

Psicología Clínica y Psicoterapia: una problemática basada en la evidencia

«- *Profundice, Rubianes, profundice. No se quede en la tapa.*

- *Editorial Vicens Vives...»*

Rubianes, solamente.

¿Se practica psicoterapia en el sistema nacional de salud? ¿Se puede considerar al psicólogo clínico un psicoterapeuta sin más formación que la residencia PIR? ¿Quién puede llamarse a sí mismo psicoterapeuta en España? ¿Qué diferencia a la Psicología Clínica de la Psicoterapia? El presente texto viene a plantear estas y otras cuestiones fundamentales y perennes desde la misma creación de la especialidad en Psicología Clínica en nuestro territorio en 1998.

Para ello he considerado imprescindible repasar, aunque sea superficialmente, los orígenes de las disciplinas Psicología Clínica y Psicoterapia a fin de tener claras las peculiaridades que arrastran cada una de ellas y que, aún hoy en día, siguen siendo escollos importantes en su complicada relación. Los temas que se tratará a continuación son necesariamente delicados y polémicos, pues en el estado actual de nuestra Psicología Sanitaria es imposible analizar algo con cierta profundidad y no ser identificado con alguno u otro grupo. Sirva por lo menos para que las actuales y próximas generaciones de estudiantes se planteen estas cuestiones y den con nuevos planteamientos y soluciones, que buena falta harán.

Como en el símil de George A. Kelly donde se compara la construcción personal de la visión del mundo con las diferentes líneas de un metro urbano, aspiro a que al final del texto tenga usted alguna parada intermedia más, a que aprecie más matices entre los grises. No hay situación profesional cotidiana en la que no se desplieguen, de manera tácita o explícita, algunos de los elementos que se tratarán a continuación. Animo a todo el que se acerque a este trabajo a leer con atención todos los documentos que he analizado y resumido, a consultar las fuentes primarias. Lamentablemente nadie le puede ahorrar esta tarea, y en mi opinión, como estudiante, residente o profesional de la psicoterapia/psicología clínica es perentorio conocer el estado de esta cuestión y hacerse una idea propia y particular de la misma.

Índice

- I. *¿Qué es la Psicología Clínica?*
 - a. *Psicología Clínica Española*
- II. *¿Qué es la Psicoterapia?*
 - a. *Psicoterapia Española*
- III. *Psicología Clínica y Psicoterapia: identidad y competencias*
- IV. *Psicoterapia en el SNS*
 - a. *¿Forma la residencia PIR en Psicoterapia?*
 - b. *¿Se practica Psicoterapia en el SNS?*
 - c. *¿Qué piensa la Psicología Clínica sobre la Psicoterapia?*
- V. *Conclusiones y Opinión*
 - a. *Sin anclajes*
 - b. *Diagnóstico: ideología*
 - c. *Propuesta*
 - d. *Cierre*

I. ¿Qué es la Psicología Clínica?

La Psicología Clínica es una de las ramas aplicadas de la Psicología, con un origen oficioso en 1896, año en el que Lightner Witmer abrió la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania donde atendería a población infantil con dificultades de aprendizaje y socialización (Juárez, 2016). Actualmente su objeto como disciplina abarca múltiples funciones, siendo la principal la prevención y el tratamiento de condiciones que pudieran afectar a la salud mental de las personas.

El estudio de su origen y desarrollo como disciplina puede contribuir a explicar algunas de las tensiones actuales con otras ramas de la profesión, como la psicología académica, sobre todo en su vertiente básica (Leahey, 2005). A pesar de su actual autoproclamación como una profesión basada en la ciencia, su desarrollo no estuvo influido en un principio por los descubrimientos científicos del núcleo duro de la Psicología, como la psicología experimental. Lejos de eso, su origen se centró en la aplicación de tests y la práctica de tratamientos psicoterapéuticos sin relación directa con la investigación básica. Fue en el congreso de Boulder en 1949 (Frank, 1984; Benjamin y Baker, 2000) donde la Psicología Clínica realizó uno de sus intentos más importantes para ganarse, por fin, la ansiada aura de científicidad. Este modelo de formación aspiraba a que el psicólogo clínico alcanzara un perfil científico-profesional, para el cual debía prepararse en un programa de 4 años tanto en habilidades de investigación como clínicas.

Alrededor de este modelo surgieron defensores y detractores ante la posibilidad de que las vertientes básica y aplicada fueran compatibles en la práctica real. Años más tarde, en 1973, en un congreso celebrado en Vail (Colorado), se establecieron las bases para la creación del doctorado en Psicología (PsyD), orígenes lejanos de lo que se propone actualmente como un doctorado en Psicología Clínica, en el marco de una práctica basada en la evidencia (APA, 2006; Beck y cols., 2014). Veamos el resumen, brutalmente actual, que se hace de este hecho histórico en el manual clásico de *"Historia de la Psicología"* de Leahey:

"Sin embargo, se hacía evidente que pocos psicólogos clínicos llegaban a ser científicos, optando en su lugar por la práctica privada o institucional de la psicoterapia. Los estudiantes de psicología clínica querían ayudar a la gente y aprender a aplicar terapias, y consideraban aburrida la parte científica de su formación. El modelo Boulder era cada vez más cuestionado y los psicólogos empezaron a considerar la posibilidad de formar a los estudiantes únicamente como profesionales siguiendo el modelo de la educación médica, así como revisar sus objetivos como científicos y profesionales a un tiempo. George W. Albee argumentaba que, para empezar, los psicólogos clínicos habían cometido un error al tomar como modelo a los médicos, cuando el papel que les correspondía era el de agentes de cambio social." (Leahey, 2005)

Por suerte o por desgracia, la opinión de Albee fue minoritaria y la tendencia general ha sido el acercamiento progresivo al modelo médico, donde la Psiquiatría tuvo por largo tiempo la exclusividad en el tratamiento de patologías graves. La definición actual de la APA de Psicología Clínica reza lo siguiente:

"La psicología clínica es la especialidad psicológica que brinda: atención continua e integral en salud mental y conductual para individuos y familias; asesora a agencias y comunidades; formación, educación y supervisión; y práctica basada en la investigación. Es una especialidad amplia -que incluye generalmente la psicopatología grave-, y se caracteriza por la amplitud e integración de conocimientos y habilidades de una amplia gama de disciplinas dentro y fuera de la psicología propiamente dicha"

Efectivamente, como veremos también plasmado en la definición española, la Psicología Clínica va más allá del tratamiento psicológico, y no se trata de una rama científica como tal. En su vertiente como disciplina, se puede concebir como un modelo organizacional, una visión política que se da de forma particular en un momento y lugar determinados, y es mucho más maleable que los conocimientos sólidos de las ciencias básicas de las que se alimenta. Comprender sus particularidades en un momento dado tiene que ver más con conocer aspectos relacionados con

licencias, acreditaciones, competencias, tipos de gestión y financiación públicas, pruebas de acceso y tensiones entre organizaciones. No extrañará, pues, que al revistar textos sobre el origen de la Psicología Clínica nos encontremos más con un rastreo de la creación de diferentes sociedades y el análisis de políticas gubernamentales que con una historia de conceptos, teorías o métodos ([Brems y cols., 1991](#); [Watson, 1953](#)).

Como profesión, la del psicólogo clínico, así también como el de psicoterapeuta o el de psiquiatra, se contempla más como la de un tecnólogo* ([Bunge, 1976, 2012](#); [Tizón, 1992](#)). Su práctica se alimenta de conocimientos científicos, pero no es subsumida a éstos, y se diferencia de otros oficios como la de los artesanos en que no basa toda su habilidad en una tradición heredada. Si no se comprendiera debidamente las implicaciones de esta característica, ofuscaría a aquellos que entienden la terapia psicológica como exclusiva y necesariamente ligada a la ciencia básica y olvidan su función principal, procurar salud:

“(…) hablamos de una actitud en el desarrollo de una práctica cuyo objetivo sigue sin ser obtener conocimiento - que es el de la ciencia - sino procurar salud, y cuyos resultados deben medirse en términos de salud. El adoptarla ni nos convierte en científicos, ni legitima la aplicación a nuestra práctica de conceptos y teorías pensados para la ciencia, ni nos exonera de la obligación de ocuparnos antes de la utilidad de nuestras intervenciones que de lo acertado de nuestras observaciones.” ([Fernández-Liria y cols., 1997](#))

**Curiosamente, en [Filosofía para Médicos \(2012\)](#), el propio Bunge habla de ciencia aplicada para describir la psicología clínica y de tecnología para caracterizar la terapéutica. En cualquier caso, las continuó diferenciando de la ciencia básica: “investigar problemas de conocimientos usando el método científico para saber por saber”.*

Entre la charlatanería y la medicina

No puede escapársele al lector que la reflexión anterior puede activar algunas de las preocupaciones históricas de la disciplina. Principalmente el intrusismo de los *charlatanes* y otros profesionales no psicólogos (esto es, los *artesanos*) y la impotencia científica. Los intentos de solución contemplaron (y contemplan hoy en día) las acreditaciones oficiales, el acercamiento a la medicina y/o a terapias lo más cercanas posible al método científico. Esta vulnerabilidad histórica se sigue observando en la influencia actual del artículo de Eysenck ([1952](#)), de escasas 4 páginas, donde mostraba un **correlación inversa** entre tratamientos psicoterapéuticos (psicoanálisis y eclécticos) y recuperación en pacientes con diagnósticos de “neurosis”.

Por el otro lado, el acercamiento a la medicina desde la Psicología Clínica puede constatarse en la actualidad con el solapamiento de las funciones de la Psiquiatría:

“La Psiquiatría es la rama de la medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de personalidad.” ([Vallejo Ruiloba, 2015](#))

Además de en sus funciones, existe también un solapamiento histórico. Esquemáticamente las historias de las dos disciplinas comparten la descripción de cómo entendían la enfermedad mental (sufrimiento humano) y su terapéutica (su alivio o resolución) las diferentes sociedades a lo largo del tiempo. No obstante, esta postura puede llevar a una confusión problemática. La Psiquiatría y la Psicología Clínica tienen orígenes lejanos alrededor de esas dos cuestiones, pero éstos le son propios a la Psicopatología y la Psicoterapia (causas distales que diría Eysenck). La Psiquiatría y Psicología Clínica no son el desarrollo necesario, inevitable y último que dan respuestas a esas cuestiones, son el armazón administrativo y profesional elaborado hasta el momento.

Otras Psicologías Clínicas

Como hemos comentado más arriba, existen tantas Psicologías Clínicas como contextos, y aun con sus singularidades, también se dan influencias entre aquéllas y las actuales. Por ejemplo, en *“Functions and Training of the Clinical Psychologist”* (1959), Hans Eysenck sentaba las bases de lo que sería la formación y funciones de un psicólogo clínico en Inglaterra, y aprovechaba la ocasión para desmarcarse de algunas políticas de la americana Veterans Administration (VA). Entre otras cosas defendía: la subespecialización (*“inevitable en el estudio de la enfermedad mental”*, decía), el trabajo en equipo entre psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos clínicos, una duración de 4 años de residencia en la que se incluía básicamente formación en evaluación diagnóstica e investigación, la integración de esta formación en departamentos universitarios y la no inclusión de elementos terapéuticos relacionados con el enfoque psicoanalítico como el análisis personal del terapeuta.

El estudio de este magnífico documento nos sirve para recordar varias cosas: i) las ideas de una o varias personas pueden influir a generaciones enteras de profesionales, sean o no éstas conscientes de esta influencia; ii) todo lo que planteó y asoció Eysenck para esa Psicología Clínica nació de ideas concretas sobre psicopatología y terapéutica; y iii) uno puede dismantelar cada una de esas ideas y ponerlas en cuarentena siempre que lo considere oportuno, al margen de todo el aparato que se construye alrededor en un principio. Éstas son susceptibles de revisión, aunque para ello sea necesario identificarlas separadamente en primer lugar.

Otro ejemplo de cuan viejos pueden ser algunos anclajes es la postura de la VA sobre la función del psicólogo clínico en los años 40:

“El psicólogo clínico realizará la terapia individual o grupal bajo la dirección del neuropsiquiatra responsable. Esto significa que el neuropsiquiatra primero revisará el caso y decidirá si es el tipo de problema que razonablemente puede ser manejado por un psicólogo clínico. Si el caso involucra campos como el reajuste de hábitos; problemas de personalidad dentro del rango normal; discapacidades educativas como defectos de lectura, problemas del habla o dificultades similares que requieran reeducación; o condiciones psiconeuróticas relativamente menores sin componentes somáticos importantes, los pacientes pueden ser derivados a un psicólogo clínico para un tratamiento individual o grupal ” (Miller, 1946)

¿Cómo es la Psicología Clínica en España?

En España, concretamente, la Psicología Clínica tiene forma de especialidad sanitaria a imagen y semejanza del Médico Interno Residente (MIR), y como éste, está imbuido en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La historia de su creación puede encontrarse, por ejemplo, en *“El proceso de construcción de la psicología clínica en España”* (2011) de Miguel Anxo-García y Begoña Olabarría. Estas y otras personas consiguieron a lo largo de las décadas de los 80 y 90 la equiparación de la figura del psicólogo clínico a la del médico psiquiatra y, con ello, el impulso definitivo en la reforma psiquiátrica en nuestro país (Ministerio de Sanidad, 1985; Capellá, 2001). Este texto constituye, además, un interesantísimo relato también del desarrollo inicial del propio SNS, de las facultades de Psicología y de la creación de las organizaciones relevantes actuales como la AEN ([Asociación Española de Neuropsiquiatría](#)), el COP ([Colegio Oficial de Psicología](#)), la AEPCP ([Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología](#)) y ANPIR ([Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes](#)).

Con ánimo de entender su estructura y funcionamiento actual se ha optado por describir sus principios básicos y su materialización formal ([Programa Formativo](#); [Especialidad](#); [Cartera de Servicios](#); [Característica prueba de acceso](#); [Resumen para Residentes](#)):

Principios básicos:

- Especialidad sanitaria a imagen y semejanza del MIR, y por lo tanto imbuida en el SNS, en un entorno eminentemente hospitalario aunque con un acercamiento progresivo a la atención comunitaria.
- Atención en Salud Mental (SM) como una prestación más del servicio sanitario público, compatible con un modelo socialdemócrata de gestión sanitaria (universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización). Se dan por eso excepciones de gestión privada concertada en ciertas regiones como la catalana ([Capellá, 2001](#)). La actuación del clínico contempla el entorno privado, pero por el contexto formativo y asistencial, y por los principios mencionados, su entorno natural es la pública.
- Se concibe la salud y la enfermedad como procesos complejos en los que intervienen, en distintos momentos y en diferentes niveles causales, factores tanto psicológicos, como sociales y biológicos. Asume el enfoque biopsicosocial.
- Se apoya en procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables.

Materialización:

- **Acreditación.** Se acredita como psicólogo especialista en psicología clínica (PEPC) todo aquel que supera con éxito los 4 años de formación en alguna de las Unidades Docentes Acreditadas del territorio español que tienen capacidad para impartirla ([Mesa Catalana, 2017](#)). Estas Unidades Docentes Multidisciplinares (Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería) son aprobadas por la Comisión Nacional de la Especialidad Sanitaria de Psicología Clínica, que cuelga a su vez del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y que es órgano consultivo del Ministerio de Educación y Cultura y del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **Acceso a la formación y Residencia PIR.** El acceso a la residencia PIR tiene forma de oposición en el que se valora con un 10% el expediente académico durante el grado de Psicología y con un 90% el resultado de un examen estatal. Actualmente se ofertan anualmente 189 plazas para unos 4000 aspirantes. Los que consiguen una de las plazas realizan una residencia de 4 años como trabajadores en formación, incluido un salario incrementado anualmente.
- **Competencias.** El PECP tiene competencias, en el ámbito clínico-asistencial, para la promoción, la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos y enfermedades mentales, así como cualesquiera otros problemas que puedan incidir en la salud mental y física de las personas, tanto en el entorno público como en el privado. Además, la formación capacita en los ámbitos de Dirección, Administración y Gestión y Docencia e Investigación.

“El campo de acción de la Psicología Clínica abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humanas. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables.”

El solapamiento antes señalado con la Psiquiatría es fehaciente de nuevo, en la descripción del campo de acción de la disciplina en el programa formativo oficial. La Psiquiatría asume por entero el enfoque biopsicosocial, la psicoterapia y comparte el objetivo como disciplina de la Psicología Clínica, aunque tiene como herramientas terapéuticas extras la psicofarmacología, el diagnóstico por neuroimagen y otras intervenciones biológicas ([Programa Formativo Psiquiatría](#)).

El programa del PIR especifica un 15-20% de formación teórica (unas 1000-1500 horas), implementada a través de sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, talleres y seminarios, en las que se imparten los siguientes contenidos:

Formación general transversal:

- Bioética
- Organización y legislación sanitaria
- Gestión clínica
- Metodología de la Investigación

Formación teórica general en psicología clínica:

- Marcos conceptuales, legales e institucionales
- Psicología Clínica Legal y Forense
- Proceso de la investigación científica
- Evaluación y diagnóstico clínicos
- Clínica de los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento
- Psicoterapia y los procedimientos de la intervención y tratamiento psicológico.

La formación en Psicoterapia se plasma de una manera algo caótica y ambigua salpicando el texto con el vocablo “psicoterapia”, emparejándolo arbitrariamente con el de “tratamiento psicológico” o “procedimiento de intervención”, y haciendo hincapié en tratamientos basados en la evidencia y la eficacia terapéutica. No trata de definirla en ningún momento y, por ejemplo, no se habla ni de orientaciones (salvo de “procedimientos cognitivo-comportamentales”) ni de terapia personal. Más concretamente el contenido en esta área sería el siguiente:

- Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas.
- Habilidades y estrategias de comunicación.
- Eficacia terapéutica y análisis de la eficacia diferencial de las terapias psicológicas.
- La eficacia de los tratamientos psicológicos, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos combinados.
- Psicoterapia y procedimientos cognitivo-comportamentales de intervención y tratamiento psicológico.
- Promoción de la salud mental, con acciones encaminadas a contextualizar los trastornos mentales dentro de las enfermedades en general con especial énfasis en la lucha contra el estigma y la discriminación.
- Niveles de intervención en psicoterapia

A nivel asistencial, la Psicoterapia se incluyó legalmente en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud en 2006 ([Real Decreto 1030/2006](#)), excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis. En esta cartera se establecen las prestaciones obligatorias en el SNS, y la inclusión formal de alguna nueva se contempla como medida para asegurar su oferta, sin que implique que con anterioridad se hubiera incorporado en la práctica clínica. Comentaremos luego el contraste entre este desiderátum, formativo y asistencial, y su implementación real en la actualidad.

II. ¿Qué es la Psicoterapia?

La Psicoterapia, aun tecnología como la Psicología Clínica, no nace como rama científica aplicada de la Psicología, y aunque su origen sí coincide temporalmente (en torno al 1980), sus influencias originales están más cercanas a la Psiquiatría. Además de la hipnosis y el psicoanálisis como hitos de su despegue formal, se suele hablar de los siguientes enfoques psicoterapéuticos, de los que derivarían multitud de subescuelas: Terapias Psicodinámicas, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Sistémica/Familiar, Terapia Humanista, Terapia Constructivista y Terapias Integradoras. Las profesiones asociadas a la práctica de la Psicoterapia, en diferente proporción según la escuela, han sido típicamente la psiquiatría, la psicología, trabajador social y enfermería.

Ha habido casi tantas definiciones de Psicoterapia como autores que han teorizado sobre ella ([Mahoney, 1995](#)), pero posiblemente la más amplia y descriptiva sea la de Jerome Frank. Ésta da cuenta de una actividad de un tipo muy especial, una relación de ayuda, y nos sirve para observar la diferencia con la Psicología Clínica, que sería una construcción alrededor de esta actividad:

“La Psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La Psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal” ([Frank y Frank, 1993](#))

Ha sido el mayoritario ejercicio liberal de la Psicoterapia, esto es, en un entorno privado, lo que ha permitido la gran explosión de propuestas durante las últimas décadas, y algunas de ellas lejos de ninguna apoyadura sobre su cientificidad (incluso en ocasiones huyendo activamente de ella) ([Liria y cols., 1997](#); [Olabarría, 2020](#)). Aun así, cabe señalar algunas excepciones históricas en la relación Psicoterapia – Instituciones Públicas; en [García Ibáñez \(2007\)](#) puede verse un desarrollo sobre esta cuestión.

Las propuestas para ordenar y clasificar las distintas escuelas son casi tan numerosas como éstas, y en las últimas décadas se ha visto con recelo su excesiva propagación. Las críticas habituales son la construcción artificial de modelos nuevos con afán lucrativo y la deriva *pseudoterapéutica* de algunos de ellos, por lo que algunos autores apuestan por algún tipo de integración, en alguna de sus múltiples versiones, como vía de solución definitiva ([Fernández-Álvarez, 2020](#); [Botella, 2017](#); [Gimeno-Peón y cols., 2018](#)).

La Psicoterapia, en definitiva, tiene raíces prácticamente inescrutables, pues existen tantas psicoterapias como practicantes, y su intento de sistematizarlas es un ejercicio meramente académico, expositivo. Incluso aunque el practicante defienda a ultranza estar siendo un fiel siervo del modelo *madre*, aplica sin saber multitud de elementos personales. Si bien Szasz lo exclamaba en un sentido nihilista, se le puede invocar para enfatizar la inevitable individualidad de la práctica psicoterapéutica:

“Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento; cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes” ([Szasz, 1978](#))

Gracias a ese *hiperdesarrollo* han llegado a nuestros días, en múltiples formatos, los pensamientos y prácticas terapéuticas de multitud de autores sin tamiz alguno de cientificidad. Hoy en día es posible aprender *junto a* Jay Halley, Salvador Minuchin, Abraham Maslow, Irvin Yalom y Virginia Satir sin que aparezcan en guías clínicas, y sin previo paso por validación *empírica*. Como

hemos visto anteriormente, si la tecnología no tiene un ojo puesto en la ciencia acaba siendo algo más parecido a la artesanía, con su fe en otros tipos de mecanismos de acumulación y selección de conocimiento ([Fernández-García y Gimeno-Peón, 2019](#)). Y es precisamente esta cuestión tabú la que asusta, y cada cual (profesión, modelo, o individuo) tiene sus herramientas para eludirla.

La mayoría de propuestas de Psicoterapia nacen, además de con una epistemología, ética y psicopatología determinadas, como alternativas a lo establecido en cada momento para el tratamiento de patologías de todo tipo y de distintos niveles de gravedad (*histeria*, psicosis, trastornos de ansiedad, depresión, etc.). Más allá de la eficacia que haya probado cada modelo para cada *problemática*, no debe confundirse la Psicoterapia con el desarrollo personal o métodos para el aplacamiento de problemáticas leves. O al menos no exclusivamente. Este será uno de los puntos de conflicto con la Psicología Clínica, la cual arguye *criterios de indicación* o *gravedad* (“trastorno” o “enfermedad” mentales) como razones para delimitar sus competencias.

Por último, y antes de analizar la situación de esta *disciplina* en España, es necesario introducir un matiz semántico. Por Psicoterapia se suelen entender todos los modelos antes citados, no obstante, los profesionales vinculados a la Terapia de Modificación de Conducta (o la Terapia Cognitivo-Conductual) pueden no identificarse con este término, y a efectos del siguiente apartado tienen sus propias asociaciones, con demandas y criterios de acreditación diferentes ([SCRITC](#), [SAVECC](#), [EABCT](#), [BACB](#)).

¿Cómo es la Psicoterapia en España?

En España la Psicoterapia no está regulada; su actividad se considera alegal. Es importante señalar la diferencia entre acreditación, capacitación y habilitación. En nuestro país acreditan diferentes asociaciones, capacitan centros privados y públicos y no habilita nadie para ser psicoterapeuta. Las acreditaciones y certificaciones oficiosas han sido históricamente el paso previo a la legitimización de una práctica profesional, utilizándose como presión a las administraciones y como símbolo de identificación del colectivo en cuestión ([Bas, 1998](#); [Knobel Freud, 2020](#)).

Las asociaciones que expiden algún tipo de acreditación como psicoterapeuta en España son las siguientes:

- La FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), con su correspondiente europeo EAP (Asociación Europea de Psicoterapia)
- La FEATF (Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar)
- Los Colegios Oficiales de Psicología, con su correspondiente europeo EFPA (Federación Europea de Asociación de Psicólogos)
- La AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
- ABA España, con su correspondiente internacional BABC (Behavior Analyst Certification Board)
- Algunos Colegios de Médicos (Barcelona y Madrid)
- SCRITC (Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament), con su correspondiente europeo EABCT (*European Association of Cognitive and Behavioural Therapies)

*Aquí se incluiría la Asociación EMDR España y la SETEPT, la Sociedad Española de Especialistas en Estrés Postraumático

Las principales diferencias entre estas acreditaciones se dan en lo que entiende cada asociación como necesario para: i) acceder a la formación y ii) el contenido de dicha formación ([Pereira, 1998, 2015](#)). Resumo a continuación estos requisitos para que se haga una idea el lector:

Requisitos mínimos de acceso:

- Ser médico o psicólogo (AEN contempla otra acreditación para “intervenciones psicoterapéuticas” para profesionales de otras titulaciones)
- Ser un profesional del área socio-sanitaria (FEATF, FEAP con requisitos añadidos)
- Estudios universitarios de al menos 3 años (EAP)
- Licenciados en Medicina (Colegio médicos Madrid)
- Psiquiatras con formación en Psicoterapia (Colegio médicos Madrid y Barcelona)
- Psicólogos colegiados (COP)

Requisitos de formación:

- Duración de la formación: de 3 a 4 años de forma integral
- Formación teórica-práctica: ronda de 300 a 600 horas, con la excepción de las 3200 horas exigidas por la EAP, aunque incluyendo la formación universitaria
- Supervisión: de 100 a 150 horas de supervisión
- Trabajo personal: de 50 a 300 horas de terapia personal. Opcional en el caso de la EABCT

Por último, señalar que bajo el paraguas organizacional de la Psicoterapia (podemos ver [aquí](#) las secciones de la FEAP y las asociaciones adscritas) encontramos corrientes o escuelas tan diversas y controvertidas como la Terapia Bioenergética, la Terapia Gestalt, la Terapia Integradora Humanista, las Constelaciones familiares, todo tipo de escuelas Psicoanalíticas más o menos ortodoxas y la Terapia Familiar Sistémica.

En el año 2016 FEAP, AEN y FEATF llevaron a cabo un [Registro Nacional de Psicoterapeutas](#) en el que es posible la búsqueda de profesionales por población atendida, modelo de trabajo y localidad.

III. Psicología Clínica y Psicoterapia: historia compartida, identidad y competencias

Historia compartida truncada

Aun siendo dos disciplinas claramente diferenciadas la norma histórica ha sido la de una relación provechosa; la Psicología Clínica siendo la estructura organizacional, normalmente a nivel estatal, y la Psicoterapia el depósito colectivo de conocimiento teórico-práctico. Además, por su ánimo de cientificidad, aquélla ha querido extraer de ésta todo su valor filtrándolo *empíricamente* (con los peligros de pervertirla durante el proceso). Con la llegada de la revolución psicofarmacológica esta relación cambia, provocando un distanciamiento y asumiendo posteriormente la Clínica sus mismo métodos para demostrar su eficacia (ensayos aleatorizados, efecto placebo, se “aplica” una intervención terapéutica cual píldora, etc.) ([Fernández-Liria, 2019](#)).

Es difícil saber hasta qué punto ese fenómeno sigue interfiriendo en la relación entre las dos disciplinas, especialmente en nuestro país, segundo en el ranking mundial de consumo de benzodiacepinas y el de antidepresivos continuando al alza ([Infosalus, 2018](#); [El Periódico, 2019](#)). El caso es que se sigue teniendo que demostrar que la intervención psicológica es eficaz/efectiva/eficiente, aun con métodos que le van a la contra como el protocolizar algo necesariamente idiográfico ([González-Blanch y cols., 2017](#); [Infocop, 2017](#)).

El riesgo de entrar en la puja por ser un tratamiento empíricamente validado más es el de acabar creyendo que los fondos públicos se invierten en función de los resultados de una investigación, cuando es **decididamente una voluntad política**. Peor todavía, no sólo adiestramos a las

administraciones haciéndoles creer que un tratamiento es *aplicar* un protocolo, sino que lo acabamos creyendo nosotros mismos. Por aclararlo tajantemente, la **Psicoterapia no es psicoeducación** (y no, tampoco lo es la Terapia de Modificación de Conducta o la Terapia Cognitivo-Conductual).

Identidad y competencias

Una vez hemos visto las diferencias históricas y actuales de estas dos profesiones podemos comenzar a contestar a algunas de las preguntas de la introducción. En España pues, se puede ser:

- Psicólogo Clínico (PEPC)
- Psicólogo Clínico (PEPC) + Psicoterapeuta Acreditado
- Psicoterapeuta Acreditado (incluyendo aquí la formación de origen, que no siempre es la de psicólogo)

Tanto en el entorno público como en el privado el Psicólogo Clínico es el único que, por ley, está habilitado para la “*evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento*” ([RD 2490/1998](#)). El que esté acreditado o no como psicoterapeuta, por lo menos por ahora, no le atribuye ninguna competencia o función adicional ni en la pública ni en la privada. En realidad, cualquiera puede autodenominarse psicoterapeuta sin que suponga un delito, por lo que podría usar esa coletilla extra sin repercusión práctica o legal alguna ([Pereira, 2015](#); [Knobel Freud, 2020](#); [Ejemplo de alguien no acreditado que ejerce](#)).

Por otro lado, el Psicoterapeuta acreditado no podría realizar ninguna evaluación o intervención sobre ningún aspecto que tenga que ver con la Salud Mental. Únicamente si se es Psicólogo General Sanitario (PGS), y siempre con esta titulación en mano, podría realizar intervenciones psicológicas únicamente si el consultante no requiriese de una atención especializada. Esto es, cuando no se detectara algún *trastorno o enfermedad mental* ([Ley 33/2011](#)). Más allá del debate sobre las competencias del Psicólogo General Sanitario (PGS), que queda fuera de los propósitos de este texto, se dan algunas *realidades* incómodas sobre esta cuestión ([Contencioso: Respuesta subdirección Gral. Ordenación Profesional](#)):

- En la práctica privada, ya antes de las últimas resoluciones legales mencionadas, se practicaban intervenciones psicológicas en problemáticas a nivel de *trastorno*, con o sin la titulación de PGS. Al margen la también conocida actividad psicoterapéutica de otros perfiles no sanitarios, como trabajadores o educadores sociales (véase Comunidades Terapéuticas, Servicios Sociales, centros privados de hospitalización y todo tipo de organizaciones del tercer sector). Podríamos preguntarnos si protegen más al paciente las leyes sanitarias o la supuesta y autoatribuida superioridad científico-moral de algunos modelos. O incluso si hace falta siquiera *protegerles* de nada o a base de licencias ([Szasz, 1996](#)).
- El debate legal, estéril, pues no cambia la realidad que se acaba de señalar, gira en torno a cuestiones psicopatológicas. Que el umbral para que actúe o no un especialista sea el de “*trastorno*” es demasiado ambiguo. Es más, necesariamente es una cuestión de cada profesional (aquello del *criterio clínico*), e incluso parte de la Psicología Clínica podría no estar trabajando actualmente con esa clase de categorías ([Johnstone y cols., 2017](#); [Seikkula y cols., 2016](#)).
- Se trata de una batalla de intereses entre grupos profesionales, no sobre los derechos de los pacientes. La acreditación y la habilitación obedecen, como ha sucedido históricamente, para asegurarse parte de la tarta asistencial: los psicoterapeutas se quieren distanciar de los *charlatanes* y los clínicos de algunos psicoterapeutas. Por ejemplo, si a los clínicos nos preocupara las personas atendidas en el entorno privado

abogaríamos por la regulación de la psicoterapia o denunciaríamos públicamente la actuación de PGS o psicoterapeutas que se ofrecen para el tratamiento de entidades fuera de su rango de competencias. Si los no clínicos creyeran mínimamente en la sociedad del bienestar hubieran apostado hace lustros por ayudar a desarrollar la especialidad.

Por lo que respecta a la naturaleza dual del psicólogo clínico psicoterapeuta debe analizarse desde una cuestión identitaria. Éste actúa en el entorno público como clínico por el mismo contexto, incluso aunque reniegue de ciertos aspectos de la disciplina. En el entorno privado actúa como psicoterapeuta si su proceder se basa principalmente en una *fe* sobre la tradición y el conocimiento heredado por tal escuela o por su propio método integrador. En cambio, lo hará como clínico si, aún actuando fuera de la pública, procede consecuente con los elementos propios de la Psicología Clínica de ese momento (por ejemplo, en enfoques entorno a la Psicología basada en la evidencia o utiliza lenguaje y diagnósticos psiquiátricos). De nuevo es evidente que hay casos intermedios, pero creo que es oportuna la distinción, más teniendo en cuenta que el mayor porcentaje clínicos en nuestro país actúa en el entorno privado ([Noticia Voz Pópuli](#)).

El próximo epígrafe trata la cuestión sobre si en el SNS se ofrece psicoterapia y en qué condiciones. Es difícil ver este debate en el entorno privado, prueba de que se da por supuesto que se practica y que es su hábitat natural. Allí la calidad de la formación la decidirán por *mecanismo de salida* los propios estudiantes interesados (muchos de ellos clínicos), y la cantidad y calidad asistencial psicoterapéutica en la privada es tan misteriosa como lo es en el SNS. Veámoslo con mayor detalle.

IV. Psicoterapia en el SNS

¿Forma la residencia PIR en Psicoterapia?

Para contestar afirmativamente a esta pregunta debería poderse establecer lo siguiente:

- i) El programa de formación es explícito en los contenidos sobre Psicoterapia
- ii) Su efectiva aplicación es susceptible de evaluación, además de para probar el punto anterior, para poder mejorarlo recursivamente

Pues bien, hemos visto con anterioridad la ambigüedad con la que se explicitan los contenidos sobre Psicoterapia en el programa de formación, por ejemplo, alternando indistintamente ésta y Psicología Clínica basada en la evidencia, que no habría que confundir. Como cada Unidad Docente Acreditada tiene la obligación de desarrollar el programa de formación y adaptarlo a sus unidades y profesionales, la tarea consistiría pues en un estudio pormenorizado del contenido de cada programa. Analizando algunos de los publicados suelen ser una ampliación de las tareas del residente en cada rotación y unidad, en los que sigue sin concretarse contenidos sobre Psicoterapia ([programa Hospital Clinic](#); [programa Benito Menni](#)). A falta de ese estudio que nunca se ha llevado a cabo, Olabarría, asesora del Ministerio de Sanidad y una de los artífices de la creación de la especialidad como hemos visto más arriba, comenta lo siguiente en un reciente artículo:

“En los programas formativos de los Servicios de Salud Mental que obtienen la condición de Unidades Docentes Acreditadas (UDAs) para la formación de estos especialistas, no está incorporada de manera adecuada/suficiente la Psicoterapia, que, sin embargo, se realiza en dichos Servicios Públicos.” ([Olabarría, 2020](#))

Por otro lado, y en mi opinión, la carga de la prueba la tendrían quienes afirman que sí se forma debidamente en Psicoterapia, por lo que no haría falta contraprueba. Este trabajo no deja de ser un ejercicio en ese sentido, que viene a llenar un vacío administrativo. Además, es necesario insistir en que es problemático confundir *formación en Psicoterapia* con formarse debidamente para trabajar en un contexto determinado, esto es, en el SNS. Recordemos que el programa, que forma a nivel de *especialista*, capacita en principio también para trabajar de psicooncólogo,

neuropsicólogo y psicólogo infantil, y que tarde o temprano ha de justificarse esa capacitación. Justificar más o menos objetivamente, no mediante la experiencia. Por suerte Olabarría, al ser psicoterapeuta sistémica tiene esa doble sensibilidad, y reconoce abiertamente un déficit que algunos niegan.

Evidente por sí mismo, pero difícil de mostrar objetivamente, es el hecho de que la gran mayoría de los residentes realiza másteres en paralelo a la residencia en alguna escuela de Psicoterapia (Sistémica, Estratégica Breve, Gestalt, Grupoanálisis, ACT, etc.) además de numerosos cursos donde se *acreditan* en técnicas concretas o en instrumentos de evaluación (Mindfulness, EMDR, Mentalización, Entrevista Motivacional, Psicopatología Psicoanalítica, ADIR/ADOS, etc.). Como esto no es una revista científica, sino un blog personal, apelaré al sentido común y la experiencia compartida como elementos suficientes para dar por válido este hecho.

Ante la posibilidad de que efectivamente la residencia PIR no forme en Psicoterapia se dan básicamente dos posturas: la negacionista y la de *laissez faire*. En la primera se asume que ya la propia práctica en el SNS se considera Psicoterapia, que no son necesarias las escuelas ni su regulación, por lo que vendría a ser una asimilación total por parte de la Psicología Clínica de aquella. Una posición anexada a esta defendería la integración atórica como el enfoque formativo en el SNS. Esta posición tendría una opositora en la misma Olabarría:

“Los profesionales que ejercen la Psicoterapia requieren una formación y una capacitación específica, no basta con ser psiquiatra o psicólogo clínico para ejercer la Psicoterapia. Debe requerirse una formación específica añadida en Psicoterapia para poder ejercer con responsabilidad clínica como facultativos especialistas de los Servicios de Salud Mental del SNS.” (Olabarría, 2020)

La segunda *solución*, el *laissez faire*, pasa por entender el programa como algo necesariamente general, dejando libertad para que cada unidad docente lo implemente como buenamente pueda. Esto trae a su vez varios problemas. El primero es que seguiríamos sin poder dar respuesta a la pregunta, teniendo que analizar la experiencia individual de cada residente. Poco sentido tendría hablar de **una** formación en psicología clínica española. La segunda objeción pasaría por entender que efectivamente se forma en psicoterapia, de forma muy variada, aunque organizada, a nivel de unidad docente. Luego, cabría preguntarse si no habría que achacarse este mérito al bagaje propio de cada adjunto en Psicoterapia (bagaje que, por cierto, como hemos señalado, habría sido recibido formalmente en el ámbito privado). Evidentemente aquí hay una superposición difícilmente resoluble, pues la puesta en práctica de lo impartido teóricamente en los másteres se realiza mayormente en el circuito público, por lo que esta parte podría atribuírsele a la residencia.

Si la primera postura, la de la asimilación de la Psicoterapia por parte de la Psicología Clínica, es más un deseo que se da en círculos concretos, opino que es la segunda la prevalente. Aunque no se pueda hablar de una formación psicoterapéutica organizada y promovida por el programa formativo, sí se rota con numerosos adjuntos (no sólo psicólogos/as clínicos/as) que trabajan con uno u otro modelo psicoterapéutico. El hecho de que haya tanta diversidad entre ellos explica que la mayoría de residentes de psicología clínica, al menos los de la generación actual, se consideren eclécticos (Prado-Abril y cols., bajo revisión).

¿Se practica Psicoterapia en el SNS?

La intervención psicológica, llámese tratamiento psicológico o psicoterapia, es la herramienta principal del Psicólogo Clínico. Se da por supuesto que sí se practica Psicoterapia en el SNS, sobre todo en unidades de hospitalización parcial (Parrabera y cols., 2019; González-Torres, 2019; Mas, 2019; Fernández-Liria y cols., 1997; COPM, 2013). La pregunta sería más bien si las condiciones de la red de Salud Mental pública son idóneas para llevarla a cabo. El complejo sistema de salud mental, con todas las peculiaridades por regiones, centros y unidades, hace muy difícil contestar a esta pregunta con rotundidad. A esto se le suma su diseño tendente a la

centralización y su opacidad con los datos respecto la actividad en materia de asistencia psicológica.

Uno de los factores fundamentales para conocer esas condiciones es el tener acceso, con detalle, al estado de las listas de espera y la periodicidad con la que se realizan las consultas psicológicas, así como al número de facultativos especialistas activos en todo el territorio. Pues bien, valga como síntoma patognomónico de una enfermedad sistémica, la petición que realizó el Defensor del Pueblo el pasado 2 de enero de este mismo año 2020 acerca de la necesidad de una evaluación específica sobre el estado de la atención psicológica en el SNS ([Queja Atención Psicológica en el SNS](#)). Del análisis pormenorizado de este expediente, abierto ya por 2018, y dirigido al Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas e Ingesa (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria), se desprende lo siguiente:

- Se desconocen el número de psicólogos especialistas en psicología clínica. El informe denuncia datos heterogéneos y/o incompletos, comunidades que directamente no lo facilitan y de los que tiene información debe suponer que se trata del mismo perfil de cualificación profesional. Se calcula que en 2018 había una ratio de 6 psicólogos por cada 100 000.

A falta de la publicación definitiva del [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios](#), se han llevado a cabo distintos estudios en los que se calcula ese número de PEPCs, divergencias incluidas ([Duro](#), [Ballescà](#), [Duro](#)). Se barajan desde los 9000 en activo, hasta los pesimistas 5000. El número de clínicos actuales en el SNS se puede inferir a través de la población española y la ratio calculada en 2018: 2816.

En el informe no se habla de ratios europeas, pero en los distintos medios de comunicación y los trabajos citados se calcula 18 por cada 100 000 habitantes, ratio que es analizada en este trabajo de [González-Blanch \(2020\)](#).

- *“Las respuestas de las diferentes administraciones no ponen de manifiesto una especial necesidad o previsión concreta de incrementar el ritmo de dotación de profesionales psicólogos en los servicios de salud en los próximos años”.* Algunas aduciendo la labor suficiente de médicos de Atención Primaria (AP) y el personal de enfermería para atender problemas de salud mental menos graves, y otras que la población no demanda mayor atención psicológica en AP.

Para los gestores de ciertas comunidades recordar que ya en la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 se hablaba en estos términos:

“Procurar que la atención en salud mental sea considerada en el mismo rango que otras especialidades, incluyéndola en la asistencia sanitaria general; basar la atención en salud mental en la atención primaria de salud como primer eslabón básico, con la atención especializada en segundo término asesorando al equipo básico...”

- Sobre demoras en la atención psicológica y la periodicidad de las consultas tras la primera visita el informe señala que ninguna de las comunidades autónomas dispone del dato sobre el tiempo de espera entre consultas tras la primera, calculándose en cambio el promedio de consultas por paciente y año: rondan las 3 al año. Respecto las listas de esperas, cuando se monitorizan, van desde los 20 días hasta los 90 días desde que se deriva a psicología. En este caso también hay comunidades que, o directamente no informan (Cataluña), o refieren ajustes informáticos para desagregar algunos datos (Madrid).

Además de los datos que se han resumido del informe del Defensor del Pueblo se obtienen, a cuenta gotas y a través de medios de comunicación, datos verdaderamente alarmantes: en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, se ha llegado a filtrar información que habla de [200](#) y [320](#) días de lista de espera para una primera visita con psicología en algunas de sus poblaciones. Llama la atención que el propio Defensor del Pueblo no pueda acceder a esos datos con la facilidad que lo hace el político o diario electrónico de turno. Más si se tiene en cuenta que el no

facilitar la documentación administrativa reclamada para que el Defensor proceda a la investigación puede incurrir en un delito de desobediencia ([art. 502 cód. penal](#)).

En este punto cabe recordar lo que se entiende como un tratamiento psicológico de una **calidad mínima** y contrastarlo con el paisaje terrorífico que se acaba de exponer. En esto, por suerte, no existen demasiadas diferencias entre las escuelas psicoterapéuticas exceptuando el psicoanálisis ortodoxo con su *setting* peculiar. A priori toda la comunidad psicológica sanitaria podría estar de acuerdo en lo siguiente ([COPC, 2018*](#)). Recordar que a mayor gravedad del caso más intensa debiera ser la intervención, y no menos*:

- Una primera visita de 1 hora en una semana desde la demanda (máximo dos). Para este punto en países como Inglaterra es posible realizar la autoderivación por parte del mismo psicólogo.
- Acceso al tratamiento propiamente dicho en las siguientes 3 semanas.
- Mínimo 8 visitas, de media, para comenzarse a ver sus efectos ([Layard i Clark, 2015](#)).
- La frecuencia mínima de visitas debe ser quincenal (siendo semanal el estándar de calidad en muchos de los estudios).
- La duración de la sesión es preferible que sea de 45-60 minutos.
- Espacio para supervisión del profesional de casos complejos y/o en los que se tienen dudas o dificultades.

**Documento aprobado por la actual junta de gobierno del COPC: “Millorar l'accés als tractaments psicològics de qualitat a l'àmbit sanitari públic i concertat” ISBN: 978-84-697-8123-4.*

**Cuenta el símil del paramédico militar que, a riesgo de no poder salvar a los heridos más graves, y en el fragor de la batalla, debe atender a aquellos que pudieran beneficiarse. En nuestro caso “seguimiento” para los casos graves, y “psicoterapia” para los que se sitúen en el punto exacto de la fase de Preparación, o directamente en el de Acción.*

En cuanto a datos concretos sobre la asistencia psicoterapéutica en el SNS el autor únicamente hallado un documento de [2011](#) de la Generalitat de Cataluña en el que, haciendo alusión a unos datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de entre 1998 y 2002, se informaba de un 28% de tratamientos de psicoterapia sobre el conjunto de la actividad asistencial de los CSMAs/CSMIJs (Centros de Salud Mental Adultos / Infanto-Juvenil). No se incluían las condiciones de esta psicoterapia, ni orientación, ni frecuencia y/o duración medias ni formación del profesional que la llevaba a cabo.

Como vemos, se conocen pocos datos, la mayoría son obsoletos y la situación se promete alarmante. Ante esta situación los representantes profesionales de la Psicoterapia en España han expresado su preocupación a lo largo de estos años sobre la aplicación de la psicoterapia en el SNS. Existen dos documentos particularmente interesantes, firmados por la FEAP y la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental), apoyados posteriormente por la AEPCP y la AEN, en los años [2007](#) y 2012. Por entonces lo firmaba como presidenta de la FEAP Begoña Olabarría, y en la línea de lo comentado más arriba en este escrito, denunciaban de forma esquemática lo siguiente:

- La no aplicación real del derecho del ciudadano a recibir tratamientos psicoterapéuticos como prestación básica y común de la Cartera de Servicios del SNS en beneficio de los tratamientos psicofarmacológicos.
- Una *cultura asistencialista* en el SNS que entiende la persona como mero objeto receptor pasivo de tratamiento; entorpeciendo el empoderamiento de los usuarios sobre su propio proceso.
- Falta de información precisa sobre su prestación a lo largo del territorio español.
- Falta de formación continuada en este ámbito por parte de los facultativos del SNS.

- Falta de información y nula posibilidad del usuario afectado de participar en la elección de tratamiento, conociendo todas las opciones.

Para solventar estas fallas proponían, entre otras medidas, profesionales cualificados y acreditados en psicoterapia, tiempos asegurados en la agenda de estos profesionales y que se ofertaran programas o unidades de Psicoterapia. Apuntar además que ya por entonces se instaba a aplicar intervenciones de *eficacia demostrada*, breves, focales y de tiempo limitado.

En resumen, y a partir de los pocos datos de los que se dispone, se concluye que el contexto actual en el SNS no sólo limita el desarrollo de tratamientos psicológicos con unos mínimos de calidad, sino que en algunas regiones se está lejos siquiera de considerarse atención psicológica alguna. Cabe preguntarse cómo afecta este punto al anterior, al de la formación en Psicoterapia. Si bien se da una generalizada protección al residente, las condiciones no facilitan la labor de sus tutores de rotación, que habrían de lidiar entre la presión asistencial y las labores de docente y supervisor.

¿Qué piensa la Psicología Clínica de la Psicoterapia?

Existen otras vías directas e indirectas, de influencia política en materia sanitaria, además del papel fundamental en las políticas asistenciales por parte de cada Comunidad Autónoma. No obstante, el centro neurálgico donde están representadas la mayoría de asociaciones relevantes de la Psicología Clínica española es la Comisión Nacional de la Especialidad Sanitaria de Psicología Clínica. Dicha comisión pertenece al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, regulado por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y órgano asesor del Ministerio de Sanidad. Cuenta con 11 vocales que representan a los residentes (2), al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2); a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (4); a las Sociedades Científicas (AEN y AEPCP) y a la Organización Colegial correspondiente (COP). Además de estas asociaciones hay que destacar la influencia, por número de socios y presencia en redes sociales, de ANPIR.

Los temas tratados en cada una de las reuniones de la comisión nacional, esto es, sus actas, no son de acceso público (al menos para conocimiento de un servidor). En contadas ocasiones, por voluntad de alguna de las asociaciones representantes, se ha difundido la actividad y/o postura de la misma respecto de temas puntuales (itinerario Grado-PGS-PIR, por ejemplo). Debido a esta falta de transparencia (y carácter democrático diría) se tiene que rastrear la posición respecto a la Psicoterapia en el SNS de los distintos actores por separado, sin que pueda decirse que sea la posición mayoritaria de la disciplina en su conjunto, aunque sí existan solapaciones y puntos de encuentro como veremos. Los documentos seleccionados son los siguientes:

- Psicoterapias en el sector público ([Fernández-Liria y cols., 1997, 2020](#)). Representando virtualmente a la AEN.
- La Psicoterapia y la Sanidad Pública en España; El SNS como contexto de la Clínica Psicoterapéutica ([Olabarría, 2020](#)). Voz propia e influyente en todas las asociaciones relacionadas con la Psicología Clínica y actual vocal del consejo asesor del Ministerio de Sanidad.
- Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges ([Prado-Abril y cols., 2019](#)). Representando virtualmente a ANPIR, pues que yo tenga constancia no se han postulado abiertamente sobre la cuestión.
- La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones ([Generalitat de Catalunya, 2011](#)). Último documento oficial sobre la postura del Departament de Salut sobre esta materia.

La postura del COP respecto de la especialidad queda fuera del propósito de este texto por históricamente compleja y ambigua, incluidas luchas internas desde la propia comisión de la especialidad ([Filgueira, 2004](#); [Duro; Mesa Galega de Psicología Clínica](#)). Apuntar únicamente

que actualmente alberga tres divisiones sobre estas disciplinas (Psicoterapia; Psicología Clínica y de la Salud; Psicología de la Salud), y opta por la creación de acreditaciones propias y al margen del Ministerio de Sanidad. La postura de la AEPCPC se infiere de su apoyo a los documentos de la FEAP ya comentados más arriba.

Psicoterapias en el sector público (Fernández-Liria y cols., 1997, 2019, 2019(2)).
Representando a la AEN.

Este texto de 1997 sigue siendo muy influyente hoy en día y representa algunas de las sensibilidades actuales de algunos representantes de la Psicología Clínica en nuestro territorio. La idea básica sobre la que giran 6 de los 7* capítulos es la siguiente:

“Nosotros queremos invertir esta tesis (que la auténtica psicoterapia es la que se practica en el sector privado). Queremos suponer que la psicoterapia es en realidad lo que se practica en el sector público y que lo que necesitamos son instrumentos para, primero, reconocer y, después, entender esa psicoterapia realmente existente.”

Para apoyar esa aseveración argumentan lo siguiente:

- En el sector público se atiende un espectro completo de trastornos, y esto impone, obliga, a una postura abierta a diferentes mentalidades, a un cierto eclecticismo o actitud integradora.
- Lo contrario se daría en el sector privado, siendo el entorno ideal para que las escuelas *pervivan con su sectarismo intacto*.
- Como elementos concretos analizan el sesgo de selección del paciente, que no se puede dar en la pública, y le atribuyen dos características: una positiva, la de ser factor de buen pronóstico terapéutico, y una negativa, la de anteponer una técnica dada a las necesidades concretas del paciente.
- Hablan del entorno público como el *terreno real de la clínica*, siendo el privado una especie de banco de pruebas (*semillero*) en el que se realizan los primeros pero insuficientes desarrollos terapéuticos.

**El séptimo capítulo se trata de un interesantísimo texto de Guillermo Rendueles (padre del también famoso filósofo y sociólogo César Rendueles) donde defiende la imposibilidad de su práctica en lo público.*

La Psicoterapia y la Sanidad Pública en España: El SNS como contexto de la Clínica Psicotrapéutica (Olabarría, 2020)

Además de un repaso histórico del desarrollo del SNS en el ámbito de la salud mental, Olabarría expone lo siguiente:

- Denuncia la creación de una *contrarreforma* soslayada desde la aprobación del Real Decreto 16/2012 a partir del cual ha aumentado la inversión privada en materia sanitaria, y con ello, una regresión y deterioro de la atención en Salud Mental ([Lamata y Oñorbe, 2014](#)).
- Defiende la práctica de la psicoterapia en un contexto público frente al privado, debido a la superación de limitaciones como la *selección de casos* y la limitación del nivel de renta del ciudadano, y por una *visibilidad* mucho menor del ejercicio liberal (esto es, privado). Aquí se basa en Fernández-Liria (1997) pero no incluye ese elemento positivo del que se hablaba entre criterio de selección y predictor favorable de los resultados de la intervención.
- Denuncia el desarrollo desigual de la oferta psicotrapéutica a lo largo del territorio español.
- Señala que en los programas formativos Unidades Docentes Acreditadas (UDAs) no está incorporada de manera adecuada/suficiente la Psicoterapia.

- Defiende la eficacia de tratamientos breves (menos de 20 sesiones), con objetos limitados, y la pertinencia del tratamiento en función del caso y no de la renta del ciudadano.
- Opta por el desarrollo de Programas y Unidades de Psicoterapia en el SNS, “*no dejándolo meramente a criterio de cada profesional, equipo o jefatura*”, es decir, de forma centralizada.
- Propone la creación de programas específicos con “*psicólogos clínicos y psiquiatras con capacitación específica en Psicoterapia, acreditados como psicoterapeutas*”, desarrollar dentro de los programas de las especialidades formación progresiva en Psicoterapia a lo largo de los cuatro años más un Área de Capacitación Específica (ACE) en Psicoterapia al finalizar las residencias.

Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges (Prado-Abril y cols., 2019)

A falta de una postura oficial desde ANPIR sobre la relación compleja entre Psicología Clínica y Psicoterapia he optado por resumir la opinión de algunos de sus integrantes de su junta directiva actual. La mayoría de ellos son clínicos, doctores en Medicina o Psicología (PhD) con una importante actividad investigadora, no poseen acreditación en Psicoterapia, y son muy activos en torno a cuestiones político-legales del desarrollo de la Psicología Clínica española (Prado-Abril y cols., 2014; Sánchez-Reales y cols., 2013; Sánchez-Reales y cols., 2017; Fernández-García y cols., 2017; González-Blanch, 2015; Prado-Abril y cols., 2017).

En este artículo, concretamente, los autores comparten la opinión de Joel Paris (2013) de que la Psicoterapia es “*un conjunto de escuelas y marcas comerciales con diferencias epistemológicas, teóricas y técnicas a veces irreconciliables*”, en contraste con la Psicología Clínica, que la definen como una formación plural, ateorica y no sujeta a escuelas particulares, aunque condicionada a los requisitos de la práctica basada en la evidencia.

Rastreando entre sus diversos artículos es complicado encontrar alusión directa a temas como la acreditación y/o la regulación de la Psicoterapia, aunque se pueden resumir las características principales de su postura:

- Aspiran a que la formación en Psicología Clínica tome forma de doctorado en Psicoterapia (PsyD) (Prado-Abril y cols., 2019).
- Asumen y defienden la Psicología Basada en la Evidencia en sus tres vertientes (Prado-Abril y cols., 2017): las mejores evidencias científicas disponibles, pericia clínica y la consideración de las características, cultura y preferencias del paciente.
- Se inspiran en el modelo Boulder (comentado más arriba).
- Son herederos, conscientes o no, de una visión de la clínica como naturalmente “pública”, reclamando para ella una visión integradora de la psicoterapia que supere por fin la lucha de escuelas y los sectarismos infructíferos (Gimeno-Peón y cols., 2019).

La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones (Generalitat de Catalunya, 2011).

En el año 2003 el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Cataluña encargó a un grupo de profesionales la elaboración de un documento sobre Psicoterapia en la red de salud mental, que finalmente se publicaría en 2011. Del total de 45 profesionales que participaron en su elaboración únicamente 9 eran psicólogos clínicos (1 siendo Jorge Tizón, médico psiquiatra al mismo tiempo). Este cómputo se realiza únicamente para observar la representación de la Psicología Clínica en la materia que estamos valorando. A continuación, se resumen algunas de las conclusiones y propuestas de dicho documento:

- Realizan una actualización, en ese momento, de las intervenciones psicoterapéuticas basada en la evidencia científica, y las resumen por trastorno/patología/enfermedad.
- Hacen hincapié en las figuras del psiquiatra y el psicólogo clínico como las principales para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Para el resto de perfiles profesionales señala una adecuada “*actitud psicoterapéutica y llevar a término intervenciones psicosociales*”.
- Aun reconociendo la dificultad de aportar información precisa, recogen datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del periodo comprendido entre 1998 al 2002 sobre el porcentaje de personas que recibieron intervenciones psicoterapéuticas en unidades ambulatorias como los CSMA y los CSMIJ donde se muestra un bajo porcentaje de tratamientos de psicoterapia sobre el conjunto de la actividad asistencial (28%), y sobre la indicación de psicoterapia de los mismos profesionales (esto último inferido de un estudio anterior del Fórum Salut Mental).
Recordemos que Cataluña es la región con mayor número de psicólogos clínicos por habitante y en la que su presencia en AP está más y mejor implementada (Prado-Abril y cols., 2019).
- Defiende el desarrollo de programas suprasectoriales, protocolos por CSM (CSMA y CSMIJ), CEPs (Centro Especializados en Psicoterapia), formación continuada y proponen para ello *ratios* orientativas de intervenciones psicoterapeutas por número de habitantes y criterios de indicación y priorización.
- Desarrollan otra propuesta para la acreditación como psicoterapeutas al margen de las ya comentadas también en este texto.
- Se señala durante el documento la tendencia a la integración de modelos de psicoterapia, a los tratamientos breves y la implementación de tratamientos combinados (farmacoterapia + psicoterapia).

Tras analizar las posturas, teóricas y prácticas, de las distintas asociaciones y organismos podemos observar los siguientes puntos en común:

- Se reconoce, implícitamente o explícitamente, la insuficiente y/o precaria formación en Psicoterapia del residente de psicología clínica (programa de formación) y del psicólogo clínico (formación continuada). En ocasiones de forma clara, en otros de manera más tibia.
- Se está de acuerdo en la insuficiente implementación de intervenciones en Psicoterapia en la red pública, tanto por la falta de recursos como por la falta de formación adecuada de los profesionales.
- Sí se aboga por la necesaria acreditación en Psicoterapia del Psicólogo Clínico, pero no hay acuerdo en los requisitos concretos. Profesionales en la órbita de ANPIR serían una excepción y no verían tal necesidad.
- No se ofrecen posturas relativas a la cuestión de la regulación (habilitación) de la Psicoterapia.
- Con diferente terminología en cada caso, pero se propone la creación de unidades específicas de Psicoterapia en la red del SNS.
- Existe un gran consenso en Psicología Clínica en asumir una práctica basada en la evidencia, y es el prisma desde el cual se observa la formación y la práctica de la Psicoterapia.
- Se aprecia una graduación en la importancia dada a otros perfiles profesionales que pudieran realizar intervenciones psicoterapéuticas. Cuanto más cercano al sector público más relevantes son las figuras del psiquiatra y el psicólogo clínico.

V. Conclusiones y preguntas abiertas

A continuación, expongo algunas de las conclusiones que se han extraído de todo lo analizado respecto la relación actual entre Psicología Clínica y Psicoterapia en España. Si bien antes quisiera matizar algo importante.

Durante la elaboración de este trabajo me topé con el falso consenso difundido por el COP en mayo de este año a propósito de la crisis sanitaria y las necesidades de atención psicológicas de la población española en esos delicados momentos. En un ejercicio de perversión recalcitrante, *nuestro* COP, en plena crisis Covid-19, ofreció servicios asistenciales aludiendo limitaciones contextuales tanto del sector público como del privado (COP, 2020). Extralimitó sus funciones, cual hospital de campaña, y despreció la capacidad de reacción, ni más ni menos, que del conjunto de psicólogos sanitarios del todo el país. No contento con eso, aprovechó las circunstancias para apuntarse el tanto y proponer toda una línea de reordenación profesional encubierta y a su medida. Qué buen momento, qué oportuno. En mayo de 2020 descubren de pronto las ratios de atención psicológica y la poca o nula presencia de psicólogos en AP. Por cierto, el documento de *consenso*, no fue firmado, es evidente, por ninguna de las asociaciones en la órbita de la Psicología Clínica mencionadas a lo largo de este texto.

La cuestión que me preocupa pues, es la utilización de este texto so pretexto de atizar todavía más la labor de muchas personas que están solas en la tarea de proteger la sanidad pública. Una cosa es plantear un reordenamiento profesional, debatirlo abiertamente con todos los implicados, y otra aprovechar un momento de crisis nacional para hacerlo. *House of Cards* a la española, pues como movimiento estratégico más torpe no puede ser, y amplía la *brecha* con los clínicos.

Dicho esto, seguiré siendo tan incisivo como pueda en mis críticas, aunque el ambiente sea irrespirable y poco dé para el análisis abierto de cuestiones tan fundamentales como las que se están tratando aquí.

Sin anclajes

En primer lugar, la falta de información dificulta concluir con precisión en qué grado se practica la Psicoterapia en el SNS, pues se desconocen: i) el porcentaje exacto de intervenciones psicoterapéuticas sobre el total de las que se producen en la red pública y concertada del territorio español; ii) el número exacto de profesionales sanitarios ejerciendo en la actualidad en los entornos público y privado (entre los que se encuentran los psicólogos clínicos) y iii) el número de clínicos psicoterapeutas acreditados que trabajan en el SNS.

A pesar de ello, se percibe cierto consenso a través de los distintos actores sobre la insuficiente actividad psicoterapéutica en el SNS. Los motivos esgrimidos son varios: una *contrarreforma neoliberal encubierta* que alimentaría la presión asistencial, falta de unidades de psicoterapia y profesionales debidamente acreditados, formación insuficiente en psicoterapia, etc.

Sobre la formación en psicoterapia de clínicos tendríamos principalmente dos posturas:

- a) Las asociaciones FEAP, AEN, AEPCP y personas relevantes como Begoña Olabarría, ahora asesora del Ministerio de Sanidad, han optado por defender la acreditación como psicoterapeutas de clínicos (se entiende que en primer lugar formadas en escuelas del entorno privado), implementar programas de formación por Unidad Docente y la creación masiva de nuevas unidades de psicoterapia específicas en el SNS.

Las dudas que podría despertar esta opción son: ¿en qué consistiría pues la actividad del resto de unidades si no es psicoterapia? ¿qué realizarían los clínicos no psicoterapeutas? ¿pasaría a ser otra categoría profesional con competencias específicas?, ¿quién decide qué orientaciones se implementan, tanto en los programas de formación como en las unidades específicas? ¿cuál es el plan concreto para llevar a cabo ese despliegue?, etc.

Teniendo en cuenta los recursos actuales, y en mi opinión, esta postura pecaría de indeterminada (por falta de planificación concreta) y de ingenua (por ambiciosa).

- b) Algunos representantes de ANPIR concebirían la clínica como una disciplina que ya asume por defecto la psicoterapia en su origen, que la toma como fuente, pero siempre a través del filtro de la evidencia científica, y por ende apostarían por un desarrollo teórico-práctico más cercano a un doctorado en psicoterapia, prescindiendo de acreditaciones y asumiendo una supuesta postura ateorica e integradora en la formación. Señalan la inclusión de Psicoterapia en la Cartera de Servicios y en el programa formativo elementos autosuficientes que no requieren de mayor verificación: el psicólogo clínico ya es psicoterapeuta.

El problema con esta otra postura estriba en que deja de explicar lo siguiente: i) la imposibilidad de demostrar esa buena formación (¿cómo se verifica que se lleva a cabo un programa cuando no se desarrolla un temario concreto psicoterapéutico?, ¿cómo se puede garantizar una buena formación en psicoterapia con unas condiciones asistenciales precarias para el tutor, el residente y el usuario?); ii) la formación masiva en paralelo de la gran mayoría de clínicos en alguna u otra orientación en el entorno privado; iii) la posibilidad de la existencia de una orientación que “*las gobierne a todas*”, una especie de **integracionismo ateorico definitivo** (si es que puede darse algo así), que haría prescindibles las escuelas de orientación *única* (si es que queda alguna, pues la mayoría son productos híbridos). Tampoco definen exactamente cómo se implementaría algo así, y no se define exactamente el papel de otros profesionales no psicólogos en las intervenciones psicoterapéuticas.

Esta postura, a pesar de apoyarse en una importante fuente de evidencia científica sobre formación teórica-científico y evaluación de procesos y resultados en psicoterapia ([Norcross y Wampold, 2011](#); [Wampold y Imel, 2015](#)), pretende un alejamiento, en mi opinión, de las escuelas psicoterapéuticas clásicas (con sus luces y sus sombras) al mismo tiempo que sigue alimentándose de ellas.

Esta falta de información hace, de todas formas, que las propuestas comentadas tiendan a desarrollarse necesariamente en un nivel exclusivamente abstracto. Sin datos actualizados, sin anclaje, cualquier aseveración, declaración de intenciones, programa formativo o protocolo asistencial es papel mojado. Castillos en el aire. Recordemos: el SNS actual se creó en 1986, la especialidad en Psicología Clínica en 1998, y en 2020 se siguen dando debates con datos parciales, cuando los hay. Si estos datos se manejan únicamente desde estratos superiores, de lo mismo sirve, pues si no son públicos nada tienen que hacer las asociaciones que representan a los profesionales de este ámbito para exigir mejoras o cambios sustanciales.

Es una perogrullada, pero debo preguntarlo, ¿qué sentido tiene hablar sobre cómo diseñar una organización (ni más ni menos que estatal) sin tener retroalimentación, actualizada y constante, para ir rectificando las políticas en la dirección deseada? No sabemos ni quiénes somos (pendientes del Registro), ni qué hacemos (números precisos de presión/precariedad asistencial), ni qué queremos hacer (psicoterapia o no, acreditados o no, unidades específicas o no), ni con quién o cómo lo queremos hacer (servicios propios). Es por esto que el texto de la FEAP de 2007 sigue siendo vigente hoy y lo seguirá siendo de aquí 15 años (Olabarría no ha hecho más que reproducirlo hace un mes). ¿Es el defensor del pueblo el que tiene que denunciar esta situación teniendo la figura del psicólogo clínico un colegio profesional, varias asociaciones y 2 ministerios involucrados directa o indirectamente en su desarrollo profesional?

Para acabar este epígrafe, señalar también que, en esta línea de proyectar sin límites, he detectado en todas estas disertaciones teóricas un distanciamiento importante con la asistencia real. Pondré sólo un ejemplo. Veo problemático, algo atrevido incluso, el querer desarrollar la disciplina como una súper-combinación *hercúlea* de formación basada en la evidencia, práctica deliberativa con evaluaciones y supervisiones por parte de expertos, en un contexto de trinchera ([Prado-Abril y cols., 2017](#); [Norcross y Karpiak, 2017](#)). ¿Cómo se puede señalar la necesidad de una mejora en la pericia clínica en unas condiciones de 60, 90 o 200 días de lista de espera o de 3 visitas al año por paciente?

Diagnóstico: ideología

Otras las de las sorpresas desagradables de este pequeño trabajo ha sido el observar el permanente contraste entre la práctica en el entorno público y el privado, en un tono muy poco sosegado, analítico y rallando incluso la caricatura. Si bien es cierto que la Psicología clínica en España nace, como ya se ha comentado, muy cercana a valores socialdemócratas, también es cierto que su capacitación incluye la práctica en el entorno privado, y a priori, debería asumirse que uno se conduce con el mismo grado de profesionalidad allí. Y efectivamente, nunca se ha discutido esta cuestión. En cambio, en lo tocante a la práctica privada de la psicoterapia sí se tiende a demonizarla, a ponerla bajo sospecha. Veamos algunos ejemplos:

Fernández-Liria y colaboradores (1997) defendían abiertamente el *leit motive* de toda su obra como una defensa de que la práctica de la psicoterapia en el sector público era mejor que en la privada, con muy pocos argumentos racionales y sin aportar ni un solo dato asistencial al respecto. Además, daban un salto mortal a un nivel político-social arguyendo sobre la mala praxis en ese entorno poniendo el siguiente ejemplo:

“La reciente sentencia de un tribunal americano en el que se condenó a un terapeuta que había tratado una psicosis afectiva con psicoterapia psicoanalítica (en lugar de litio) marca, en cualquier caso la fórmula liberal para encarar este problema en la cuna del liberalismo al fin del periodo de liberal optimismo que terminó con el mandato de Bush.” (Fernández-Liria y cols., 1997)

En esta misma línea, Olabarría (2020), tras alabar el gran desarrollo de la Psicoterapia como una práctica profesional privada, defiende respecto ésta que “...*las condiciones del ejercicio de la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, podemos decir que multiplican los efectos terapéuticos y la llegada al conjunto de la población*”. Sin datos que apoyen esta aseveración (ni de asistencia, eficacia, o condiciones de uno y otro entorno), arguye unas peores condiciones en el entorno privado debido al sesgo de selección, la limitación de su acceso por la renta del ciudadano y una supuesta menor visibilidad del ejercicio liberal. Ningún elemento en esta comparativa sobre los inconvenientes del entorno público.

Pareciera que para defender la incorporación de la Psicoterapia en el SNS fuera necesario, útil, contraponerlo al ejercicio privado, la cual, como reconocen todos estos autores, ha sido el entorno natural desde su origen y ha propiciado un desarrollo teórico-práctico descomunal (para algunos excesivo e incómodo). Por anclarles de nuevo. En la actualidad la mayoría de clínicos se forman en esos cursillos piramidales, másteres y escuelas *demoníacas*, porque no la tienen en el ideal entorno público.

Sigamos con la demonización de la Psicoterapia *privada*, esta vez en su faceta formativa. Gimeno y colaboradores (2018), alarmados con la continua proliferación excesiva de escuelas psicoterapéuticas denuncian la “...*mercantilización, el abuso y la privatización del conocimiento científico sin justificación alguna*” y proponen para subsanarlo un modelo integrador donde se recojan los resultados de la investigación de procesos y de los recursos del paciente. Aquí de nuevo creo que nos equivocamos señalando de nuevo al *mercado* cuando el problema está justo en la *intervención*. Me explico, lo que escuece y enfada es ver como se venden esos cursos junto con la ilusión de que “es necesario para”, es decir, “acredita para X”. Esto, aprovecho el lugar

para aclararlo a nuevos estudiantes o residentes, es falso. **Usted puede aplicar EMDR, o usar el ADIR/ADOS sin acreditación ninguna. Lo que necesita es la competencia, la habilitación que otorga el estado, no el mercado, para aplicar cuantas técnicas crea necesarias.** Y ahí de nuevo entraríamos en la polémica de las competencias. Por lo demás, no hay problema en vender cualquier tipo de conocimiento científico (curso, taller, libro o máster), usted puede simplemente no consumirlo.

Me temo que, aunque no se explicita en el documento, la única solución para eliminar esa *lacra* es la regulación e intervención centralizada sobre qué escuelas de psicoterapia se crean y sobre qué formación es lícita ofrecer. Aunque a priori esto ya no es posible en nuestro país, de momento, daría la impresión de exponerse tal denuncia con el último motivo de crear una formación pública de corte integrador y *ateórica* (Prado-Abril y cols., 2019).

Lo que uno acaba encontrándose pues, en el análisis detallado de la intersección de Psicoterapia y Psicología Clínica son muy pocos datos y mucha ideología, y ésta puede tomar muchas formas:

- Lo que sea, pero público.
- Lo que sea, pero residencia PIR.
- Lo que sea, pero mi modelo de Psicoterapia.
- Lo que sea, pero Ciencia.

Lo que sea es lo que sea. Lo primero es el ideal, sin matices posibles, no si ese ideal es compatible con el objetivo que se busca (en este caso la mejor atención en salud mental posible). Como las hipótesis en el método científico, la ideología se autoconserva si no hay datos que la invalide. Como no soy partidario de las agendas ocultas deslizaré por adelantado que si tuviera que decantarme por alguna ideología sería la siguiente: “Lo que sea, pero el profesional”. Explicaré debidamente esto, en otro lugar, apoyándome principalmente en Monte Shapiro (1967).

Propuesta

Sería ventajista por mi parte criticar a discreción sin a cambio proponer alguna línea diferente entre todas las que se han comentado estos años para mejorar la Psicoterapia en el SNS. Cada uno de los puntos precisaría de un desarrollo amplio, valgan como notas introductorias:

0. Más plazas PIR y más plazas PEPC.

En este tema no debería haber división; en España existen muy pocos liberales y libertarios que no crean en una sanidad pública ([Vox](#), evidentemente, no están entre ellos). Sin más recursos personales los ulteriores puntos no sirven de nada. En una huelga/manifestación por estas cuestiones debería verse a COP, universidades y sanitarios de todos los perfiles.

1. Diseñar y consensuar criterios epidemiológicos y asistenciales comunes entre todas las comunidades.

Si bien las competencias en materia asistencial están transferidas, esta cuestión debe ser común. Ya que intervenimos intervengamos bien. Sin esto no hay *diagnóstico* ni planificación posible.

Se podría aprovechar este punto para defender diagnósticos más cercanos a la psicología (psicopatología no biomédica). Estas cuestiones condicionan el trabajo diario (programas de gestión, protocolos, etc.) y se produce una disociación profesional importante entre la práctica psicoterapéutica y el aparataje burocrático psiquiatrizado. La naturaleza de nuestra labor es diferente, y así ha de defenderse continuamente, también aquí; la facturación de una sesión terapéutica no puede diseñarse de igual forma que una operación de cadera.

Esto requiere de un debate técnico y ético profundo, desde conceptos de psicopatología a inconvenientes de tener una historia clínica compartida en nuestro ámbito.

**En Cataluña seguimos trabajando en algunos centros con el CIE9. Sí, 2020, CIE9.*

2. Libertad formativa

Parte de la idea que la formación del residente precede a la calidad asistencial futura. Y aquí, como en el punto anterior, se aplican el concepto de **Zona Desarrollo Próximo** y el principio de **intervención mínima necesaria**.

El programa formativo nacional podría dar las indicaciones mínimas e indispensables para que cada Unidad Docente Acreditada (UDA) diseñara, obligatoriamente, un programa de psicoterapia transversal durante los 4 años, al margen de las rotaciones. Un día o día y medio a la semana fijos para llevar a cabo esa formación. Como no podría ser de otra manera, los contenidos y la orientación dependerían de cada UDA, pues se ajustarían a los conocimientos y habilidades de los profesionales de los que dispone. Imponer una concreta es, además de ingenuo, contraproducente.

La preocupación por el dogmatismo no tiene base. La práctica asistencial en el SNS, efectivamente, es un gran aliado de la integración terapéutica. No es necesaria ninguna medida legislativa concreta, y si así fuera, puede darse directamente desde las mismas asociaciones a través de oferta formativa (en realidad así se hace).

Habría hospitales más integradores, otros psicodinámicos, otros especialistas en sistémica y, en definitiva, habría una oferta formativa rica, diversa y expresión de la realidad de cada centro. Hospitales como los de Río Hortega, en Valladolid, o el de Santa Creu i Santa Pau de Barcelona, son ejemplos paradigmáticos de lo que propongo. Un mal ejemplo sería centralizar la formación en una comunidad concreta, para cubrir el expediente, con contenidos muy limitados*.

**Desde hace unos años gran parte del contenido teórico que estipula el programa formativo se imparte en la Academia de las Ciencias Médicas de forma común a todos los hospitales durante el primer año de residencia. En el año 2017 la gran mayoría de residentes PIR firmamos el siguiente documento señalando la poca adecuación de la formación (especialmente en psicopatología y psicoterapia), teniendo en cuenta nuestro background previo (adjunto documento en Recursos).*

La cuestión fundamental es el acercamiento de la universidad y/o de centros de Psicoterapia en este punto formativo al SNS. Acercamiento regulado de la manera que fuera, pero aprovechando todos los recursos generados ya en esos ámbitos. La contraprestación de estas instituciones por formar a residentes podrían ser convenios de investigación, con acceso a una población clínica muy importante.

De los residentes formados de esta manera nacerían unidades específicas de Psicoterapia, el proceso sería natural, no impuesto artificialmente por decreto en un momento donde no puede darse.

3. Sin acreditaciones

No sería partidario de requerir acreditaciones para aplicar psicoterapia en el SNS. De nuevo, si se modifica la formación en ese sentido, ya habría clínicos acreditados sin necesidad de formación privada extra. Más que exigirla lo que se precisa es su facilitación. Además, piense que generaría otro perfil profesional más, otra división interna más.

Equilibrio patológico

Como si fuéramos un paciente con negligencia unilateral, **no atendemos un lado de la realidad, pero tampoco actuamos como si no existiera**. Eso que no atendemos, o decimos no atender, es la sombra alargada de lo *científico* y de la posibilidad de que se nos identifique con un charlatán (véase también el problema de la pseudoterapia) ([Pérez Álvarez, 2020](#)). La cuestión en términos crudos sería que para algún *compañero* siempre seremos un charlatán acientífico o una especie de pseudo-psiquiatra, y como de una escena *tarantinesca* se tratara, nos amenazamos mutuamente en una situación de claro equilibrio patológico. Valga la siguiente imagen para representarlo:

- **Psicoterapia [Despacho]** (rica y variada en tradiciones y bagaje teórico-técnico, pero desapego general al cientificismo y desarrollo como profesión liberal)
- **Terapia de Modificación de conducta (Análisis de Conducta) [Universidad*]** (relacionada con la investigación básica y el origen de los desarrollos más potentes de la rama científica de la Psicología aplicada, pero alejada en España de la atención pública en SM y de la atención de entidades más graves históricamente atendidas por la Psiquiatría)
- **Psicología Clínica [Hospital]** (cercana a la medicina donde se ha tratado históricamente al *loco*, con una voluntad de asistencia sanitaria pública, pero lejos de la investigación básica y la psicoterapia)

**El MUPGS vendría a ser una creación tosca en el ámbito universitario de lo desarrollado por la especialidad clínica vía PIR. Piense que se están exponiendo críticas en este texto a una formación de 7300 horas (1000 de ellas teóricas), previa oposición con unas 4000 horas más de estudio (Hernández-García y cols., pendiente publicación). El MUPGS vienen a ser 1500 horas teóricas y 750 prácticas, en las cuales no pueden "...acceder al paciente ni a la información clínica sobre el mismo, sin la supervisión directa del personal del centro asistencial que sea responsable de su formación" ([BOE A 2017 1200](#)).*

El culmen de este sinsentido sería que alguien sin capacidad legal para intervenir en trastornos psicológicos denunciara desde alguna plataforma *científica* a un facultativo especialista psicoterapeuta por aplicar técnicas *pseudocientíficas*. ¿Se imaginan? Y salvando las distancias con la medicina, ¿ustedes han visto algún patólogo dando la brasa, invalidando, a un médico de familia? Posiblemente sean una imagen simplista y un vaticinio alarmista, pero creo que dan cuenta de parte del contexto en el que se dan algunos de los conflictos actuales de la Psicología Sanitaria.

Cierre

Como se comentaba al inicio, es importante que cada cual, estudiante, residente o profesional tenga una idea propia sobre todas estas cuestiones. No son temas fáciles, pero por esto mismo son apasionantes. Lástima que el ambiente político no ayude a arriesgarse a plantearlas de formas originales. Es muy complicado criticar la Psicología basada en la evidencia, aspectos de la gestión pública o el método científico en Psicoterapia sin herir u ofender a todo un sector entero de la comunidad Psicológica.

Acabaré con dos reflexiones. Los realistas clásicos de la Teoría de las Relaciones Internacionales advierten que no existe tal cosa como el Estado, no de forma ontológica. El estado no puede tener ideas o deseos. Sí existe como imaginario compartido, pero el estado está compuesto por personas concretas con sus propios intereses. Lo mismo ocurre con "el" COP, "la" FEAP o "la" AEN, y por lo tanto, esos *sillones* deben ocuparse progresivamente por futuras generaciones que permitan los desbloqueos históricos que aún hoy sufrimos.

Como reflexionó un gran amigo sobre el [debate](#) de la clasificación en salud mental, sigue sorprendiendo que “...*con el paso del tiempo, y el desconocimiento de la historia, se asume que las cosas son así porque deben estar bien establecidas.*” ¿Qué hubiera opinado usted en la conferencia de Boulder? ¿Y en 1998 con la creación de la especialidad? ¿Qué posición hubiera tenido en 2011 previa creación del Máster en Psicología Sanitaria? ¿Qué modelo de gestión sanitaria cree que le conviene a la Psicología Sanitaria? ¿Qué opinión tendrá en el próximo evento trascendental para el desarrollo de nuestra disciplina?

Juan Hernández García
Psicólogo Especialistas en Psicología Clínica. Col. Número 24.345