

A fondo



Psicología Clínica en la Sanidad Pública. El estado de la cuestión en la Comunidad de Madrid

Un poco de historia

Parece que fue ayer y ya han pasado más de 40 años cuando, en octubre de 1973, aterricé (bueno, vine en autostop) en Madrid, proveniente de la Universidad de Murcia donde había hecho los dos años de 'comunes', para cursar la Especialidad de Psicología, por entonces encuadrada en la carrera de Filosofía y Letras.

En las aulas, o mejor en los pasillos porque las aulas se vaciaban con frecuencia por las huelgas estudiantiles, del recién inaugurado campus de Somosaguas, al tiempo que peleábamos por una España democrática, comencé a interesarme por la 'clínica' (bueno, ya en el bachillerato había leído a Castilla del Pino: *La incomunicación*, *Dialéctica de la persona*, *dialéctica de la situación*) junto con algunos recién licenciados que editaban, casi clandestinamente, unos multicopiados *Cuadernos de Psicología* algunos de

cuyos títulos eran bien expresivos de los intereses de los jóvenes psicólogos: la Antipsiquiatría, ¿Qué es la Terapia de conducta?, Psicoanálisis y materialismo dialéctico, etc.

La mayoría de estos compañeros fueron el embrión, en 1973, de la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y, en 1980, del Colegio Oficial de Psicólogos.

La reivindicación de la Psicología como servicio público acompañó ya desde estos primeros años a la organización profesional y la incorporación de la Psicología a la Sanidad Pública, cuya transformación se pedía al tiempo, constituyó uno de los ejes políticos de toda la actividad profesional tanto en sus acciones reivindicativas (manifestaciones, encierros, etc.), como en sus actividades profesionales (Comisión de Psicólogos de hospitales, Comisión de Psicología y Municipios, etc.) y en las gestiones con la Administración (entrevista, en 1977, con el Subsecretario General Dr. Palacios Carvajal del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social).

Así pues, los profesionales de la Psicología estuvieron (estuvimos) presentes en todos los procesos institucionales de los años 70 y 80 vinculados a la atención a la salud mental, ya sea desde instituciones puestas en marcha por las Administraciones del Estado (AISNA, Unidades del Síndrome



D. Juan Carlos Duro, autor del Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid, junto a las psicólogas D^a M^a Victoria Sánchez, y D^a Pilar Jiménez en el acto de la inauguración de la Jornada de Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave.



Tóxico, Unidades de Salud Mental del Insalud, Instituto Provincial de Salud Mental –INSAM–), ya desde los movimientos de transformación de los hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones (Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid Francisco Franco, Hospitales psiquiátricos de Leganés y Hospital psiquiátrico Alonso Vega), potenciando formas alternativas de atención a la salud mental (Centro de Higiene Mental de Saconia, Equipo CUBO de Hortaleza, Colectivo de Salud Mental de Getafe) o desde nuevas formas de abordar la salud en general y la salud mental en particular desde los Centros de Promoción de la Salud de los Ayuntamientos (Madrid y pueblos metropolitanos).

Pero no era suficiente ‘estar’ en los procesos de cambio sino que había que ir más allá poniendo las bases para el futuro profesional, por lo que en seguida se empezaron a elaborar y a reivindicar programas reglados de formación en las instituciones sanitarias públicas que permitieran mejorar la cualificación de los profesionales y su equiparación con otros profesionales sanitarios más reconocidos (psiquiatras fundamentalmente). Una convocatoria singular fue la realizada, en 1977, a instancias de la Comisión Central de Docencia del Ministerio de Sanidad, para seis plazas de psicólogos “Residentes de Programas Especiales” en Hospitales de Madrid (Hospital Infantil Niño Jesús, La Paz y Ramón y Cajal). El siguiente paso fue, en 1990, con la convocatoria de cuatro becas, sin remuneración, para el Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica por parte de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid y el último tuvo lugar, en 1993, con la primera convocatoria del Programa de Psicólogos Internos y Residentes (PIR) en Psicología clínica a nivel estatal.

Durante esos años de cambios institucionales los profesionales de la Psicología también participaron en la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1984 con una

psicóloga integrante de la Junta Estatal del Colegio de Psicólogos y con otro psicólogo como secretario de la misma. En el Documento para la Reforma Psiquiátrica se reconoce al Psicólogo especialista en Psicología Clínica como integrantes del equipo de salud mental lo que posibilitó alcanzar el estatuto de especialista que hoy día tenemos.

Igualmente el Colegio Oficial de Psicólogos fue un importante motor para la consecución del establecimiento de la Especialidad en Psicología clínica mediante el programa PIR cuyos antecedentes se remontan a la Comisión de Psicología de Hospitales, en 1981, y a la creación en 1986, desde la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos de un grupo de expertos, que comienza a elaborar un borrador de Programa PIR. Hito importante en este proceso fue la elaboración, en 1989, conjuntamente entre el COP y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de un *Documento marco para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR*. En 1993 se constituyó una Comisión de Expertos nombrada por el Ministerio de Sanidad que preparó el borrador de la primera convocatoria PIR a nivel estatal, un año más tarde se constituye la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica, en 1998 se crea el Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y en 1999 la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica con la presencia de un representante del Colegio Oficial de Psicólogos.

Por último, la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en 2003, consagra la figura del psicólogo clínico como profesional sanitario dándole la misma consideración que a otros facultativos médicos.

Situación actual

Este incremento de los profesionales de la Psicología clínica en la Sanidad madrileña ha sido tan atípico y caótico que, es prácticamente imposible encontrar, en documentos de la Administración, datos fidedignos y comparables sobre los profesionales de la Psicología.

El hecho de provenir de diferentes Administraciones (AISNA, Diputación, Insalud, Ayuntamientos, etc.), las, con frecuencia, opacas y dilatadas convocatorias de plazas (la última Oferta Pública de Empleo para psicólogos se convocó en 2009 y se acaba de resolver el mes pasado), los variados regímenes laborales (hasta 9 tipos de contrato en lo público), las dependencias heterogéneas (centros de gestión pública, de gestión privada, centros a externalizar, centros concertados, Fundaciones, etc.), los Centros creados sin planificación y cual reinos de taifas, dan como resultado una foto borrosa y movida que esperamos poder ir fijando en nuestra retina colectiva para aportar un poco de racionalidad y mejora en la inserción de la Psicología clínica en la Sanidad madrileña.

A su vez el colectivo de profesionales que se ha ido consolidando en estos más de 30 años presenta una importante característica diferencial: unos, los más veteranos (160, es

decir el 64%), adquirieron la Especialidad por homologación sobre la base de la experiencia acreditada en el sistema sanitario y otros, los más jóvenes (80, es decir el 32%) a través de cursar el programa PIR. Algunos psicólogos (4%) que trabajan en la sanidad pública no tienen la especialidad de clínica.

Ante la dificultad para conocer la situación cuantitativa y cualitativa de este importante colectivo profesional el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ha realizado un estudio del que se están extrayendo datos fiables, como los antes expuestos, y que ha permitido tomar el pulso a estos profesionales mediante 20 entrevistas abiertas y 9 grupos de discusión con 74 participantes estructuralmente representativos del universo a estudiar.

La perspectiva de los profesionales

La perspectiva de los profesionales no es precisamente halagüeña.

De los principales resultados resaltamos los siguientes:

1. Hay una gran preocupación laboral general por el no incremento, e incluso el recorte, de puestos de trabajo, por la creciente precariedad e inestabilidad en las contrataciones de psicólogos y por la disminución de la calidad de las prestaciones debido tanto a la situación de crisis y recortes generales como por la integración en el modo de funcionamiento hospitalario y la progresiva externalización de la gestión de los hospitales hacia empresas privadas.

2. No visualizan que el camino de la 'privatización' vaya a mejorar su situación y condiciones laborales por lo que se da un posicionamiento claro de la gran mayoría de los entrevistados a favor de la defensa de la gestión pública de la Sanidad y del psicólogo clínico como trabajador de la misma.

3. La figura del Psicólogo clínico en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental/Psiquiatría (Centros de Salud Mental, Hospitales de día, Unidades de Rehabilitación o Unidades de tratamientos específicos) goza de gran reconocimiento tanto por parte de sus jefes, los psiquiatras, como por los profesionales de Atención Primaria, que son su fuente principal de derivaciones, y por el resto de espe-

cialistas hospitalarios (neurólogos, oncólogos, cardiólogos, ginecólogos, etc.)

4. Especialmente los psicólogos clínicos vía homologación contraponen algunos 'logros' alcanzados (la gestión pública, la organización en Red, el Área de referencia, cierta autonomía en la organización, el trabajo en equipo y con la comunidad) con las 'realidades' actuales (gestión privada, Área Única y libre elección de especialista, dependencia de las Direcciones médicas de los hospitales, trabajo por Agenda electrónica, prioridad por la cantidad de pacientes nuevos y cultura asistencialista hospitalaria).

5. La especialidad de Psicología clínica, que nació teniendo como referente a la especialidad de Psiquiatría en su versión más progresista, gracias a la formación PIR, comienza a tener una identidad profesional más discriminada entre *psicólogos* clínicos y *médicos* psiquiatras que, a su vez, se acercan más a otros médicos especialistas cada vez en un contexto menos "comunitario-igualitario" y más hospitalario-jerarquizado.

6. La juventud de la Especialidad, que se reconoció hace escasamente 10 años, y las dificultades para su aceptación en un sistema sanitario de larga tradición biologicista, ha propiciado, hasta este momento, una identidad profesional poco asentada, fragmentada y frágil con riesgos y amenazas para su consolidación.

7. Valoran muy positivamente la consecución de la Especialidad de Psicología clínica, y el programa PIR, aunque, en el colectivo profesional, se abre la posibilidad de más Especialidades en el campo sanitario (Psicooncología, Neuropsicología, etc.)

8. El desarrollo de la Especialidad, a juicio de los profesionales, se ha caracterizado por:

a) La heterogeneidad de los dispositivos en los que se ha ido incluyendo, y, por lo tanto, un desigual grado de autonomía y 'crecimiento' profesional, oscilando desde ser el 'ayudante' del psiquiatra, a ser un 'afortunado' con posibilidad de organizar el trabajo con alto grado de autonomía, pasando por atender la demanda 'como se puede' en cada momento.



b) La aceptación por parte de los psicólogos clínicos de los paradigmas psiquiátricos 'dominantes' (presupuestos teóricos, formas de intervención, modelos organizativos, etc.) en cada momento, más 'comunitarios' en los inicios, más 'hospitalarios' en la actualidad.

c) El solapamiento de sus funciones más genuinas (la evaluación clínica y las psicoterapias) con la de los psiquiatras

d) La ralentización en la creación de puestos de trabajo de psicólogos y la pérdida de algunos de los anteriormente conseguidos.

9. El cambio de los modelos comunitarios por los modelos más hospitalocentristas se vive como un proceso de fagocitación de lo comunitario por lo hospitalario que, a su vez, está sufriendo un cambio de modelo de gestión: de la gestión pública a la gestión privada.

10. Esta integración en la dinámica hospitalaria ha permitido la derivación directa de parte de los médicos de Atención Primaria, y otros especialistas, a Psicología clínica pero ha supuesto un aumento significativo de las listas de espera, mayoritariamente de población infantil y de personas con trastornos mentales leves. Por otro lado el establecimiento de criterios de derivación desde Atención Primaria, en función de la medicación y 'la gravedad', supone, en la práctica, que los psicólogos clínicos evalúen cada vez menos, en primera instancia, a personas con trastornos mentales graves.

11. Los psicólogos clínicos son los mayores destinatarios de la 'demanda de psicoterapia', no solo por parte de los médicos de Atención Primaria sino por parte de los propios psiquiatras lo que, dada la escasez de profesionales, supone un incremento de la lista de espera y dificulta una atención psicológica de calidad.

12. El hecho de que la psicoterapia sea una práctica compartida con los psiquiatras hace que éstos puedan desempeñar el rol de psiquiatra-psicoterapeuta lo que, por un lado facilita la comunicación y el trabajo en equipo, pero por otro, en la medida que pueden hacer tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, es un profesional más rentable para la Administración, en detrimento de la contratación de psicólogos clínicos. (Actualmente hay un 185% más de psiquiatras que de psicólogos clínicos en la Sanidad pública, prácticamente 3 médicos psiquiatras por 1 psicólogo clínico)

13. Esta ambivalencia hace que, aunque muchos psicólogos clínicos están de acuerdo con la práctica de la psicoterapia por parte de los psiquiatras en igualdad de condiciones que ellos, otros piensan que se han 'apropiado' de una actividad específica de ellos y los prefieren en el rol de psiquiatras/psicofarmacólogos.

14. La Rehabilitación de 'enfermos psiquiátricos' institucionalmente depende, en casi su totalidad, de la Consejería de Asuntos Sociales, quedando fuera de la hegemonía de

los psiquiatras y estando liderada por psicólogos aunque no necesariamente especialistas en psicología clínica que, ante la escasez, si no disminución, de especialistas en la red sanitaria, son contratados por el salario de psicólogos sin la especialidad.

15. En general todos valoran muy positivamente el considerable aumento de este tipo de recursos "sociales" (CRPS, Centros de día, Centros de Rehabilitación Laboral, Pisos tutelados), aunque el hecho de que se hayan ubicado institucionalmente fuera de la Consejería de Sanidad no goza del acuerdo unánime.

16. La coordinación con otros niveles y recursos asistenciales (Atención Primaria, Centros Educativos, Servicios Sociales y Red de Rehabilitación), y lo que implica de formación de los profesionales, es considerada imprescindible para un trabajo psicológico de calidad, especialmente en el caso de la población infantil y, sin embargo, está siendo ninguneada en las nuevas formas de organización de la asistencia dependiendo, en la mayoría de los casos, del voluntarismo de los profesionales

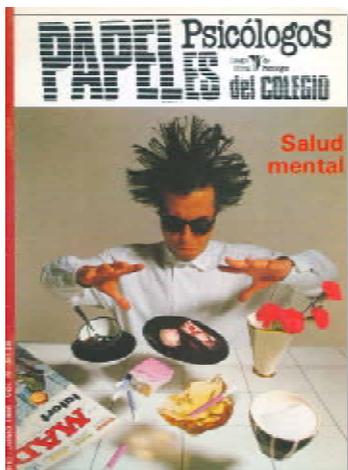
17. Los psicólogos que trabajan en los hospitales son casi todos especialistas y están incluidos en los Servicios de Psiquiatría pero también hay psicólogos especialistas y no especialistas que trabajan en otros servicios no psiquiátricos. Todos ellos tienen la percepción de una notable aceptación de su rol entre otros especialistas hospitalarios no psiquiatras.

18. Entre los profesionales hay un malestar generalizado por la posición de subordinación hacia los jefes/psiquiatras y una creciente reclamación de mayores cuotas de poder y responsabilidad directiva ya sea integrados en los mismos Servicios de Salud Mental (Psiquiatría) con la creación de Secciones de Psicología clínica, ya sea integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos o con la creación de Servicios independientes de Psicología clínica desde los que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro, con otros Servicios hospitalarios.

19. Todos los profesionales ven la necesidad de aumentar y mejorar la relación con Atención Primaria ya sea formando parte del Centro de Salud Mental o bien incluido directamente en los Equipos de Atención Primaria.

20. Los aspectos más positivos que resaltan del Programa PIR son: la igualdad de oportunidades, la formación amplia y heterogénea, basada en la rotaciones por dispositivos variados que permite una visión global del contexto sanitario, su orientación a la investigación y su ampliación a cuatro años de duración.

21. Los aspectos más negativos que resaltan son: el escaso número de plazas convocadas, el cumplimiento relativo del programa docente, el voluntarismo y poco reconocimiento de las funciones docentes, lo que lleva a que no todos los psicólogos de plantilla quieran ser tutores, la falta de organización para una formación más centralizada, una formación excesivamente centrada en los 'tras-



tornos mentales', sobrecargada de psicofarmacología, al ser común con Mires de Psiquiatría, con pocas rotaciones por Servicios no psiquiátricos y con poco espíritu crítico e implicación personal por parte de los residentes.

22. Los psicólogos clínicos tienen mucho desconocimiento y confusión acerca de la nueva figura del psicólogo general sanitario al que viven como amenazante, ya que consideran que esta nueva profesión puede ser una 'puerta de atrás' para entrar en la sanidad pública a bajo coste y que se puede doblegar y supeditar a los psiquiatras, y a los médicos en general, más fácilmente que ellos mismos.

23. Las Asociaciones científico-profesionales como la AM-SM-AEN y ANPIR son reconocidas por la mayoría de los entrevistados como defensoras de la Especialidad mientras que el resto de las Asociaciones no tienen prácticamente relevancia.

24. Respecto al Colegio Oficial de Psicólogos, se dan dos posiciones discursivas: una crítica y otra 'comprensiva'.

a) La postura crítica se refiere nuclearmente a la poca defensa de la Especialidad y, por consiguiente al 'abandono' del psicólogo clínico en la Sanidad pública y, por contra, al apoyo a la figura del psicólogo general sanitario, el máster y la práctica clínica privada. Secundariamente se critica el no posicionamiento claro y visible contra la externalización de la gestión de centros sanitarios públicos.

b) La postura 'comprensiva' defiende que el Colegio nunca ha dejado de apoyar la Especialidad y que la figura del psicólogo general sanitario y el máster ha sido la salida más digna que el Colegio ha podido conseguir para el mantenimiento de la práctica clínica privada por parte de psicólogos no especialistas en el marco de la consideración de no sanitarios por parte de la LOPS.

En ambos casos (con crítica o con acuerdos) los psicólogos reconocen al COP como la institución de referencia para la defensa de sus intereses profesionales y esperan que adopte una postura de defensa clara y explícita de la Psicología clínica en la sanidad pública.

¿A dónde vamos?

El estudio citado tenía como metaobjetivo desarrollar líneas estratégicas y actividades de defensa y mejora de la Psicología clínica en la Sanidad pública de Madrid por lo que a los entrevistados se les preguntó qué propuestas le harían al Colegio de Psicólogos.

Las propuestas explícitas recogidas en el Estudio son:

- defensa de la sanidad pública como marco para el desarrollo de la Psicología clínica
- establecimiento de criterios para la mejora de la calidad, la racionalización de recursos, el establecimiento de una cartera de servicios en la que se incluyan los tratamientos psicológicos y desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro con otros servicios no psiquiátricos, así como que busque el equilibrio entre la asistencia, la docencia y la investigación.
- aumento de plazas de psicólogos clínicos en la Sanidad pública y del número de plazas PIR que se convocan anualmente.
- contribuir a la consideración 'institucional' como facultativo del psicólogo clínico en igualdad de condiciones que los médicos lo que implica la mejora de la propia 'autoestima' por parte del colectivo de psicólogos clínicos.
- mejorar la rotación por las Áreas de profundización y especialmente en Psicología clínica infantil.
- procurar que en el programa de formación PIR haya una cierta diferenciación y especificidad para los psicólogos clínicos respecto a los Mires.

Además de estas propuestas algunos discursos encontrados en el Estudio nos ponen en la pista de por dónde puede ir el desarrollo de la Especialidad y de la Psicología clínica en el sistema sanitario.

Aunque es unánime la defensa del logro de la Especialidad de Psicología clínica surgen dos posiciones globales diferenciadas:

1. La única Especialidad en el sistema sanitario debe ser la Psicología clínica.
2. En el sistema sanitario debe haber, además de la Psicología clínica, otras Especialidades que algunos denominan genéricamente Psicología de la salud.

Respecto a la ubicación en los hospitales se establecen tres ubicaciones deseables para los entrevistados, más allá de donde trabajen, y si tienen, o no, la especialidad:

1. Todos los psicólogos clínicos integrados únicamente en los Servicios de Salud Mental (Psiquiatría) con interconsulta con otros Servicios hecha por psiquiatras y psicólogos clínicos según intereses, formación y habilidades.

2. Coexistencia de Psicólogos clínicos integrados en los Servicios de Psiquiatría (Salud Mental) y Psicólogos 'de la salud' (pueden ser clínicos actuales o con otras especialidades en el futuro) integrados en Servicios hospitalarios no psiquiátricos.

3. La Psicología en el sistema sanitario tiene que ser Psicología clínica pero los psicólogos clínicos no deben estar circunscritos únicamente a Salud Mental sino que deben estar todos juntos en un Servicio independiente de Psicología clínica desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y por otro, con otros Servicios hospitalarios

Sobre el lugar de la Psicología en su relación con Atención Primaria, presentándose tres posiciones:

1. El psicólogo clínico como parte del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Mental sin diferenciar entre psiquiatras y psicólogos clínicos a la hora de intervenir en Atención Primaria. Defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos y sistémicos.

2. El psicólogo clínico incluido en los Equipos de Atención Primaria sin formar parte de los Centros de Salud Mental. Defendida por psicólogos clínicos vía homologación, vía PIR y Residentes de todos los enfoques. Una variante de esta posición es aceptar que fueran psicólogos generales sanitarios si no hubiera bastantes psicólogos clínicos para cubrir las (hipotéticas) plazas que se crearan.

3. El (futuro) psicólogo general sanitario incluido en los Equipos de Atención Primaria como una oportunidad de incrementar la presencia de profesionales de la psicología en el campo sanitario desde una perspectiva más de la Psicología 'de la salud' que desde la Psicología clínica. Defendida por psiquiatras de orientación más biológica y psicólogos clínicos vía homologación y psicólogos hospitalarios no especialistas mayoritariamente de orientación cognitivo-conductual e integradora.

Sobre la reivindicación de Servicios de Psicología clínica en este estudio se detectan tres posiciones discursivas:

1. Mantener la Psicología clínica tal como está en los Servicios de Psiquiatría/Salud Mental. Defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos con el argumento principal de que 'la unión hace la fuerza' y que con la separación 'perdemos todos'. Las pérdidas para los psiquiatras serían que se quedarían sin un complemento para el trabajo asistencial y se dificultaría su participación en tareas de interconsulta que podrían hacerse desde el Servicio de Psicología clínica. Las pérdidas para los psicólogos clínicos serían que se dificultaría el trabajo en equipo, se les excluiría de la atención a las personas con trastornos mentales graves y aumentaría el riesgo de ser más 'prescindibles' para la Administración en tiempo de crisis.

2. Crear Servicios de Psicología clínica y de la salud. Defendida por un sector de los psicólogos clínicos vía homolo-

gación, los vía PIR y de los PIRes, de orientación sistémica, integradora y casi unánimemente por los psicólogos de orientación cognitivo-conductual, sean o no especialistas. Los argumentos son: no depender de Psiquiatría, tener más autonomía para relacionarse con otros Servicios no psiquiátricos, posibilitar la creación de más puestos de trabajo, dar más visibilidad a la Psicología en el hospital y defender mejor los intereses de los PIRes

3. Compartir más el poder con los psiquiatras. Esta postura intermedia la defienden la mayoría de los psiquiatras responsables de Centros, el sector mayoritario de los psicólogos clínicos vía homologación y de los PIRes, de todas las orientaciones, incluyendo algún profesional de orientación cognitivo-conductual. Los psiquiatras, plantearían un mayor acceso de los psicólogos clínicos al poder partiendo de la integración de los mismos en los Servicios de Psiquiatría: es compartir algo más el poder de los psiquiatras. En todo caso, los más 'atrevidos' plantean el cambio de denominación de Servicios de Psiquiatría a Servicios de Salud Mental (una denominación que utilizan algunos es transicional entre las dos: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental) para dar cabida a las dos especialidades en 'igualdad' de condiciones. Los psicólogos clínicos aceptan la unión entre Psicología clínica y Psiquiatría bajo el término de Salud Mental pero reivindican ganar grados de autonomía, por ejemplo creando Unidades o Secciones de Psicología clínica dentro de los Servicios de Salud Mental/Psiquiatría y una mayor apertura de ambos al trabajo con otros Servicios hospitalarios a través de la interconsulta.

Por último hay que reconocer, y así se explicita en el Estudio, que los enfrentamientos entre Asociaciones científico-profesionales (especialmente la AMSM-AEN y el COP) respecto a la defensa de la Especialidad y a la Psicología como profesión sanitaria, la heterogeneidad en la formación de los especialistas, fundamentalmente los psicólogos clínicos vía homologación, cierta confrontación entre los psicólogos clínicos vía PIR (y su asociación representativa ANPIR) con psicólogos no especialistas, los diferentes paradigmas teóricos existentes en el colectivo de psicólogos clínicos, las ubicaciones en variopintos y heterogéneos dispositivos con cierto grado de acomodamiento por su parte y la incapacidad del COP de liderar los intentos de movilización que se ha producido en estos últimos 10 años, han dado como resultado un colectivo atomizado, con intereses muy divergentes, adaptado y acomodado en instituciones heterogéneas, mayoritariamente desmotivado/quemado, poco vinculado a las Asociaciones profesionales y crítico con el Colegio de Psicólogos, infravalorado como especialistas (máxime con la 'amenaza' de la figura del psicólogo general sanitario), y casi resignado a su 'extinción' en lo público, y a un futuro laboral en dispositivos sanitarios privatizados.

El reto está en si, entre todos, podemos unir nuestras fuerzas para consolidar la profesión en el campo sanitario y avanzar en la calidad de los servicios que podemos prestar a los ciudadanos.

Juan Carlos Duro Martínez
Psicólogo clínico. Col. M-01598