario y vertebral. Supone la renuncia al saber ilusorio, derivado de las fantasías de omnipotencia por una parte y por otra la convicción de que la formación y rodaje en la práctica profesional es un proceso continuado cuyo origen surge de la observación de la complejidad de los hechos clínicos, de las dificultades de una respuesta simple y de «sentido común», del cuestionamiento permanente de las fórmulas y «saberes incuestionables», de la reflexión compartida en grupo, de la integración de conocimientos teórico- técnicos y clínicos.

La falta de formación profesional es un grave riesgo tanto para el paciente como para el equipo. La supervisión semanal permite una puesta a punto sistemática y una fuente de capacitación progresiva que elimina errores y sobrecarga para los demás. En suma en la supervisión también puede encontrar el equipo una base de cohesión y autocuidados.

Reuniones de discusión clínica

Al lado de la supervisión de la práctica asistencial cotidiana y como instrumentos clásicos de formación continuada se sitúan la Sesiones Clínicas semanales y los Seminarios, de Psicopatología, de Técnicas Psicoterapéuticas, de Psicodiagnóstico y Evaluación, de Actualización Bibliográfica... Estas actividades docentes necesariamente han de hacerse en grupo. Al menos resulta evidente en su formato externo. Lo importante, sin embargo es que se desarrollen de tal manera que la dinámica grupal permita aportaciones de todos los participantes en un «supuesto básico de trabajo « y no solo de uno o dos portavoces de un grupo en «supuesto básico de dependencia» (18)

go los distintos aspectos psicodinámicos que, implícitos en la tarea asistencial, generan roces, tensiones o dificultad de comprensión o de manejo en la relación con los pacientes o en la integración y buena marcha del equipo. Su contenido se reduce estrictamente al campo laboral. Son las *reuniones «Balint»*.

La función de Enlace es complementaria con la modalidad asistencial llamada de Interconsulta. Esta suele reducirse a un simple intercambio escrito de informes, solicitados para contrastar un diagnóstico con otros especialistas. De ahí el nombre de Interconsulta. Con frecuencia, pero no siempre, se acompaña de un seguimiento terapéutico del paciente, complementario al tratamiento principal.

Grupos tipo «Balint»

Muy preocupado por la relación médico - paciente, M. Balint (20) trató de añadir a la asistencia sanitaria simplemente técnica el valor terapéutico de la comunicación personal. Esta puede convertirse en auténtica medicina («la farmacología llamada médico»). Siguiendo la experiencia de aprendizaje en grupo formulada antes por P. Riviere (21) y W. Bion (18), diseñó un método de formación continuada en *reuniones de grupo* que ya todos conocemos como Grupos Balint. La reunión de grupo facilita el «espacio mental» que el equipo necesita para discutir, reajustar posiciones, elaborar ansiedades y aprender a «pensar en grupo». Es un método de formación y de sensibilización psicológica progresiva.(13)

Son sesiones periódicas, generalmente de una vez por semana y de una duración aproximada de hora y media. Participan en ella *solamente profesionales* sanitarios, médicos, A.T.S., Auxiliares.. Pueden pertenecer a las mismas o a distintas especialidades o servicios. Su *contenido se reduce estrictamente al campo laboral*, analizando las relaciones en el equipo y de éste con los pacientes o con la institución, y los factores que las facilitan o interfieren. Se excluyen expresamente los problemas de índole estrictamente personal de cualquiera de sus miembros. No se trata por tanto, en ningún caso, de un grupo de psicoterapia, sino de un instrumento técnico de doble función:

- Potenciar en el personal cuidador su capacidad para elaborar los efectos nocivos del contacto directo con la enfermedad y sus complicaciones emocionales.

tancia de privilegio y fuente inagotable, en espiral abierta, de aprendizaje y de formación.

La p*sicoterapia psicoanalítica de grupo,* está *o*rientada a los pacientes en su vertiente terapéutica, pero al permitir la asistencia de uno o dos observadores (P.I.R. ó M.I.R.), se convierte en un excelente sistema de aprendizaje dentro del programa docente del Hospital.

La dinámica interna del grupo, evolución - regresión, sus sistemas de defensa y la posibilidad de elaboración de los conflictos inconscientes, la remisión progresiva de los síntomas o su reaparición en paralelo con la reactivación de los conflictos…constituye el mejor libro abierto posible de Psicopatología (25).

Son grupos de pacientes provenientes de la Seguridad Social, la reunión suele ser de hora y cuarto de duración, de frecuencia semanal. El número de miembros : 9-10 máximo.

Son muy distintas las patologías y contextos de grupo psicoterapéutico. Pacientes con trastornos somatoformes y psicosomáticos, enfermedades somáticas graves (esclerosis múltiple, diabetes, cardiopatías…), patología funcional y/o neurótica (cefalalgias, fibromialgias, fobias …), trastornos del comportamiento (anorexia-bulimia, trastornos narcisistas…) Esta circunstancia hace que la reunión de psicoterapia de grupo se convierta en exponente multiplicador de observación para el M.I.R o P.I.R que realiza la función complementaria de «observador». Su tarea es muda, no interviene verbalmente, pero observa el desarrollo del grupo y registra por escrito todo cuanto sucede en la reunión, tanto de contenido verbal como preverbal, palabras, gestos, incidentes etc. Constituye la base de la *reunión de trabajo* posterior para el equipo formado por el analista y los observadores.

Después de la reunión terapéutica conviene mantener un tiempo de *trabajo «post-sesión»,* dentro aun del contexto vivido y cercano de la sesión psicoterapéutica, en el que analista y observadores, constituidos en *«grupo discente»,* comentan y discuten libremente los momentos más llamativos de la dinámica de grupo, puntos de convergencia o de divergencia, defensas y resistencias, puntos focales de conflicto, aciertos o errores. «La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas, la del paciente – grupo y la del terapeuta. Está relacionado con dos personas que juegan juntas» (26) De nuevo el grupo se convierte en instrumento de «mentalización» o espacio transicional para aprender a pensar.

12. *Pérez, P.,* «La función de Contención. Una práctica interdisciplinar en el Hospital». *Rev Clínica y Salud*, 1992 , 3 (1) 21-34
13. Balint, M. « *La falta básica* «. Bs. Aires: Paidós. 1982.
14. Tizón García, J.L. «*Componentes Psicológicos de la Práctica Médica»*. Barcelona. Daima. 1988
15. Moliner, Mª: *«Diccionario de Uso del Español»*, Madrid, Ed. Gredos 1998.
16. Bion, W.R. *Aprendiendo de la experiencia*. B.Aires. Paidós. 1975
17. Winnicott, D.W.» *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*». Barcelona. Laia.1958
18. Bion, W. R. «*Experiencias en grupos*». Buenos Aires. Piados. 1976
19. Anzieu, D; J. I. Martin. «*La dinámica de los grupos pequeños*». Biblioteca Nueva. Madrid. 1997.
20. Balint, M. *« La capacitación psicológica del médico*». Barcelona: Gedisa. 1984.
21. Pichón Riviere, E. «*El Proceso Grupal»*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1960
22. Balint, M. *« Seis minutos para el paciente* «. B. Aires: Paidós. 1979.
23. Balint, M. «*Técnicas psicoterapéuticas en medicina*». Bs. Aires: Paidós. 1961.
24. Balint, M. «*El médico, el paciente y la enfermedad* » Bs Aires: Libros Básicos.1977
25. Anzieu, D. « *El grupo y el inconsciente*». Biblioteca Nueva. Madrid. 1978.
26. Winnicott, D.W « *Realidad y Juego»*. Buenos Aires. Granica. 1972

versos comités europeos generados para tal fin. Testimonios de estos esfuerzos de coordinación entre organizaciones de psicoterapeutas, psicólogos o psiquiatras han sido ya relatados (véase Avila, 1991; 1995). Surgió así el proyecto de una *Asociación Europea para la Psicoterapia*, idea que estuvo fundamentalmente sostenida por una organización holandesa, la NVP. Las cuestiones que entonces se abordaban eran muy variadas, y daban cuenta de temas de interés general, pero también de polémicas de carácter gremial o de lucha entre profesiones con diferentes cuotas de poder en el ámbito social. Entre ellas estaban las siguientes: ¿Qué entendemos por psicoterapia?; ¿Quién debe ser reconocido como psicoterapeuta?; ¿Qué requisitos (titulación previa, etc.) debe reunirse para acceder a la formación especializada y específica en Psicoterapia?; ¿Psicólogo Clínico y Psiquiatra son, ya por derecho, Psicoterapeutas?. Las posiciones defendidas, a veces polarmente enfrentadas, podían resumirse en los siguientes temas:

1. Los defensores de una Psicoterapia de «elevados estándares de calidad en la formación previa» (v.g. titulados universitarios de ciclo largo en Medicina o Psicología) frente a los que preferían una práctica más flexible, diversa y de oportunidad, abierta a muy diferentes profesionales procedentes de campos diversos (con independencia de su titulación previa). Se unió a esta cuestión la polémica sobre si la Psicoterapia es un ámbito profesional independiente, abierto a profesionales de origen muy variado, frente a quienes la concebían como un ámbito de formación específica sólo para especialistas en Psicología Clínica y Psiquiatría.
2. Quienes intentaban fijar unos estándares de formación ideales a alcanzar en un período amplio (v.g. que las tradiciones y exigencias de formación se igualasen entre los países tras un período de homologación de diez años), frente a los que preferían cerrar unos criterios de formación que fuesen aplicables de inmediato, sin transiciones.
3. Quienes trataban de ejercer un control sobre este proceso de convergencia, tendente a lograr sutilmente el monopolio de la formación (realizable sólo a través de organizaciones consolidadas y de amplia tradición, p.e. la IPA) frente a los que incitaban a profundizar en la pluralidad y libertad de opciones formativas posibles.
4. Y, finalmente, los que mantenían una postura más receptiva y dialogante, abierta a considerar con flexibilidad la homologación de los antiguos profesionales, que provenían de trayecto-

Entre tanto la otra EAP constituida (EAP-Viena), marcó netamente otra dirección estratégica, con diferentes objetivos. Los estatutos de la EAP-Viena se basaron en la denominada *Declaración de Estrasburgo sobre la Psicoterapia* (21-10-1990) que estableció 5 principios[2]:

1. La Psicoterapia es una disciplina científica independiente, cuya práctica se dirige hacia una profesión libre e independiente. (Es decir, se tiende a instituir la profesión de psicoterapeuta como diferente e independiente de la de psicólogo o médico)
2. La formación en Psicoterapia tiene lugar en un nivel avanzado, cualificado y científico. (Pero no se establece cual)
3. Se asegura y garantiza la multiplicidad de los métodos en Psicoterapia.
4. En un proceso psicoterapéutico, la formación se desarrolla completamente e incluye la teoría, la experiencia personal y práctica supervisada. Se obtiene conocimiento adecuado de ulteriores procesos psicoterapéuticos. (Es decir, a través de la propia psicoterapia personal -se exigen 250 horas[3] con independencia de la orientación teórica- se puede acceder a todo lo esencial de la formación, incluso a la supervisión de la propia práctica).
5. Se accede a la formación a través de varias cualificaciones preliminares, en particular en ciencias sociales y humanas. (Completado con lo que indican sus estatutos, art.3.iii, Diplomas superiores de al menos 3 años de enseñanza profesional; es decir Titulaciones de primer ciclo, o ciclo corto)

No hubo posibilidad de encuentro entre ambas opciones, ubicadas a niveles de profesionalidad y representatividad muy diferentes, en los que los acercamientos fueron más estratégicos que fruto de un genuino interés por definir un ámbito común.

Estos procesos de coordinación e institucionalización, que resultaron difíciles, a veces áridos, costosos para todos, y especialmente para sus convocantes, sirvieron sin embargo para que ciertas ideas se fueran decantando y ciertas actitudes pudieran clarificarse, permitiendo que se visualizara mejor el valor relativo de las diferentes contribuciones, resaltando tendencias y fenómenos que se han mantenido a lo largo de toda la década:

2 Lo ubicado entre paréntesis son nuestros propios comentarios a la Declaración de Estrasburgo.

3 En los Estatutos de la EAP-Viena, para las organizaciones de psicoterapeutas y los miembros individuales (Artículo 4)

Psicoterapeutas) nació en 1992 en España con idéntico fin, donde ha logrado un alto nivel de representatividad y cuenta desde hace tiempo con un Registro en permanente actualización; En Italia, una federación (la FIAP) nace bajo el particular marco que genera la existencia de una ley que regula de manera concreta como ha de ser la formación que ampara el ejercicio reconocido (Ley 56/89, de 18-2-1989). Y fue también el tiempo en que en Alemania se promulgaron disposiciones legales que regularon el cauce legal de la formación de los psicoterapeutas en el marco público (sanitario y académico) y también en Suiza (Zurich, ordenanza 1-2-1992; así como la de otros cantones).

5. Dos tendencias se mostraron constantemente presentes, en analogía con la «Europa de dos velocidades», o estrategias con diferente nivel de exigencia profesional para el ámbito de la psicoterapia. Junto a la ya mencionada EAP-B, tendente a la exigencia de elevados estándares y conservadora de la primacía profesional de los dos grupos profesionales de mayor tradición (Médicos y Psicólogos), surgió otra asociación en Europa que perseguía «aparentemente» los mismos fines, pero que no aceptaba los mismos estándares de calidad o exigencia, la *Asociación Europea para la Psicoterapia*, fundada en Viena [EAP-Viena] que se erigió a la vez en defensora de la idea de que la Psicoterapia fuese una profesión independiente de otras, amparada en la particular regulación legal existente en Austria (Ley Federal 361 de 7-6-1990); La EAP-V, cuya consistencia y representatividad despertaba cada vez más dudas, aspiró a lo largo de toda la década a que se reconociera un «Diploma o Certificado Europeo» de Psicoterapia, que fuera acreditación suficiente para la práctica profesional, sin que las instancias legislativas de la Unión Europea hayan prestado especial atención a la idea, que no hay ido más allá de conversaciones preliminares o consultas no vinculantes.
6. Otros intentos de lograr representatividad como el de la *Federación Internacional para la Psicoterapia* [IFP], transformación de la anterior de la Sociedad Internacional Médica General para la Psicoterapia [IGMSP], han corrido desigual suerte, resultando finalmente fallidos en su empeño de crear un «capítulo europeo» que continuase la tarea que inició la EAP-B . Y el momento presente no es más que testimonio de la dificultad habida hasta ahora en lograr un diálogo entre una pluralidad de realidades asociativas, suficientemente representativas de cada país, diálogo que sólo cobraría fuerza si la UE mostrara un interés real en regular este ámbito profesional específico.

europea, Dirección General XV, Mercado interior y servicios financieros) no tiene previsto por ahora intervenir en este campo al no cumplirse ninguna de las condiciones anteriores, y ser más prioritario el ordenamiento general de las profesiones (Propuesta de Directiva COM [2002] 119). La eventual aceptación por la Comisión Europea de propuestas «Certificados de especialización» (nivel en el que probablemente estaría la Psicoterapia) no podría tener lugar hasta la plena implantación de la mencionada directiva, y siempre después de 2004.

2. Tendencias de evolución sobre la psicoterapia como profesión observadas a nivel europeo: Según la recomendación 89/48/EWG el desarrollo futuro de la profesión de psicoterapeuta pasa por una de estas opciones:

   2.1. Ser una «actividad propia» de los titulados en Medicina y Psicología, con las correspondientes cualificaciones. Estas cualificaciones pueden considerarse a diferentes niveles: para todos los titulados, o sólo para los especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica , considerando además que hayan alcanzado las exigencias de formación propias de la psicoterapia[5] .

   2.2. Ser una profesión independiente de la Psicología y Medicina, a la que se accede a través de cauces formativos eventualmente regulados (académicos y profesionales).

Ninguna de las dos tendencias ha alcanzado suficiente consenso, si bien la primera domina entre las organizaciones que ejercen mayor influencia o detentan el control del ámbito profesional, es a la vez la que sustenta el documento que estamos comentando y sus organizaciones firmantes, y está en línea con la propuesta de directiva europea mencionada, y con las recomendaciones de CEPLIS (Consejo Europeo de las Profesiones Liberales).

5 En el caso español esto podría entenderse como el cumplimiento de los criterios de formación de la FEAP (única organización que ha establecido criterios de acreditación y reconocimiento profesional); Además, como desarrollo de las especialidades en el sistema público está propuesta un *Área de capacitación específica en Psicoterapia* para especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica.

vantes a la práctica de la psicoterapia, garantizando que el currículo haya incluído una formación suficiente en una serie de materias, o alternativamente mediante mecanismos de completamiento curricular y comprobando el nivel de competencias mediante examen de nivel semejante al exigible en los estudios de Psicología o Medicina. Estas materias son: Psicología de la Personalidad; Psicofisiología; Psicopatología; Psicología Evolutiva; Psicodiagnóstico; Además la experiencia práctica de Entrenamiento en entrevista e interacción, y el conocimiento experiencial de las instituciones y servicios de salud mental (v.g. las personas que no sean especialistas en Psicología Clínica o Psiquiatría necesitarían adquirir una amplia experiencia de la clínica en Salud Mental, estimable en al menos 18 meses a tiempo completo).

- *Formación específica exigible:* Una amplia variedad de cursos teóricos y técnicos (un mínimo de 225 horas teóricas y 175 técnicas); Además conocimiento de los diferentes enfoques y sistemas de psicoterapia y la problemática de su articulación o integración; Adquisición de experiencia profesional práctica en la conducción de tratamientos durante al menos 500 horas bajo supervisión, concretada en el menos 150 horas de supervisión, de la que al menos un tercio debe ser supervisión individual.
- *Psicoterapia personal del psicoterapeuta:* Se considera parte esencial de la formación que el psicoterapeuta tenga conocimiento y maneje apropiadamente su propia implicación personal en el proceso terapéutico, y adquiera la mejor manera posible de gestionar sus dificultades personales, su propia higiene mental, y la protección y el respeto de los derechos de sus pacientes. Esto se concreta en exigencias de completar procesos de psicoterapia personal, bajo diferentes estilos y tradiciones.
- *Garantías del proceso de acreditación:* Las instituciones formadoras, los programas formativos, y los formandos, habrán de superar controles evaluativos, y ofrecer garantías de control externo por entidades que garanticen la calidad y contenidos de las trayectorias formativas. La transparencia y publicidad de los criterios y la existencia de entidades acreditadoras y registros de psicoterapeutas ofrecerán al público las garantías necesarias.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. ANOP-Bureau Nationale. (1993). L´exercice de la psychothérapie en France. *Psychologues et Psychologies*, 114. 47-49.
2. Ávila Espada, A. (1991). Un estatuto profesional para la psicoterapia en Europa. *Papeles del Psicólogo,* 50, pp. 66-73.
3. Ávila Espada, A. (1994 a). ¿Qué es psicoterapia?. en la obra de A. Avila y J. Poch *Manual de Técnicas de Psicoterapia*, capítulo 1, Madrid: Siglo XXI Eds. de España.
4. Ávila Espada, A. (1994 b). La situación actual de la formación en Psicoterapia en españa y Europa. Reflexiones sobre los procedimientos de acreditación de la formación. en la obra de M. Garrido Fernández y J. García Martinez (Comps.) *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 697-714. Valencia: Promolibro.
5. Ávila Espada, A. (1995). Sobre el reconocimiento y acreditación de los Psicoterapeutas y Psicólogos Clínicos. Reflexiones en las encrucijadas entre Europa y España. *Papeles del Psicólogo,* 61, pp. 67-79.
6. Ávila Espada, A. (1998). Reflexiones en torno a la evolución de la psicoterapia en España. *Mosaico*. 1998 (12), 21-22.
7. Ávila Espada, A. (2002). La Psicoterapia. Horizontes en construcción. Conferencia pronunciada en las *II Jornadas de la FEAP*. San Juan, Alicante, 12 a 14 de Abril de 2002.
8. Cremerius, J. (1996). La situazione della psicoterapia/psicoanalisi nella Repubblica Federale Tedesca. *Psicoterapia e scienze umane*, XXX (1), 5-27.
9. FEAP (1993). Criterios de formación de Psicoterapeutas. Propuestas de reforma de Estatutos. *I Jornadas de Debate Interno*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.
10. FEAP (1995). *Dossier informativo*, Madrid: Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.
11. FEAP (1996a). Psicólogos y Psicoterapeutas. Los documentos de una polémica (COP-FEAP). *Boletín de la FEAP*, 2, 3-6.
12. FEAP (1996b). Dossier: La psicoterapia en Europa/1. Ley Federal Austríaca 361 de 7-6-1990. *Boletín de la FEAP*, 2, 7-11.
13. Fischetti, R. y Milano, F. Algunas notas sobre el problema de la psicoterapia en Italia. *Papeles del Psicólogo*, 68-69.
14. Hohagen, F. y Berger, F. (1993). Los nuevos requisitos para la formación en Psiquiatría y Psicoterapia. Una nueva perspectiva para la Psiquiatría alemana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIII (II), 37-40.

gica, por decreto de 23-12-1993. Posteriormente inoperativa desde 1998.

11. EAP-V (Viena): *The European Association for Psychotherapy*. Asociación Europea para la Psicoterapia, fundada en Viena sobre la base de la Declaración de Estrasburgo sobre la Psicoterapia, 21-10-1990.
12. EFPP: *The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy and its Applications to Health and related Public Services*. Federación Europea para la Psicoterapia Psicoanalítica en los Servicios Públicos de Salud y afines.
13. FEAP: *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*.
14. FFdP: *Fédération Française de Psychothérapie*. Federación Francesa de Psicoterapia (que agrupa solo a asociaciones de sexologia, y una variedad de terapias humanistas).
15. FIAP: Federación Italiana de Asociaciones de Psicoterapeutas.
16. IFP: *International Federation for Psychotherapy*. Federación Internacional para la Psicoterapia. Transformación de la antes denominada IGMSP.
17. IFP-EC: *International Federation for Psychotherapy - European Chapter*. Capítulo europeo (en formación) de la IFP.
18. IGMSP: *International General Medical Society for Psychotherapy*. Sociedad Médica General Internacional para la Psicoterapia. Posteriormente refundida y transformada en la IFP.
19. IPA: *International Psychoanalytic Association*. Asociación Psicoanalítica Internacional.
20. NIP: *Nederlands Instituut voor Psychologen*. Instituto Holandés de Psicólogos.
21. NVP: *Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie*. La Federación Holandesa de Asociaciones de Psicoterapia.
22. ÖGPM: *Österreichische Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin*. Sociedad Austríaca de Psicoterapia Médica.
23. RCP: *Royal College of Psychiatrists*. Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido.
24. StaCom-EU: *Standing Committee for the Development of Psychotherapy in Europe*. Comité Permanente para el Desarrollo de la Psicoterapia en Europa, convocado por una variedad de organizaciones europeas en 2001.
25. UKSCP: *United Kingdom Standing Conference for Psychotherapy.* Conferencia Permanente del Reino Unido para la Psicoterapia; Transformada posteriormente en el UKCP cuando se formó éste.
26. WCP: *World Council for Psychotherapy*, Consejo Mundial de la Psicoterapia, promovido por la EAP-V

Desde 1993 se han publicado 10 convocatorias ininterrumpidas, por parte de los Ministerios implicados, de plazas formativas en Psicología Clínica mediante el sistema de internos residentes (PIR), habiendo finalizado ya su residencia 7 promociones de Psicólogos Clínicos formados por esta vía. Los PIR están representados en la CNEPC desde 1997 (entonces Comisión Promotora), y desde ese mismo año crearon una asociación de ámbito nacional: Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR) que ha colaborado activamente en el esfuerzo común con las diferentes entidades, organizaciones, sociedades científicas, colegio profesional, comisiones, etc. en el objetivo de obtener el pleno desarrollo y reconocimiento de la especialidad en Psicología Clínica.

Tras casi 20 años de andadura desde la primera convocatoria PIR autonómica, y casi 10 desde la primera convocatoria de ámbito nacional, nos pareció éste un buen momento para preguntarles a los propios sujetos de dicha formación, los Psicólogos Clínicos formados por el sistema PIR, su opinión sobre el sistema formativo que les ha capacitado para el ejercicio de esta especialidad.

Para ello elaboramos un cuestionario auto administrado, que fue enviado, junto a una carta de presentación, a través del correo electrónico, a todos los PIR y ex-PIR de los cuales se disponía de dirección de correo electrónico. En él preguntamos sobre diversos aspectos de la formación recibida. Las respuestas nos han permitido realizar un modesto análisis sobre la percepción que de dicha formación tienen los propios PIR y ex-PIR. Los resultados se exponen más adelante.

2. EL PROGRAMA

La formación de los especialistas en Psicología Clínica tiene actualmente una duración de 3 años, según define el Programa de la Especialidad (11).

Durante esos tres años deberán alcanzarse los objetivos generales y específicos, enunciados para cada año formativo, a través de la participación del residente en las distintas actividades: clínico- asistenciales, formación teórica reglada, supervisión mediante el sistema de tutorías, etc.

El Programa define los contenidos específicos de la formación, tanto respecto a los contenidos teóricos (de los que especifica las principales áreas de contenido, la metodología, el personal necesario), como a los contenidos prácticos, en donde señala el Circuito de Rotación como el eje central del Programa, y nombra los elementos fundamentales de dicho circuito:

El cuestionario fue remitido por correo electrónico a todos aquellos psicólogos clínicos que a fecha Junio de 2002 habían realizado o estaban realizando su formación, y tenían dirección de correo electrónico (la mayoria en la base de datos de ANPIR, Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes). Se enviaron en total 118 cuestionarios.

Respondieron 45 personas, de diferentes comunidades autónomas y de diferentes promociones de PIR. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 11.0.

4. RESULTADOS

Identificación

Recibimos 45 cuestionarios, correspondientes a 27 Unidades Docentes de 10 Comunidades Autónomas diferentes. La distribución por CC.AA de los cuestionarios recibidos y de las plazas PIR ofertadas en las últimas 5 convocatorias presentan una *concordancia estadísticamente significativa*: coeficiente de concordancia para muestras relacionadas de Kendall = 0,862, a<0,05. La tabla 1 muestra el número de plazas PIR convocadas de 1998 a 2002 por Comunidad Autónoma, y el número de respuestas al cuestionario por CC.AA.

Hay que reseñar que no obtuvimos ninguna respuesta de 6 Comunidades: Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Murcia y País Vasco.

Según el año de inicio y finalización de la Residencia, el 60% de los que respondieron ya habían acabado la Residencia en el momento de contestar al cuestionario. El resto estaba repartido por igual entre residentes que iniciaban su 2º y su 3º año (20% cada uno). Casi un tercera parte (30%) habían finalizado la Especialidad ese mismo año (2002).

Los psicólogos que habían completado la Especialidad están trabajando en su mayoría (67%), según se desprende de las respuestas, como psicólogos clínicos tanto en el ámbito público como privado.

Rotaciones

Según los valores medios obtenidos -es decir, utilizando la mediana como valor de referencia-, nos encontramos que el *orden* de las rotaciones sería el siguiente: 1-Adultos, 2-Unidad de Agudos, conjuntamente con Interconsulta, 3-Rehabilitación, 4-Infanto-Juvenil, 5-Hospitalización Parcial, aunque esta rotación es muy irregular, y en algunas Unidades se realiza en 2º lugar, 6-Rotaciones libres.

En algunos casos las rotaciones se organizan trimestralmente (se cambia de dispositivo o programa cada 3 meses). En otros se mantienen rotaciones paralelas por distintos dispositivos / programas (2 días por semana en Adultos, 3 días por semana en Rehabilitación..)

Si bien la rotación por Adultos suele ser el comienzo, en algún caso en el segundo año aún no se ha rotado por Unidad de Salud Mental Comunitaria , o se plantea esta rotación como optativa. En otros casos, esta rotación no llega a seis meses, estando otros seis meses en rotación libre y los dos años restantes en el Hospital.

En varias Unidades Docentes las rotaciones de Adultos y Rehabilitación se realizan dividiendo el tiempo total en 2 períodos.

La rotación por Interconsulta se incluye muy frecuentemente en la rotación por la Unidad de Agudos, ya que no existen equipos específicos. De hecho, en el *53% de los casos no se ha realizado rotación por este programa (Interconsulta).*

La rotación por Hospitalización Parcial no se realiza en el 58% de los casos.

Respecto al grado de satisfacción, el resultado global en todas las rotaciones es de *Satisfactorio* (en una escala de 1 a 5, donde satisfactorio corresponde al punto 4 de la escala), excepto en Agudos e Interconsulta, en las que el resultado global es de *Adecuado*, (punto 3 en la escala mencionada). Son también estas dos últimas rotaciones las que mayor porcentaje de insatisfacción reflejan: puntúan 1 y 2 (*muy insatisfactorio e insatisfactorio*) en la citada escala en un 30% de los casos.

La rotación por Hospitalización Parcial y las Otras Rotaciones son las que obtienen mayor puntuación en el grado de satisfacción: puntúan 5 –*muy satisfactorio*- en el 37 y 38 % de los casos, respectivamente.

Preguntamos sobre la existencia de tutor / supervisor en las distintas rotaciones y si éste era psicólogo; sobre la existencia de un tiempo específico para la supervisión y con qué frecuencia, y finalmente sobre la valoración general con respecto a dicha supervisión.

Las respuestas evidencian que mayoritariamente, con porcentajes superiores al 85%, existe un tutor o supervisor en cada una de las rotaciones por las que han pasado los psicólogos.

Este supervisor o tutor *es psicólogo* en el 100% de los casos en la rotación de Adultos y de Hospitalización Parcial, y en el 97% en la de Infanto-Juvenil. Los porcentajes van descendiendo en la rotación de Rehabilitación (91%) Otras Rotaciones (84%), Agudos (57%), e Interconsulta (43%).

No existe un tiempo específico para la supervisión en más del 60% de los casos para todas las rotaciones, excepto para la de Adultos e

impide su asistencia a cursos debido a que se olvida que es personal en formación y se les dedica a cubrir necesidades asistenciales del dispositivo en que rota.

Sólo un 38% ha tenido acceso a biblioteca especializada en Psicología, que consideran , en general, como *medianamente útil* (61%) para su formación. Tiene sesiones bibliográficas regladas un 62% de los participantes, conjuntas con los MIR de Psiquiatría en todos los casos; estas sesiones son valoradas como *medianamente útiles* para la formación por un 67% de los psicólogos. Un 30% las considera *muy útiles*. Algunos comentarios apuntan a la posibilidad de maximizar la utilidad de las sesiones bibliográficas si éstas versaran sobre temas menos psiquiátricos y farmacológicos (haciendo referencia de nuevo a la conveniencia de separar la formación PIR y MIR según contenidos).

En cuanto a los contenidos de la formación teórica , y tomando la mediana como valor representativo, se considera *muy necesaria* (5 en una escala de 1 a 5) la formación en Psicoterapia, Psicopatología General, Psicopatología Infanto-Juvenil y en otras áreas señaladas por los participantes (habilidades del terapeuta, estrategia de manejo de grupos, instrumentos y técnicas de evaluación, análisis funcional, técnicas de intervención, elaboración de informes, diseño y evaluación de programas).

Se valora como *bastante necesaria* (4 en la anterior escala) la formación en Neuropsicología, Metodología de Investigación, Psicología Comunitaria , Psicología de la Salud y Salud Pública.

Por último, se estiman como *necesarias* (3 en la escala mencionada) las áreas de Marcos Legales e Institucionales y Psicofarmacología.

La adecuación de la formación recibida en estas áreas se valora (de nuevo considerando la mediana como valor representativo) como *adecuada* (3 en una escala de 1 a 5) en Psicopatología General(si bien hay que destacar que el 26% la consideran inadecuada o poco adecuada), Psicofarmacología (si bien el 38,5% la consideran inadecuada o poco adecuada) , Psicopatología Infanto-Juvenil (si bien el 49% la consideran inadecuada o poco adecuada) y Psicoterapia (si bien el 49% la consideran inadecuada o poco adecuada).

Se valora como *poco adecuada* (2 en escala de 1 a 5) la formación recibida en contenidos de Psicología Comunitaria, Metodología de Investigación y Marcos Legales e Institucionales.

Se valora como *inadecuada* (1 en escala de 1 a 5) la formación recibida en Neuropsicología, Psicología de la Salud y Salud Pública y las otras áreas señaladas por los participantes (habilidades del terapeuta, estrategias de manejo de grupos, instrumentos y técnicas de evaluación, etc.)

Participación en Programas Específicos.

Mayoritariamente la participación en programas específicos *dentro de los Centros de Salud Mental Comunitaria* es bastante escasa.

No han participado en Programas de Alcoholismo o Psicogeriatría en el 82% de los casos. En Trastornos de Alimentación no han participado un 60%, y un 47% no lo ha hecho en el Programa Infanto-Juvenil. Sólo en el Programa de Rehabilitación es mayoritaria la participación (51%). Un 18% señala que ha participado en otros programas (Trastornos del estado de ánimo, Daño cerebral, Maltrato, Autoestima y desarrollo personal, Manejo de la ansiedad, Trastornos de la personalidad).

Es posible que en algunos Centros de Salud Mental Comunitaria no existan estos programas, o, como en el caso de Infanto-Juvenil, sean considerados no como programas sino como Unidades , con su propio equipo diferenciado del resto.

En cuanto a los Programas de Apoyo y Coordinación, también es habitual la escasa participación en este tipo de programas –quizá por su inexistencia-.

En Coordinación con Atención Primaria no participa el 60%. Con Servicios Sociales no participa el 67%, con Servicios Educativos el 69%, y en la Coordinación con Servicios Hospitalarios no participa el 62%.

Respecto a la Investigación, el 78% de los encuestados participa en tareas de Investigación, aunque en muchos casos se señala que éstas se realizan por iniciativa propia, dentro de programas de Post-grado, como Doctorado, Master, etc.

En relación a otras actividades, los residentes participan activamente en las reuniones de equipo en un 65%, mientras que lo hacen sólo como observadores en un 30% de los casos.

En las sesiones clínicas participan activamente en el 95,5% de los casos.

Sólo un 20% de los que responden participa activamente en otras actividades como Comisiones de Docencia, Asesora y Hospitalaria.

Valoración General

La valoración global de la formación PIR para el ejercicio profesional ha sido de *Adecuada*, de nuevo usando la mediana como valor representativo.

Un 16% consideran la formación *Insuficiente*, un 35% la consideran *Adecuada*, un 42 % cree que ha sido *Buena*, y un 7 % la califica como *Óptima*.

9. Diversidad de orientaciones teóricas.
10. Intervención en alcoholismo y toxicomanías.
11. Elaboración, aplicación y evaluación de programas de atención prolongada.
12. Peritaje psicológico.

En último lugar quisimos averiguar qué MODIFICACIONES proponían realizar los participantes en el sistema PIR para conseguir una mejor capacitación.

Los psicólogos valoran globalmente el sistema PIR como el mejor sistema para la formación en Psicología Clínica, pero destacan los problemas que ocurren en la práctica *por el incumplimiento del programa y de las funciones de tutores y supervisores*, lo que desvirtúa los objetivos de formación de la residencia. Señalan como puntos importantes:

La necesidad de un sistema de evaluación periódica de las Unidades Docentes para revisar y fomentar el interés en el cumplimiento del Programa. Actualmente dichas evaluaciones sólo se realizan con carácter extraordinario como auditorías en respuesta a denuncias de PIRes que se quejan del incumplimiento del programa, lo que llega a ocurrir después de un largo período en el que algunos psicólogos ya han sido mal formados en ese dispositivo. Se proponen como alternativas una evaluación final de los residentes que sea realmente tenida en cuenta, o una evaluación periódica mediante auditorías externas, que no sean de carácter excepcional.

Se señala la excesiva diferencia formativa entre unas Unidades Docentes y otras. Se propone la necesidad de homogeneizar los objetivos y métodos, y que éstos sean conocidos no sólo por los residentes, sino también por los tutores.

Se considera necesario establecer mecanismos para mejorar y garantizar la *calidad docente* de tutores y supervisores, por su importancia en la formación del residente.

1. Se plantea la posibilidad de retirar la acreditación a aquellas Unidades Docentes que no cuenten con profesionales capacitados para la docencia, hasta que se ocupen de formar adecuadamente a dichos profesionales y guiarles con programas específicos a cumplir en cada rotación.
2. También se considera fundamental la motivación de los formadores. Se sugiere que deberían ser reconocidos, acreditados y recompensados de algún modo: económicamente, curricularmente y/o con liberación de tiempo de asistencia. De

Otro problema señalado con frecuencia es la relación *número-tiempo de rotaciones*. Al respecto, una de las sugerencias más citadas es la necesidad de *aumentar al menos en un año* la residencia. Ello facilitaría la permanencia durante un tiempo suficiente en cada dispositivo para realizar intervenciones de mayor envergadura, ya que la falta de tiempo condiciona la participación en grupos, seguimientos de determinados casos, especializarse en áreas específicas... Se propone prolongar la rotación de Infanto-Juvenil e incorporar o cuidar más las rotaciones de Psicología de la Salud y Neuropsicología.

Se propone dotar de una mayor flexibilidad al sistema de rotaciones, de modo que el propio PIR pueda adecuar su formación a sus intereses, ampliando también el tiempo para la rotación libre, de modo que pueda formarse mejor en el ámbito de su mayor interés.

También se plantea la posibilidad de realizar dos rotaciones simultáneamente, lo que implicaría rotaciones más largas y una mejor integración y responsabilidad en las funciones con la posibilidad de continuar la evolución de tratamientos más largos.

Otras sugerencias realizadas en cuanto a las rotaciones son:

1. Promover en todas ellas una mayor participación del residente en el manejo de pacientes *psicóticos* .
2. La necesidad de que el supervisor en las diferentes rotaciones sea *psicólogo*.

Respecto al funcionamiento de la formación teórica:

La principal sugerencia se refiere a la necesidad de que ésta sea *reglada*, con existencia de un tiempo específico dedicado a la docencia y una *planificación* de los cursos y seminarios .

Asimismo se sugiere la creación de cursos o talleres orientados a *aspectos prácticos*, más que teóricos, ya que en éstos se tiene una buena formación de pre-grado.

En relación a lo anterior, se sugiere que exista una formación específica para PIRes (separada de los MIR de Psiquiatría), no sólo por el distinto nivel de conocimientos en algunas materias, sino también por el distinto interés en los diferentes contenidos formativos (Psicofarmacología, por ejemplo). Vinculado a ello, se solicita mayor participación de los psicólogos como docentes. También se sugiere que se abra la posibilidad de compartir experiencias profesionales con otros PIRes, a través de seminarios conjuntos.

Aunque el orden y el tiempo medio de las distintas rotaciones es similar , salvo alguna excepción, existen diferencias tanto en relación a los programas docentes como a la práctica asistencial entre las diversas Unidades Docentes, con la consiguiente falta de homegenidad en la formación .

Se propone la realización de *auditorías* para mantener un «Control de Calidad» de las Unidades Docentes, velando por el cumplimiento de los objetivos formativos y del contenido del programa docente.

Se resalta el papel fundamental de los tutores y supervisores, que realizan una labor esencial hasta el momento poco reconocida institucionalmente, así como la necesidad de que éstos posean amplios conocimientos de la especialidad, adecuada motivación para la docencia y el trabajo en equipo, y efectiva liberación de tiempo para ejercer su función docente, además de dotarles de algún tipo de incentivo/ reconocimiento. La ausencia de *supervisión reglada* (con tiempo específico previamente encuadrado para ello) en más de la mitad de los casos de este estudio pone en evidencia las dificultades reales para el desarrollo de este aspecto básico del programa.

Aunque en la mayoría de los casos existe formación teórica reglada, los contenidos son muy poco homogéneos y resultan irregularmente adecuados, según las materias, a los objetivos del programa formativo. Se considera necesario reglar la formación teórica, con tiempo específico y planificación previa de los cursos, seminarios y talleres, y se hace especial hincapié en que el diseño de esta formación sea *no siempre conjunta con los residentes de Psiquiatría,* y pueda *diferenciarse según los contenidos* específicos que hacen a cada especialidad. También se sugiere, en la misma línea, una mayor participación de psicólogos como docentes en la formación teórica de los Pir.

Se resaltan como necesidades formativas específicas las siguientes:

1. Técnicas de Evaluación en Niños y Adolescentes.
2. Entrevista Grupal y Familiar
3. Psicoterapias.
4. Técnicas de intervención en trastornos específicos: trastornos de personalidad y trastornos psicóticos
5. Psicología de la Salud y Programa de Enlace.
6. Neuropsicología.
7. Diferentes modelos teóricos .
8. Metodología de investigación

6. BIBLIOGRAFÍA

1. B.O.E. de 23 de Octubre de 1993
2. B.O.E. nº 299, de 15 de Diciembre de 1977
3. Aparicio, V. «El sistema PIR en Asturias. 1983-1989» *Papeles del Psicólogo, nº 43*. Febrero 1990, 48-49.
4. López, M. «El programa de Formación Postgraduada de psicólogos para la atención a la Salud Mental en Andalucía», *Papeles del Psicólogo nº 43,* Febrero 1990, 43-47.
5. Pérez Montoto, J. « El Sistema PIR en Navarra» *Papeles de Psicólogo nº 43*, Febrero 1990, 56-57.
6. Márquez, F. « El Programa PIR en Galicia» *Papeles del Psicólogo nº 43,* Febrero 1990, 52-53.
7. Carrasco, M. Y Garde, R. « Apoyo y colaboración de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid al proyecto PIR» *Papeles del Psicólogo nº 43,* Febrero 1990, 54-55.
8. «Documento Base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR». Colegio Oficial de Psicólogos. *Papeles del Psicólogo nº 38,* 1989, 59-62
9. «Documento Base acerca de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR». Colegio Oficial de Psicólogos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Papeles del Psicólogo nº 43,* Febrero 1990, 63-64.
10. «Documento Marco sobre la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un sistema PIR». Colegio Oficial de Psicólogos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Comunidades Autónomas de: Andalucía, Asturias, Castilla y León, Galicia, Madrid y Navarra. *Papeles del Psicólogo nº 43*. Febrero 1990, 65-66.
11. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. «Guía de Formación de especialistas» *Psicología Clínica*, 1996.
12. Asociación Española de Neuropsiquiatría. «Formación especializada en Salud Mental». *Cuadernos Técnicos nº 5,* 2000.
13. Asociación Española de Neuropsiquiatría. «Formación especializada en Salud Mental». Cap.8 Anexo. *Cuadernos Técnicos nº 5*, 2000.
14. Olabarría, B.; Escudero, C.; García, M.A.: « La Evaluación de los programas PIR: un paso estratégico hacia la institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria», en Aparicio, V. (comp..) *La evaluación de servicios y calidad asistencial*. Madrid, 1993. AEN.
15. Olabarría, B. « La formación especializada en Psicología Clínica: el PIR», en García, J.; Espino, A.; Lara, L., *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid, 1998. Díaz de Santos.