

FUNCIONES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y DEL PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO: UNA PRIMERA REFLEXIÓN

Enrique Echeburúa^{1,2}, Karmele Salaberría¹, Paz de Corral¹ y Soledad Cruz-Sáez¹

¹Universidad del País Vasco; ²Cibersam (España)

Resumen

En este artículo se abordan algunos retos de futuro en relación con la psicología clínica y la psicología general sanitaria. Los pacientes buscan actualmente ayuda terapéutica no sólo por los trastornos mentales tradicionales, sino también por el malestar emocional y las dificultades de adaptación a la vida cotidiana. Se comentan las diferentes funciones profesionales asignadas a la psicología clínica y a la psicología general sanitaria, así como el diferente itinerario curricular propuesto en la normativa vigente. Se señalan los ámbitos de actuación diferenciales de los psicólogos clínicos y de los psicólogos sanitarios, establecidos en función de las competencias y no en función del ámbito de actuación (público o privado). Se indica la necesidad de fundamentarse en la psicología con base empírica como forma de integrar la experiencia profesional con los resultados de la investigación. Por último, se presentan algunas propuestas para su debate desde la experiencia docente, investigadora y clínica de los autores.

PALABRAS CLAVE: *psicólogos clínicos, psicólogos generales sanitarios, funciones profesionales, ámbitos de actuación, práctica psicológica con base empírica.*

Abstract

This article reviews several future challenges for clinical and health psychology. Patients are now seeking treatment not only for traditional mental disorders, but also for emotional distress and misadjustment to everyday life. There is an ongoing discussion about the differences in the professional role of clinical psychologists and health psychologists and about the curriculum for the degree in Psychology. The differences between health psychologists and clinical psychologists are discussed in terms of their own expertise and not in terms of their

workplace (public sector versus private practice). The need to integrate clinical expertise with the best available external evidence from systematic research is emphasized. Finally, drawing upon the experience of the authors in the field of teaching and research in clinical psychology, some topics are suggested for debate.

KEY WORDS: *clinical psychologists, health psychologists, professional role, applied fields, evidence-based psychological practice.*

Introducción

La Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de octubre (BOE de 5 de octubre de 2011), ha dado luz verde, en su disposición adicional séptima, a la profesión de psicólogo general sanitario y ha determinado la vía de acceso a la misma mediante un máster oficial en Psicología General Sanitaria que, junto con la enseñanza oficial del grado en Psicología, abarque un total de 180 créditos ECTS de contenido específicamente sanitario.

De este modo, existirán a partir de ahora dos modalidades de psicólogos sanitarios: los generales, formados en las universidades a través del máster oficial indicado, y los especialistas (psicólogos clínicos), formados en el Sistema Nacional de Salud durante cuatro años por medio del sistema de psicólogo interno residente (PIR), según el programa de formación establecido en la Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio (BOE de 16 de junio de 2009).

Con esta normativa se plantea una situación hasta ahora inédita, que es la existencia de tres tipos de psicólogos: los psicólogos (con el grado o la licenciatura en psicología), los psicólogos generales sanitarios (con el máster oficial en psicología general sanitaria) y los psicólogos clínicos (formados a través del programa PIR). Todo ello es al margen de que se desarrolle (en el caso de los psicólogos clínicos se ha desarrollado ya) una normativa específica para ubicar a todos los psicólogos anteriores a esta legislación en una de las categorías establecidas.

No se trata, sin embargo, propiamente de una carrera profesional escalonada (psicólogo-psicólogo general sanitario-psicólogo clínico), que, a nuestro juicio, sería la solución adecuada. En realidad, el acceso a la formación especializada en psicología clínica se hace, según la normativa establecida, desde el grado o la licenciatura y no desde el máster.

Ante esta nueva situación un reto de futuro es establecer de la forma más clara posible las competencias y ámbitos de actuación de los psicólogos generales sanitarios, de modo que no se generen espacios de confusión con los propios de los psicólogos clínicos en el ámbito de la salud.

El objetivo de este artículo es plantear una reflexión personal, decantada a partir de nuestra experiencia docente, investigadora y clínica, sobre la psicología sanitaria (general y especializada) como disciplina científica y sobre las funciones y los ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario, así como sobre su conexión con las necesidades profesionales y con las expectativas de la sociedad. Estos puntos de vista constituyen, como no puede ser de otra

manera, nuestra forma personal de ver las cosas a día de hoy. No se trata de un planteamiento cerrado -ni siquiera de una propuesta sistematizada-, sino de unas reflexiones abiertas al hilo de la reciente normativa establecida, del debate planteado y de los temas que nos preocupan en nuestro quehacer cotidiano.

Nuevas demandas terapéuticas

Según el estudio europeo dirigido por Wittchen (2011), el 32,8% de los europeos sufre un trastorno mental cada año, pero sólo un tercio de ellos recibe tratamiento. Por lo que a España se refiere, según la última Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (Instituto Nacional de Estadística, 2006), el 21,3% de la población adulta (un 26,8% de las mujeres y un 15,6% de los hombres) presenta riesgo de mala salud mental, que se acrecienta a medida que avanza la edad. Además, el porcentaje de pacientes en asistencia primaria con una demanda de atención psicológica es de alrededor del 30% (Gili, Roca y Serrano, 2006). Sin embargo, según datos del año 2003, los españoles tienen sólo 4,3 psicólogos por 100.000 habitantes frente a la media europea de 18 psicólogos (Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005).

Además del aumento de los trastornos mentales, las demandas terapéuticas a los psicólogos sanitarios/clínicos y a los psiquiatras han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos "tradicionales" (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, adicciones, entre otros), por problemas "menores", derivados de una exigencia de una mayor calidad de vida por parte de los pacientes. Estos problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, una situación de insatisfacción personal a la que hay que buscar algún tipo de respuesta asistencial al margen de los centros de salud mental. Entre ellos se encuentran el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia con los hijos adolescentes, los problemas de estrés laboral, el dolor crónico, la adaptación a nuevas situaciones en la vida o la convivencia con enfermos crónicos o incapacitados (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

En las clasificaciones psiquiátricas estos problemas adaptativos se denominan "códigos Z" y son un reflejo de la psicopatologización de las dificultades de la vida cotidiana, así como de los efectos de una sociedad competitiva, individualista, con carencia de redes de apoyo familiar y social y sin tiempo para los demás, que favorece la soledad y la incomunicación.

El volumen de las consultas de este tipo puede suponer entre el 20% y el 30% de las demandas asistenciales en un centro de salud mental (Ortiz, González y Rodríguez, 2006). Así, por ejemplo, en algunos centros de salud mental el número de consultas derivadas del estrés laboral es igual a la suma de las consultas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y con la dependencia del alcohol (Echeburúa, 2008). Además muchos de estos pacientes acuden

ya al centro de salud mental con un tratamiento psicofarmacológico pautado por el médico de cabecera, lo que supone un gasto sanitario adicional, ya que casi el 70% de los psicofármacos son prescritos por los médicos de atención primaria (Strosahl, 1996).

Estas nuevas demandas terapéuticas están relacionadas con una mayor exigencia de calidad de vida y con una mayor intolerancia al malestar emocional por parte de los pacientes, pero también con la medicalización de la vida cotidiana. De hecho, hay una tendencia malsana por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el *marketing* de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes. No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM (DSM-I, 1952) contenía unos 60 trastornos mentales y que la actual (DSM-IV-TR, 2000) recoja más de 300. No parece razonable pensar que en menos de 50 años los trastornos mentales se hayan multiplicado por cinco. Por ello, hay que estar precavido ante los supuestos nuevos diagnósticos clínicos: síndrome posvacacional, síndrome de Diógenes, vigorexia, síndrome de alienación parental, síndrome de Ulises, por citar algunos de los más difundidos a nivel popular.

Los cambios demográficos y sociales de la última década no son ajenos a este aumento de la demanda terapéutica. De hecho, hay tres factores recientes importantes que pueden dar cuenta de esta realidad: el envejecimiento de la población, el aumento de inmigrantes y la crisis económica.

En resumen, muchas de las consultas a los psicólogos sanitarios/clínicos hoy no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y malestar emocional. Se trata de personas que se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades cotidianas y que, muy frecuentemente, carecen de una red de apoyo familiar y social sólida (Salaberría, Corral, Sánchez y Larrea, 2008). Los psicólogos sanitarios tienen que adaptarse a esta nueva realidad, evitar la tendencia a establecer diagnósticos psiquiátricos y desarrollar unas estrategias de intervención, tales como técnicas de consejería (*counselling*) o de intervención en crisis, que no son exactamente las mismas que han mostrado éxito en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos. Este es un reto de futuro importante.

Funciones de los psicólogos clínicos y de los psicólogos sanitarios generales

El título de grado o de licenciatura en Psicología no habilita, por sí mismo, para el ejercicio de la psicología en el sector sanitario. Los psicólogos serán profesionales sanitarios sólo si, además del grado o la licenciatura, han cursado el máster oficial en Psicología General Sanitaria o han seguido la vía del programa PIR para la obtención de la especialidad en Psicología Clínica. Por ello, van a convivir dos tipos de profesionales sanitarios: los generalistas (psicólogos generales sanitarios)

y los especialistas (psicólogos clínicos), con funciones y ámbitos de actuación diferenciados.

Todavía quedan por precisar con detalle las competencias específicas de los psicólogos clínicos y de los psicólogos sanitarios generales. Sin embargo, la normativa establecida hasta la fecha permite elaborar algunas propuestas.

Veamos, en primer lugar, la normativa existente. En la referencia U.70 del Anexo II del Real Decreto 1277/2003 de Autorización de Apertura de Centros Sanitarios, modificado posteriormente por la orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo (BOE de 6 de junio de 2006), se define al psicólogo clínico como al especialista "... responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento".

Cabe de aquí concluir que el psicólogo clínico es el especialista con competencias en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de los trastornos mentales (adicciones, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, etc.) que figuran en las nosologías psicopatológicas (CIE-10, de la Organización Mundial de Salud, 1992, y DSM-IV-TR, de la *American Psychiatric Association*, 2000).

A su vez, según se establece en la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública 33/2011, las funciones del psicólogo general sanitario están referidas a la "investigación, evaluación e intervención psicológica sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud, siempre que dichas actuaciones no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios".

Al margen del carácter genérico y un tanto ambiguo del establecimiento de funciones, hay, en nuestra opinión, dos componentes importantes en esta norma: a) la intervención de los psicólogos sanitarios generalistas debe estar centrada fundamentalmente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad (más que en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos) y b) su actuación profesional no debe invadir el ámbito de los profesionales sanitarios especialistas (psicólogos clínicos y psiquiatras, especialmente). En definitiva, se sugiere en estos casos un sistema de derivación que, por otra parte, también está presente en otros ámbitos de la medicina (médicos generales y médicos especialistas).

Esta delimitación de funciones no es siempre fácil de establecer porque las líneas de demarcación son, a veces, borrosas. El sufrimiento psicológico quizá se pueda entender en un continuo, desde el malestar emocional y las reacciones de estrés, pasando por las dificultades adaptativas, hasta los trastornos mentales. Las variables que podrían ayudar a situar el punto en este continuo son diversas: a) el tipo de problema psicológico y su gravedad; b) la intensidad, la duración y la frecuencia de los síntomas o de las dificultades; c) el grado de interferencia en la vida cotidiana, así como el número de áreas afectadas por el problema (adaptación académica, laboral, familiar o social); d) la historia de dificultades previas y de tratamientos recibidos; e) el nivel de desarrollo evolutivo y f) el grado de vulne-

rabilidad personal y psicosocial, así como la existencia de factores de protección y de riesgo.

El ámbito de actuación del psicólogo clínico es bastante claro y se cuenta, además, con años de experiencia en el ejercicio de esta profesión. Sin embargo, conviene hacer una reflexión sobre las competencias profesionales del psicólogo general sanitario porque se trata de una profesión nueva y porque las funciones definidas en la Ley General de Salud Pública se mueven en el ámbito de una cierta ambigüedad.

Los psicólogos generales sanitarios pueden atender a ese gran grupo de pacientes que acuden a los psicólogos en busca de ayuda para hacer frente a los problemas de la vida y resolver situaciones de infelicidad y malestar emocional (lo que se ha denominado antes la "patología del sufrimiento") porque se sienten desbordados en sus estrategias de afrontamiento. De este modo, estos profesionales sanitarios pueden ofrecer orientación, consejo y apoyo psicológico a los pacientes para superar sus dificultades. Con el uso abusivo el término de terapia se ha desnaturalizado y gastado semánticamente y conviene sustituirlo muchas veces por otros términos, como orientación o apoyo. Así, por ejemplo, es preferible hablar de orientación familiar y de pareja (en lugar de terapia familiar y de pareja, porque no es propiamente una terapia de personas enfermas) o, por la misma razón, de apoyo grupal (en lugar de terapia de grupo).

Las competencias de los psicólogos generales sanitarios pueden abarcar, al menos, los siguientes puntos:

a) A nivel de prevención primaria, estos profesionales pueden llevar a cabo programas de intervención en distintos ámbitos encaminados a la educación para la salud. Así, por ejemplo, sin ánimo de señalar un listado exhaustivo, pueden trabajar con la población general en relación con el establecimiento de hábitos alimentarios sanos y la prevención del tabaquismo y del abuso de alcohol y drogas, así como en el desarrollo de habilidades sociales, de estrategias de afrontamiento y control de impulsos o de mejora de la autoestima. Los psicólogos generales sanitarios podrían trabajar también específicamente con la población vulnerable o en situación de riesgo. Es el caso, por ejemplo, de los inmigrantes sin redes de apoyo social, de los hijos de enfermos mentales y adictos o de los familiares de enfermos dependientes. De este modo se podrían activar en estas personas la resistencia (*resilience*) y las fortalezas psicológicas.

b) A nivel de prevención secundaria, se puede prestar apoyo psicológico a pacientes que no saben hacer frente a su malestar emocional y que todavía no han desarrollado un trastorno mental. Una muestra de ello es la actuación sobre las crisis de ansiedad antes de que se conviertan en un trastorno de pánico o sobre el consumo excesivo de alcohol o drogas, así como los distintos programas de intervención en crisis tras una pérdida afectiva o un suceso traumático. Otra vía de actuación muy demandada es el apoyo psicológico a personas que sufren por un conflicto o una ruptura de pareja o que están viviendo un proceso de divorcio difícil o a aquellas personas que se sienten sobrepasadas en sus recursos psicológicos para hacer frente a los conflictos laborales, a la educación de sus hijos o al cambio de valores culturales. Asimismo el psicólogo general

sanitario podría trabajar para la promoción y creación de la motivación necesaria para acudir a un tratamiento psicológico o servicio especializado, actuando sobre la negación de los problemas, la conciencia de enfermedad y la necesidad de ayuda especializada, además de proporcionar información y psicoeducación básica y fomentar habilidades de solución de problemas. Otra vía de actuación es intervenir en los problemas psicológicos y en las pautas de comportamiento necesarias en el caso de las enfermedades médicas con implicaciones psicológicas, tales como la obesidad, la epilepsia, las migrañas, las enfermedades reumáticas, la diabetes o la hipertensión. Asimismo establecer hábitos de vida sanos en los enfermos crónicos, hacer frente a una enfermedad parcialmente invalidante, plantar cara al dolor crónico o convivir con personas con demencia o grandes dependientes puede hacer aconsejable un apoyo psicológico explícito y organizado.

c) A nivel de prevención terciaria, los programas de rehabilitación psicológica cardiovascular en pacientes que han tenido una crisis cardíaca o de apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de quienes tienen problemas de infertilidad, sufren o han sufrido de cáncer, han sido trasplantados o han tenido complicaciones médicas y largos períodos de hospitalización, son meros ejemplos de actuación en este plano de la prevención.

d) A nivel de prevención cuaternaria, se trata de reducir o eliminar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario y, en último término, de evitar la iatrogenia. Así, la actuación del psicólogo sanitario puede ir orientada a evitar la etiquetación de supuestas nuevas enfermedades, el sobrediagnóstico de trastornos establecidos (como en el caso del déficit de atención con hiperactividad) o el sobretratamiento de personas que tienen meras dificultades adaptativas (como en el caso del duelo).

Además, en el ámbito de la infancia y de la adolescencia, el psicólogo general sanitario podría crear escuelas de padres que enseñen, por ejemplo, pautas de actuación en la crianza de niños temperamentamente difíciles o con dificultades conductuales, que faciliten el aprendizaje de hábitos adaptativos en el ámbito del sueño, de la alimentación o del control de esfínteres y que sugieran un manejo adecuado de los berrinches y rabietas, de los miedos infantiles o de las dificultades de adaptación y aprendizaje en la escuela. También se puede prestar apoyo en los procesos de adopción y reagrupación familiar. Por lo que se refiere a la adolescencia, el psicólogo general sanitario podría suponer un papel de apoyo, en los casos necesarios, ante las primeras relaciones sexuales y afectivas, los cambios corporales y de imagen de la pubertad, los primeros consumos de alcohol y drogas y el uso de las nuevas tecnologías.

En definitiva, si se detectan y diagnostican trastornos mentales propiamente dichos, debe derivarse a los pacientes a los psicólogos clínicos y a los psiquiatras, que tienen funciones bien delimitadas en este ámbito. Pero la demanda de la población hacia los psicólogos sanitarios va mucho más allá que el ámbito estrecho de los trastornos mentales. No todas las personas presentan trastornos, sino que en muchas ocasiones aparecen dificultades puntuales que, al no ser atendidas o serlo tardíamente o sólo con psicofármacos, se convierten en trastornos y

se cronifican, llevando a los pacientes al fenómeno de la puerta giratoria (entrar y salir continuamente del sistema sanitario).

Los programas de formación (y, muy en concreto, las directrices para el máster oficial de Psicología General Sanitaria) deben tener en cuenta esta realidad para diseñar un plan de estudios coherente con este establecimiento de funciones. Al margen de lo establecido en la disposición adicional décima del Real Decreto 133/2007, de 29 de octubre (BOE de 30 de octubre de 2007), sobre la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, según la cual "los títulos universitarios a los que se refiere el presente Real Decreto no podrán inducir a confusión ni coincidir en su denominación y contenidos con los de los especialistas en Ciencias de la Salud regulados en el capítulo III de la LOPS", conviene dotar de contenidos específicos al máster de Psicología General Sanitaria orientados a las expectativas profesionales de los alumnos y a la realidad social existente.

Ámbitos de aplicación (sector público y sector privado)

Según la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública 33/2011, "los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica al que se refiere el apartado 3 del anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada".

Esta normativa supone en la práctica la reducción de la actividad profesional de los psicólogos generales sanitarios al ámbito de la consulta privada o de las diversas asociaciones. Este planteamiento, desde nuestro punto de vista, resulta incongruente al menos por dos razones:

a) La delimitación de funciones entre los psicólogos generales sanitarios y los psicólogos clínicos debe establecerse con arreglo a las competencias específicas de unos y otros, según se ha establecido en el apartado anterior, y no según el lugar de trabajo (sector público o privado). Esta reflexión es oportuna porque se ha transmitido la idea, más o menos subliminalmente, de que el psicólogo general sanitario va a ser una especie de psicólogo clínico para la privada, pero este enfoque es un error. La vía para ejercer las funciones de psicólogo clínico es el programa PIR (cuatro años de residencia a tiempo completo), ya sea en el ámbito público o privado. Y a su vez, las muy importantes funciones del psicólogo general sanitario, a nivel de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, deberían ejercerse tanto en un ámbito privado como público. Así, por ejemplo, los programas de rehabilitación psicológica cardiovascular se llevan a cabo en los hospitales y deberían estar abiertos a los psicólogos generales sanitarios.

b) Los antiguos ambulatorios de la seguridad social se han convertido en centros de salud (no en centros de enfermedad). Ello quiere decir que, si el énfasis se

pone en la salud y no en la enfermedad, los psicólogos generales sanitarios, según se desprende de sus competencias, pueden desempeñar una función importante junto con los médicos de atención primaria, los pediatras y las enfermeras. Piénsese que los centros de salud son la puerta de entrada al sistema asistencial y que ahí se pueden detectar y tratar pacientes con problemas adaptativos de tipo ansioso-depresivo (sin llegar aún a la categoría de trastorno), con un consumo problemático de alcohol, tabaco, fármacos o drogas, con malos hábitos alimentarios, con baja autoestima o con una imagen corporal distorsionada. Asimismo el maltrato a la mujer o el abuso sexual a los menores pueden a veces detectarse en los centros de salud si se cuenta con un equipo adecuado y con el tiempo necesario para atender a estas demandas terapéuticas, más o menos camufladas. Con esta actuación se podría evitar la medicalización del malestar emocional, se podrían reducir los diagnósticos erróneos, se podría actuar más adecuadamente con los pacientes hiperfrecuentadores de los centros de salud y, en último término, se conseguiría una mayor eficiencia en la prestación de servicios. Como es obvio, esta labor de los psicólogos generales sanitarios en los equipos de salud es compatible con la derivación a los psicólogos clínicos y psiquiatras de los centros de salud mental de los casos con trastornos mentales explícitos.

En definitiva, los psicólogos generales sanitarios podrían trabajar junto al médico de atención primaria atendiendo al malestar emocional de los pacientes y detectando y derivando a pacientes que puedan requerir atención especializada en el ámbito de la salud mental. Asimismo podrían intervenir junto al pediatra detectando precozmente retrasos en el desarrollo, casos de maltrato físico y emocional y previniendo dificultades emocionales y de aprendizaje.

Intervenciones psicológicas empíricamente validadas

La psicología sanitaria, a nivel generalista y especializado, tiene que hacerse valer y estar atenta ante la respuesta que puede dar a las necesidades de una sociedad cambiante. Ello supone adaptarse a los tiempos que corren e implicarse en nuevas tareas, como la protocolización de actuaciones, la evaluación de resultados, los estudios de eficacia/eficiencia o la adopción de un lenguaje común con otros profesionales (Echeburúa, 2008; Echeburúa y Corral, 2007; Gatchel y Oordt, 2003; Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003).

Al margen de las limitaciones de las investigaciones, éstas han supuesto ya un camino sin retorno en la práctica profesional de la psicología sanitaria. Por ello, las intervenciones psicológicas empíricamente validadas van a tender a estar estandarizadas, es decir, con una descripción precisa de los instrumentos de evaluación, el programa de tratamiento, el formato de aplicación (individual o grupal), el diario de sesiones, etc. Las guías eficaces se inscriben en el marco de intervenciones breves (10/15 sesiones) y específicas, lo que no es incompatible con la necesaria flexibilidad en la aplicación de estos programas en función de las peculiaridades concretas de cada paciente (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010).

No es exagerado afirmar, sin embargo, que las intervenciones no validadas empíricamente se utilizan con más frecuencia que los programas basados en pruebas y que, por tanto, hay un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace. Por chocante que pueda resultar, lo que parece hoy eficaz dista de estar disponible para la mayoría de la población (Fernández *et al.*, 2006).

La estructura y el funcionamiento de los centros de salud mental hacen inviable en muchas ocasiones la posibilidad de instaurar tratamientos psicológicos por la distancia entre sesiones, la duración de las mismas, la carencia de psicólogos clínicos o la medicalización imperante. Si casi un 25% de las demandas en los centros de salud mental no lo es por trastorno mental propiamente dicho (Goñi, García, Landa y Lizasoain, 2008) y estas demandas fueran atendidas en la asistencia primaria, los psicólogos clínicos tendrían más tiempo para atender a los pacientes con trastorno mental y ofrecer terapia psicológica, reduciendo las listas de espera y la saturación.

De este modo, hacer que lo útil sea utilizado se convierte en una prioridad de actuación. La difusión no es algo que ocurre automáticamente, sino que está ligada a tres factores importantes: innovación (la aportación real de la nueva propuesta), canales de comunicación (el conocimiento de la nueva técnica por parte de los profesionales implicados) y transcurso del tiempo (necesario para romper con la resistencia al cambio en los profesionales) (Becoña, 1999). De hecho, los profesionales sanitarios se muestran muy reticentes a cambiar líneas de actuación y formas de abordar los problemas que tienen sobreaprendidas (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2005).

Este enfoque de la psicología con base empírica no es una moda, sino un requisito legal. Según el art. 4.7b de la Ley 44/ 2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias, de 21 de noviembre, la actuación del profesional sanitario "estará basada en la evidencia científica y en los medios disponibles y amparados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial".

Por último, la psicología con base empírica es un camino irreversible. Pero todavía hay muchos cuadros clínicos y muchas intervenciones en el ámbito de la prevención primaria y terciaria sobre los que no hay programas con pruebas inequívocas. Por ello, hay que ser cautelosos. La afirmación de que no hay pruebas sobre la eficacia de una determinada intervención no debe ser tomada como que existen pruebas de su ineficacia (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010).

Conclusiones

El establecimiento de dos tipos de profesionales sanitarios (generalistas y especialistas), con una formación diferenciada, obliga a la delimitación de funciones de unos y otros, más allá de la existencia de límites borrosos que no siempre es fácil de establecer. Este es el objetivo principal de este artículo. Los dos tipos de profesionales son igualmente importantes. El trabajo conjunto en equipo supondría un gran paso hacia adelante, lo que podría dar lugar a una reducción en los

pacientes de los días de baja laboral, de incapacidad temporal y de absentismo, así como a un ahorro en el gasto farmacéutico (Araña, 2008).

La Ley General de Salud Pública 33/2011 ha supuesto el establecimiento de una profesión reglada (psicología general sanitaria), largamente esperada, así como de la formación necesaria para ejercerla. A nuestro juicio, la Ley (por lo demás, muy positiva) presenta dos fallos serios: a) la falta de exigencia del máster en Psicología General Sanitaria para acceder al PIR, lo que, en el caso de haberse hecho, habría facilitado la creación de una carrera profesional escalonada: psicólogo-psicólogo general sanitario-psicólogo clínico; y b) la exigencia de la titulación de psicólogo clínico para trabajar en el ámbito de la salud pública o concertada, que parece responder más a problemas corporativos que a cuestiones conceptuales. Estos fallos deben ser corregidos (Strosahl, 1996).

Allí donde es posible, conviene hablar con términos claros y rechazar el corporativismo, venga éste de donde venga. En primer lugar, la psicología no es una profesión sanitaria, excepto cuando el grado o la licenciatura vengán acompañados del máster oficial en Psicología General Sanitaria o de la especialidad de Psicología Clínica. A su vez, los psicólogos generales sanitarios son profesionales sanitarios, con competencias concretas en el ámbito de la salud, pero no son psicólogos clínicos en el ámbito de las consultas privadas. Y, por último, los psicólogos clínicos tienen unas funciones específicas en el ámbito de la evaluación y del tratamiento psicológico de los trastornos mentales, pero no deberían tener un monopolio de la asistencia psicológica en el Sistema Nacional de Salud en ámbitos que desbordan el ejercicio de sus funciones.

En cualquier caso, no se puede ligar la profesión de psicólogo sanitario exclusivamente a la terapia o hacer un diagnóstico clínico sin haber procedido a una evaluación psicológica cuidadosa. La evaluación desempeña un papel muy importante para detectar correctamente el tipo de problema, determinar el programa de intervención y derivar al paciente, en los casos precisos, al profesional adecuado para llevarlo a cabo.

Delimitar funciones y competencias de los psicólogos sanitarios generales y especialistas clínicos, potenciar la figura del psicólogo sanitario general en la atención primaria, aumentar el número de plazas de formación para psicólogos clínicos y modificar el protocolo asistencial en los centros de salud mental para que la terapia psicológica sea viable son retos que hay que afrontar en el futuro próximo.

Referencias

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- Araña, S. (dir.) (2008). *Características, efectos y resultados de los diagnósticos y prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad temporal*. Recuperado

- el 20 de noviembre de 2011, desde <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Echeburúa, E. (2008). Retos de futuro de la psicología clínica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 209-217.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2005). Reflexiones ante la formación de los psicólogos. Retos de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 175-188.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 347-256.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J. L., Fullana, M. A. y Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Gatchel, R. J. y Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gili, M., Roca, M. y Serrano, M. J. (2006). Trastornos mentales e hiperfrecuentación en atención primaria. *INFOCOP*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, desde <http://infocop.es/view-article.asp?id=1025>.
- Goñi, A., García de Jalón, E., Landa, N. y Lizasoain, E. (2008). Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24, 83-88.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, desde <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419cues06.htm>.
- Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2005). *Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas a diciembre de 2005*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, desde <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-la-salud-mental-de-la-asociación-esp/index.php>.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor. (Orig. 1992).
- Ortiz, A., González, R. y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38, 563-569.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (dirs.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (vol. 1, 2 y 3). Madrid: Pirámide.
- Salaberría, K., Corral, P., Sánchez, A. y Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 5-14.
- Strosahl, K. (1996). Confessions of a behavior therapist in primary care: the odyssey and the ecstasy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 1-28.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker,

A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

RECIBIDO: 28 de noviembre de 2011

ACEPTADO: 1 de febrero de 2012

