



Introducción

El Colegio Oficial de Psicólogos en su calidad de organización, de ámbito estatal, que agrupa institucionalmente a todos los psicólogos españoles, tiene entre sus cometidos, definidos por ley, la obligación de ordenar el ejercicio profesional. Con el fin de cumplir con este mandato legal, el Colegio se ha propuesto delimitar y definir los distintos perfiles de las diversas especializaciones psicológicas profesionales.

Esta empresa no se sustenta, sin embargo, únicamente en el imperativo legal. La Junta de Gobierno ha creído necesario que nuestra organización tenga un papel más activo en todas aquellas áreas que son determinantes para el desarrollo profesional. En este sentido, se ha considerado que el Colegio debe formular con claridad cuál es su posición en aspectos que hacen referencia al ámbito de competencias de las distintas psicologías profesionales, a las habilidades y conocimientos necesarios para cada especialidad y a los contenidos y las formas de acceso a la formación tanto básica como especializada de los psicólogos.

El presente documento se enmarca dentro de esta línea de trabajo y pretende dar cuenta del perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud. En sus páginas, intenta recoger todos aquellos aspectos básicos y fundamentales que conforman y distinguen el quehacer psicológico en el ámbito de la Salud, subrayando lo propio y matizando lo

común a otras profesiones o especialidades de la psicología profesional.

Somos conscientes de la complejidad de nuestro propósito. Por un lado, nos enfrentamos a una tarea novedosa, sin muchos referentes nacionales o internacionales. Pero, por otra parte, tenemos entre manos una profesión que se desarrolla vertiginosamente, que alcanza, de forma creciente, más competencias y espacios de trabajo dentro del campo de la Salud, que adquiere un reconocimiento público e interprofesional cada vez más importante, sin que se adviendan los límites exactos de un campo profesional en perpetuo movimiento y desarrollo.

Este panorama de continuo crecimiento de la psicología clínica y de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psicosocial del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la “psique” y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinares en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la “salud mental”. Otra importante consecuencia ha sido la creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardio-vasculares

y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los pivotes esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos.

En el campo tradicional de la salud mental, el rol de los psicólogos clínicos también ha sufrido cambios notables en éstas últimas décadas. Desde su encasillamiento inicial como psicólogo evaluador ha tomado cada vez un mayor protagonismo como profesional, cuyos conocimientos le permiten dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados “mentales”. En relación con este aspecto merece especial mención la aportación que la psicología supuso en el cambio de los tradicionales métodos de tratamiento para los pacientes crónicos institucionalizados, transformación en la que los psicólogos han tenido un papel destacado en cualquier sitio dónde dicho proceso de cambio ha tenido lugar.

En nuestro país, la psicología clínica ha dado un paso cualitativo de gran importancia para la consolidación y evolución de este campo profesional. Bajo el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación y Ciencia, y con el concurso decidido de las instituciones nacionales y regionales con competencias en sanidad, se ha puesto en marcha desde hace tres años, el programa de formación de Psicólogos Internos Residentes. Este programa de formación, cuya culminación será la obtención, en un futuro cercano, del título de especialista en Psicología Clínica, supuso la confección de un plan formativo y de unos criterios de acreditación de unidades docentes, en los que el COP tuvo un papel destacado. Este trabajo previo será de gran valor y condicionará, sin duda, nuestro punto de partida a la hora de situar la posición colegial en el campo de la formación especializada.

La evolución acelerada en todos los frentes en los que hay trabajando psicólogos clínicos y de la salud puede hacer que parezca temerario intentar apresar en unas pocas páginas toda la riqueza y posibilidades del trabajo y de desarrollo profesional. Posiblemente podríamos estar de acuerdo con esta opinión si el propósito del Colegio fuera establecer una declaración definitiva de lo que entendemos como psicología clínica y de la salud. Sin embargo, nuestra intención es levantar acta de aquello que hacemos sin coartar lo que podamos hacer, siendo conscientes de que observamos el fotograma de una película que se encuentra en plena proyección.

Este documento ha sido fruto del trabajo de un año en el que han participado una Comisión de expertos y todas las organizaciones territoriales del Colegio, así como todos los Departamentos Universitarios de las Facultades de Psicología vinculados en sus intereses más inmediatos con la Psicología Clínica y de la Salud. A todos los psicólogos que han participado les corresponde el mérito de hacer avanzar la psicología clínica y de la salud en nuestro país, mediante la reflexión y las opiniones que se plasman en estas líneas, dibujando lo que somos y perfilando lo que queremos ser. A todos ellos el COP les da su agradecimiento por colaborar en una tarea única, por su alcance, en apoyo de la Psicología y de nuestra organización colegial.

Desarrollo Histórico

Conscientes de la dificultad que supone el tratar de condensar en un espacio tan reducido la historia de un ámbito profesional como el que nos ocupa, pensamos que es importante conocer al menos los hitos que han permitido a los psicólogos clínicos acercarnos al lugar que en estos momentos ocupamos. Por tal motivo, no veáis en esta parte del documento nada más que lo que quiere ser: un pequeño recordatorio del esfuerzo y trabajo de muchos.

1. Desarrollo de la Psicología Clínica

Si bien cabe remontarse a antecedentes centenarios que *avant la lettre* prefiguran la Psicología, donde habría que destacar a Luis Vives (1492-1540) como anticipo de una “psicología moderna”, la historia de la Psicología Clínica que aquí se presenta parte de su establecimiento formal y recorre las instituciones que la han ido configurando. Únicamente se diría a propósito de los antecedentes que este establecimiento formal se inscribe dentro de la tradición de la psicología experimental ya en curso, cuya fecha oficial data de 1879 con la fundación del laboratorio de Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig. En este sentido, la tradición de la psicología experimental ha imprimido a la Psicología Clínica una orientación a la investigación que todavía perdura por no decir que le es propia. En efecto, la orientación a la investigación es una de las contribuciones bien reconocidas al psicólogo en el campo clínico (como se verá más adelante en la definición de sus funciones). Así mismo, se habría de resaltar (a este respecto de los antecedentes) la tradición que, igualmente con una historia de siglos, se ha interesado en el estudio de las dife-

rencias individuales, en cuya perspectiva no podría faltar la referencia a Huarte de San Juan (1529-1579), precisamente, el patrono de la Psicología en España. Esta psicología de las diferencias individuales cuenta en 1885 con el primer centro para la medida mental, establecido por Francis Galton y que culminaría con el laboratorio del Alfred Binet en 1895.

El establecimiento formal de la primera clínica psicológica fue en Marzo de 1896 en la Universidad de Pensilvania, por parte de Lighner Witmer. Se habría de recordar en este sentido que Sigmund Freud utilizó por primera vez en este año de 1896 el nombre de “psicoanálisis” (si bien ya tenía abierta su consulta en Viena desde 1886). Así pues, cabría proponer 1896 como el año en que oficialmente se ha establecido la Psicología Clínica.

La Clínica de Witmer (que marcaría el trabajo clínico por algún tiempo) tenía las siguientes características. Los clientes eran niños (debido a los intereses particulares de su fundador), las recomendaciones de ayuda iban precedidas por una evaluación diagnóstica, disponía de un equipo de profesionales que trabajaban en colaboración, un interés bien señalado era la prevención mediante diagnósticos y remedios tempranos, y, en fin, la atención clínica ofrecida se atenía a la psicología científica. Se fueron estableciendo nuevas clínicas. La Universidad de Pensilvania (a instancias de Witmer) ofreció en 1904-1905 cursos formales de psicología clínica. En 1907 el propio Witmer fundaría la primera revista especializada, titulada *The Psychological Clinical*. Este crecimiento de psicólogos clínicos llevó en 1917 a una escisión de la American Psychological Association (APA), creando la American Association of Clinical Psychologists. Sin embargo, en 1919 esta nueva asociación se reincorporó a la APA, como Sección clínica. Así pues, la Psicología Clínica crea sus propias instituciones (revistas, asociaciones) dentro del marco de la

Psicología académica y científica representada principalmente por la Universidad y la APA.

La Primera Guerra Mundial ha movilizó la construcción y aplicación de tests psicológicos y, también, el papel del psicólogo clínico. Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y teorizaron sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia (por ejemplo, el papel de la herencia y el medio), las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Por otro lado, los psicólogos clínicos pasaron de considerarse a sí mismos más preocupados con los problemas educativos (que con los psiquiátricos), a adoptar las funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, de entrenamiento reeducativo, y de investigación. En este sentido, se ha de decir de nuevo que la función terapéutica se centró inicialmente en la clínica infantil, conjuntando así las tareas de diagnóstico y tratamiento. En esta asimilación del tratamiento por el psicólogo clínico contribuyó también el prestigio alcanzado en el uso de los tests de personalidad tales como, por ejemplo, el Rorschach y el TAT (Thematic Apperception Test), que permitieron un lenguaje común entre el psicólogo (diagnostador) y el psiquiatra (terapeuta).

Según aumentaba su número y se ampliaban sus funciones, los psicólogos clínicos (junto con otros psicólogos aplicados) se sintieron descontentos con el apoyo recibido por sus colegas de la APA, mayormente académicos y científicos, de modo que se constituyeron en 1937 en una organización separada, la American Association of Applied Psychology, para ocho años después reintegrarse de nuevo en la APA.

La cuestión es que al final de la década de 1930 el campo de lo que sería la moderna Psicología Clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber, la evaluación, el tratamiento, la investiga-

ción, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. Para entonces los psicólogos clínicos se han extendido más allá de sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, y otros lugares, y tanto con adultos como con niños.

En la Segunda Guerra Mundial se derivaron 40.000 personas a los hospitales neuropsiquiátricos de la Veteran Administration (VA) en EE.UU., lo que supuso de nuevo un impulso a la consolidación de la Psicología Clínica. Puesto que los psicólogos clínicos existentes fueron insuficientes, la VA se adelanta a la APA y los departamentos de las Universidades en la definición y capacitación requerida para el ejercicio de la psicología clínica. Concretamente, un documento de la VA de 1946 definió la psicología clínica como una profesión que implicaba el diagnóstico, el tratamiento, y la investigación relativos a los trastornos de los adultos. Para ello el psicólogo clínico habría de poseer el grado de Doctor (PhD). Esta instigación de la VA (junto también con el Servicio de Salud Pública de EE.UU.), para que la APA y las Universidades definieran los programas de formación en psicología clínica, dio lugar en 1947 a un comité encargado de diseñar las directrices a seguir. Este comité (David Shakow's Committee on Training in Clinical Psychology) tenía encomendado recomendar el contenido de los programas, establecer los criterios de entrenamiento a tener en cuenta por las Universidades y los servicios de formación en régimen de residencia, y evaluar e informar sobre los programas en curso.

Las tres principales recomendaciones del informe Shakow para el entrenamiento clínico fueron las siguientes:

1. El psicólogo clínico sería formado antes que nada como psicólogo (y por tanto como científico) y contando con ello como profesional práctico.

2. El entrenamiento clínico sería tan riguroso como lo pueda ser la formación en áreas no clínicas de la psicología, lo que supone el establecimiento de unos criterios estándar de postgraduación.
3. El contenido de la preparación clínica se centraría en la evaluación, el tratamiento y la investigación.

Esta propuesta para la formación del psicólogo clínico, el así llamado 'modelo de Boulder' en razón del lugar de la Conferencia que en 1949 lo asumió, fue el patrón seguido en adelante. Este ha sido el modelo seguido, ciertamente, sin perjuicio de otros replanteamientos (con sus conferencias programáticas también) que conciernen sobre todo a la proporción del contenido científico y del papel investigador con que se figura al psicólogo clínico. En todo caso, este desarrollo e implantación de la Psicología Clínica como profesión tuvo su reconocimiento legal, así como también dispuso de su código ético.

2. La Psicología Clínica en España

Por su parte, la psicología española se inscribe en la misma tradición de la psicología europea y norteamericana. De todos modos, importa destacar ciertas figuras y momentos en su institucionalización.

Se habría de citar en primer lugar la figura de Francisco Giner de los Rios (1839-1915), fundador de la Institución Libre de Enseñanza, cuyo Boletín contaba con una Sección de Psicología-Antropología, y autor (junto con E. Soler y A. Calderón) en 1874 de unas *Lecciones sumarias de Psicología* (revisadas en 1877), donde se ofrece en castellano (para la enseñanza secundaria) una actualización de la psicología de la época. En esta línea de implantación académico científica se ha de situar la primera Cátedra

de Psicología Experimental, dotada por la Universidad Complutense de Madrid en su Facultad de Ciencias, y desempeñada por Luis Simarro Lacabra (1852-1921).

Con todo, la mayor actividad de la psicología se da a principios del siglo XX como Psicología Aplicada en las Oficinas e Institutos de investigación de Psicotecnia. Estas Oficinas e Institutos derivarían en el Instituto de Orientación Profesional (creado en Barcelona en 1917) con su Sección de Psicometría, a cargo de Emilio Mira y López (desde 1919), quien llegará a ser Director del Instituto desde 1927. Emilio Mira y López (1896-1964) es considerado como uno de los fundadores de la psicología aplicada en España, en particular de la psicotecnia y la psicometría, campo en el que ha merecido el reconocimiento internacional. Se ha de añadir que Mira y López ha desempeñado la primera Cátedra de Psiquiatría en España, dotada en 1933 por la Universidad de Barcelona. En Madrid se crea también el Instituto Nacional de Psicotecnia, dirigido por José Germain hasta 1939 (y de nuevo desde 1956).

En este contexto de la psicología aplicada, destaca la figura de Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), psiquiatra y neuropatólogo interesado en la psicopatología infantil y en la higiene mental. Se citarían a este respecto su libro de 1917 titulado *Los niños mentalmente anormales*, la creación del Instituto Médico-Pedagógico de Carabanchel en 1925 y, sobre todo, la fundación (junto con Sacristán y Ortega) en 1920 de la Revista Archivos de Neurobiología, originalmente titulada 'Archivos de Neurobiología, Psicología, Fisiología, Histología, Neurología y Psiquiatría', en la que figuran como 'psicólogos' en la portada del primer número Ortega, Turró, Simarro, Viqueira y Mira, aparte los fisiólogos (entre ellos Cajal, Novoa y Marañón) y los psiquiatras y neuropatólogos (el propio Lafora, Sacristán y otros).

Después de la Guerra Civil, que ha interrumpido y dispersado el curso de la psicología institucional, la citada Cátedra de Psicología Experimental (trasladada a la Facultad de Filosofía y Letras) estuvo a cargo del Padre Barbado que si bien, por un lado imprimió un repliegue escolástico, por otro, proyectó un Instituto de Psicología dentro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Este proyecto no se llevaría a cabo hasta 1948, con la creación del Departamento de Psicología Experimental dentro del CSIC, ya para entonces bajo la dirección de José Germain (1897-1986). José Germain ya había fundado en 1946 la Revista de Psicología General y Aplicada, la decana de las Revistas españolas de psicología, al transformar la creada en 1939 dentro del Instituto Nacional de Psicotecnia, titulada 'Psicotecnia'.

Este Departamento del CSIC constituiría el origen de la psicología universitaria que vendría después, de manos de Mariano Yela, José Luis Pinillos, Miguel Siguán, entre otros, que, se excusa decir, han recuperado la psicología española para la tradición de la psicología científica mundial. En torno a este Departamento se fundaría en 1952 la Sociedad Española de Psicología, con una proyección tanto científica como profesional. Esta Sociedad estuvo ya desde los primeros momentos incorporada a la Unión Internacional de Psicología Científica.

La implantación universitaria empieza con la Escuela de Psicología y Psicotecnia creada en la Universidad Complutense de Madrid en 1953 para la preparación de "psicólogos investigadores" y "psicotécnicos expertos". Esta Escuela supone la aparición de los primeros diplomados en Psicología y por tanto la presencia de titulados universitarios, que ejercerían en los diversos ámbitos aplicados. En torno a 1960 se dotan Cátedras de Psicología en diversas Universidades, se crea la Especialidad de Psicología dentro de Filosofía y Letras (1969 en la Universidad Complutense de Madrid), transformada des-

pués en Sección de Psicología, y aparece en 1978 la primera Facultad de Psicología en España, en la Universidad Complutense de Madrid, que se irían generalizando a las demás Universidades.

En la segunda mitad de la década de 1970 se entraría en una gran expansión de la psicología que se cifra en las actividades de investigación científica y aplicada como resulta de las numerosas Revistas especializadas que han ido surgiendo (entre las que se destacaría Análisis y Modificación de Conducta, fundada por Vicente Pelechano en 1974), en la explosión demográfica de alumnos interesados en estudiar psicología (de 2.400 en el curso 1969-70, a 56.000 en 1995-96, y en la organización profesional dada por la creación del Colegio Oficial de Psicólogos en 1980. Referente a esta organización profesional, se trata de un Colegio Estatal con distintas Delegaciones Territoriales (en concreto catorce). No obstante, en 1986 se constituye el Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, de modo que en la actualidad coexisten en España dos organizaciones profesionales de psicólogos, la estatal y la catalana. De los 4.500 psicólogos colegiados en 1981, se ha pasado en 1995 a 28.000, lo que sitúa al COP (incluyendo el Col.legi catalán) como segunda organización profesional mundial en cuanto al número de afiliados (después de la APA.)

Pues bien, el 30% de los psicólogos colegiados que trabajan en algún campo de la psicología, se dedican en concreto a la Psicología Clínica y de la Salud como actividad principal. Se ha de añadir que la Psicología Clínica y de la Salud figura también entre las tareas del psicólogo cuya dedicación principal es sin embargo otra área de la psicología (como por ejemplo la Psicología Educativa), lo que lleva a decir que aproximadamente la mitad de los psicólogos colegiados que trabajan en el campo de la psicología se ocupan total o parcialmente en la Psicología Clínica y de la Salud.

Para completar este breve repaso histórico, es necesario mencionar la implantación en España desde 1993 del Sistema de Formación de Psicólogo Interno Residente (PIR). De alcance regional en sus comienzos, el sistema de formación PIR dio sus primeros pasos en los años 80 en aquellas Comunidades Autónomas que, como Andalucía o Asturias, tenían una voluntad más firme de cambiar sus modelos de atención en salud mental. La primera convocatoria del PIR con ámbito estatal, en 1993, y la creación de la Comisión Promotora de la Especialidad en 1995 por parte de los Ministerios de Sanidad y de Educación pueden entenderse, en ese contexto histórico, como un refrendo y una consolidación de un modelo de formación que contaba con sistemas ya preexistentes en distintas comunidades autónomas.

3. Particularidades de la Psicología de la Salud

Aunque forma parte del mismo curso de la Psicología que se viene exponiendo, importa entresacar las vicisitudes de la Psicología de la Salud hasta su confluencia con la Psicología Clínica. Se trata propiamente de la psicología (clínica) interesada en el ámbito médico. De hecho, la Psicología de la Salud puede verse como la conjunción entre la Psicología Clínica y la Medicina. Igualmente que la Psicología Clínica y la Medicina, y por lo mismo, la Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios si se retrae a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, destacando a este respecto Georg Groddeck. En el año 1939 aparece la Revista *Psychosomatic Medicine* que,

como decía en la primera editorial, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas (aparte lo discutible que es una tal tipificación), y, lo que es peor, terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así un campo de investigación y clínico que intersecta la psicología experimental con la aplicación biomédica. Si bien su nombre e instituciones subsisten, bien puede acogerse sin embargo al ámbito más amplio de "Psicología de la Salud".

Se ha de situar también en esta perspectiva histórica el trabajo de Iván P. Pavlov relativo al condicionamiento de respuestas viscerales, con lo que ello supuso precisamente en el entendimiento de la "enfermedad psicosomática". En esta línea se ha llegado a hablar incluso de toda una 'medicina córtico-visceral' y, en particular, las 'neurosis experimentales' fueron ciertamente modelo de investigación de las influencias de condiciones psicológicas sobre el funcionamiento corporal. No se dejaría de alinear aquí la figura de Gregorio Marañón (1887-1960) con sus estudios sobre endocrinología y comportamiento y en particular su teoría experimental de las emociones. Así mismo se citaría igualmente a Novoa Santos (1885-1933), por la incorporación de nociones pavlovianas psicodinámicas a la medicina.

Por su lado, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas (hasta entonces) involuntarias mediante técnicas de biofeedback. El uso del biofeedback revolucionó el campo de las contribuciones de la psicología al ámbito médico, llegando a imponerse

desde 1973 el nombre de "Medicina Conductual" (si bien ya existía desde 1970 el nombre de 'behavioral pediatrics'). La medicina conductual vino a ser, más allá del procedimiento de biofeedback, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta al campo biomédico. Hoy día, como sucediera con la Medicina Psicosomática, la Medicina Conductual aun contando con sus instituciones propias incluyendo sus revistas, quedaría incluida en la Psicología de la Salud.

Por su parte, la Psicología Médica también se sitúa en esta perspectiva de la Psicología de la Salud. En general, la psicología médica se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Más concretamente, es la enseñanza de la psicología que se imparte en la carrera de Medicina, incluyendo entonces toda una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica.

La cuestión es que todas estas líneas históricas (Medicina Psicosomática, Medicina Conductual, Psicología Médica) confluyen en el campo denominado genéricamente Psicología de la Salud, que se ha constituido en 1978 en un Área con su propia división (la División 38) dentro de la APA, contando desde 1982 con su propia Revista, Health Psychology. Es de señalar que la primera Revista de Psicología de la Salud europea se ha fundado en España en 1989, en torno al profesor Jesús Rodríguez Marín, donde se sigue editando, por lo demás, con gran proyección internacional. En este mismo año aparece también Clínica y Salud, promovida por la Delegación de Madrid del COP. En fin, la Psicología de la Salud es una disciplina que como tal figura en la mayoría de los Planes de Estudio de las Facultades de Psicología de España. La Psicología Clínica y la Psicología de la Salud se avienen en su complementariedad a la formación del 'Psicólogo Clínico y de la Salud' en el sentido que se verá en este Documento.

4. Referencia a algunos hitos que jalonan la historia de la Psicología Clínica y de la Salud

1879

Wilhelm Wundt funda el primer laboratorio formal de psicología en la Universidad de Leipzig.

1885

Sir Francis Galton funda el primer centro de medida psicológica en el South Kensington Museum de Londres.

1886

Sigmund Freud abre su consulta en Viena.

1890

James McKeen acuña el término 'mental test.'

1890

William James publica Principios de psicología.

1892

Fundación de la American Psychological Association (APA)

1895

Josef Breuer y Sigmund Freud publican Estudios sobre la histeria.

1895

Alfred Binet funda el primer laboratorio de psicodiagnóstico.

1896

Lightner Witmer funda la primera Clínica de psicología, en la Universidad de Pennsylvania.

1896

Sigmund Freud utiliza por primera vez el nombre de 'Psicoanálisis'.

1902

Primera Cátedra de Psicología (de Psicología Experimental) en una Universidad española.

1905

Se publica la Escala de inteligencia Binet-Simon.

1904

I. P. Pavlov recibe el Premio Nobel por su trabajo sobre la fisiología de la digestión.

1905

Sigmund Freud publica Tres ensayos sobre teoría sexual.

1907

Lightner Witmer funda la primera revista de psicología clínica, Psychological Clinic.

1908

Primer internado de psicología clínica ofrecido por la Vineland Training School.

1909

Conferencias de Freud en Estados Unidos de América (Clark University).

1913

John E. Watson publica Psychology as a behaviorist views it.

1915

Ortega y Gasset plantea sus Investigaciones psicológicas.

1916

Se publica el test de inteligencia Stanford-Binet de Terman.

1917

Separación de la APA de la American Association of Clinical Psychology (AACP).

1918

Se acuña el término 'Medicina Psicosomática'.

1919

La AACP se reintegra a la APA.

1919

Publicación de los trabajos de Watson y Rayner sobre el aprendizaje de los miedos infantiles.

1920

Fundación de la Revista Archivos de Neurobiología.

1921

Primeros trabajos de Melanie Klein sobre Psicoanálisis infantil

1924

Mary Cover Jones emplea los principios del aprendizaje para el tratamiento de miedos infantiles.

1931

La Sección Clínica de la APA nombra un Comité para la fijación de los criterios de formación clínica.

1935

Se publica el Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).

1936

C. M. Louttit publica el primer texto de psicología clínica, *Clinical Psychology*.

1937

La Sección Clínica de la APA se independiza como *American Association for Applied Psychology (AAAP)*.

1938

Publicación de la primera edición del *Mental Measurement Yearbook* de Euros.

1939

Se publica el test de inteligencia Wechsler-Bellevue

1939

Fundación de la Revista *Psychosomatic Medicine*.

1942

Carl Rogers publica *Counseling and Psychotherapy*

1943

Se publica el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*.

1945

La AAAP se reintegra a la APA.

1946

La Organización Mundial de la Salud define la salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social'.

1946

La *Veterans Administration* y el *National Institute of Mental Health* (de EEUU) promueven el sistema de formación en Psicología Clínica.

1946

Fundación de la Revista de Psicología General y Aplicada.

1948

Creación del Departamento de Psicología Experimental dentro del CSIC

1949

Conferencia de Boulder (en Colorado) sobre las directrices de la formación en Psicología Clínica.

1950

F. Alexander publica *Psychosomatic Medicine*.

1952

Publicación de Hans Eysenck sobre la eficacia de la psicoterapia.

1952

Publicación del DSM-I por la *American Psychiatric Association*.

1952

Fundación de la Sociedad Española de Psicología.

1953

Publicación de *Ciencia y conducta humana* de B. F. Skinner.

1953

Uso por primera vez en un informe técnico de la denominación 'terapia de conducta' (E. F. Skinner y colegas).

1953

Publicación del código ético para psicólogos por parte de la APA.

1953

Creación de la Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad Complutense de Madrid.

1967

A. T. Beck publica un modelo psicológico de la depresión.

1968

Publicación del DSM-II.

1969

Inicio de los estudios de Psicología en la Universidad española (Sección de Psicología).

1973

Aparece un texto con el título Biofeedback: Behavioral Medicine.

1974

Fundación de la Revista Análisis y Modificación de Conducta.

1975

José Luis Pinillos publica el texto Principios de Psicología.

1978

Se crea la División 38 de la APA dedicada a la 'Health Psychology'.

1978

Se crea la Primera Facultad de Psicología en la Universidad española.

1980

Fundación del Colegio Oficial de Psicólogos.

1980

Publicación del DSM-III.

1981

La APA revisa sus Principios éticos de los psicólogos.

1984

Primeros pasos del programa PIR autonómico en Asturias

1987

Primeras incorporaciones masivas de psicólogos al sistema sanitario público en Andalucía

1988

Formación de la American Psychological Society.

1988

Fundación de la Revista Psicothema patrocinada por la Delegación Norte del COP.

1989

Fundación de la Revista de Psicología de la Salud / Journal of Health Psychology.

1989

Fundación de la Revista Clínica y Salud editada por la Delegación de Madrid del COP.

1993

Establecimiento en España del sistema de Psicólogo Interno Residente como sistema de formación.

1993

Fundación de la Revista Psicología Conductual, patrocinada por la Asociación Española de Psicología Conductual.

1994

Publicación del DSM-IV.

1995

Creación de la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica

Definición

1. Definición de la Psicología Clínica y de la Salud

La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

2. Definición del Psicólogo Clínico y de la Salud

Consecuentemente con la definición propuesta de Psicología Clínica y de la Salud, definimos el Psicólogo Clínico y de la Salud como el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

3. Características a destacar de las definiciones

En las definiciones propuestas, cabe llamar la atención o destacar las siguientes características. Ante todo, conviene resaltar que la Psicología Clínica y de la Salud constituye un campo de especialización de la

Psicología, aparentemente el más relevante si se toma en consideración el número de psicólogos que realizan sus funciones en este campo, mayor que el de cualquier otro ámbito aplicado de los actualmente existentes. La consideración de disciplina especializada de la Psicología conlleva, por su parte, la inseparable característica de que los expertos que la practican han de ser necesariamente Psicólogos con una formación complementaria especializada en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud, de acuerdo con el ordenamiento legal que actualmente esté vigente en nuestro país.

El nuevo ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud integra, por su parte, dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. Todo ello, de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social.

En cuanto a los principios, los conocimientos, las técnicas y los instrumentos que la Psicología Clínica y de la Salud aplica, en la definición se especifica que estos han de ser científicos, indicando con ello que aunque ésta constituye más una disciplina aplicada que una ciencia básica, los conocimientos en que se fundamenta han sido derivados científicamente, al igual que la totalidad de los conocimientos que constituyen la actual Psicología, definida como la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas manifestaciones en que éste pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas y psicofisiológicas en general) y a la aplicación práctica y positiva de este conocimiento en los distintos ámbitos o

contextos en que los sujetos humanos pueden desenvolverse.

Respecto a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de la Psicología Clínica y de la Salud, éstos son, en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS, 1.992) o del DSM-IV (APA, 1.994). Además de los comportamientos anómalos o alterados, la Psicología Clínica y de la Salud estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo.

En este mismo sentido, conviene llamar la atención sobre el hecho de que la Psicología Clínica y de la Salud no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud desarrolladas igualmente por la Psicología Clínica y de la Salud.

Entre las múltiples funciones que incluye o desempeña la Psicología y los Psicólogos Clínicos y de la Salud, destacan, como se recoge en la definición, las siguientes: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir. Estas funciones incluyen, en general, la práctica totalidad de la actividad normalmente desempeñada por el psicólogo

que trabaja en este ámbito, con la excepción, quizás, de la deseable actividad investigadora que los psicólogos clínicos y de la salud también deberían realizar en sus respectivos ámbitos aplicados. Estas funciones serán descritas posteriormente con una mayor amplitud en este documento.

En la definición se menciona, por último, que la actividad desempeñada por la Psicología o por el Psicólogo Clínico y de la Salud puede ejercerse o aplicarse en muy distintos y variados contextos, en concordancia con la complejidad y variedad del comportamiento y de la actividad humana y no sólo en el ámbito restringido del Centro Clínico, del Servicio de Salud Mental o del Hospital en general, aunque estos continúen siendo los principales ámbitos de aplicación de la misma.

Funciones

Las funciones del Psicólogo Clínico y de la Salud son variadas. No obstante, tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren determinadas especificaciones.

1. Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

2. Diagnóstico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cogniti-

vo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- Diagnóstico, si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

3. Tratamiento e Intervención

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden

ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución).

La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el cliente) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico y de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como Tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una comunidad para

aumentar su participación en programas de prevención, etc.

La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que pueden ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes (por ejemplo, programas de preparación para la cirugía, programas para procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias, endoscopia, arteriografía, etc.).

4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo clínico y de la salud proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el del cuidado general de estos pacientes de forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo diseña en colaboración y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría clínica proporcionado a otros psicólogos que lo requieran. Consiste en recibir asesoramiento de un experto sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo clínico. Igualmente, se incluirá la supervisión clínica, donde el experto evalúa la competencia profesional del psicólogo clínico (pudiendo emitir una certificación a petición del interesado).

La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la

responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, de modo que a su vez el consultor trate con él directamente o bien proporcione consejo a terceros, o puede estar orientado a la organización o programa (como sea, por ejemplo, la evaluación de programas en curso). La función desempeñada se puede resolver como consejo (acerca de casos, organizaciones o programas), servicio directo (evaluación, psicodiagnóstico, tratamiento, intervención en cambios organizacionales, arbitraje de experto), o enseñanza (formación en tareas específicas, entrenamiento de personal, orientación en el uso de instrumentación psicológica) y otras formas. En cuanto al lugar de la responsabilidad, se refiere a si la responsabilidad por las consecuencias debidas a la solución ofrecida al problema de una organización recae en el clínico consultado o permanece, como es más frecuente en la propia organización consultante.

5. Prevención y Promoción de la Salud

Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad diana para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de

la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.

- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

6. Investigación

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico y de la salud incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene impor-

tancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

7. Enseñanza y Supervisión

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

La supervisión de un practicum es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo clínico y de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo

caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas.

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio cliente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana.

8. Dirección, Administración y Gestión

Este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo.

Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esa función se le podría denominar función de coordinación (que actualmente se cubre en cierto modo desde el “Servicio de Atención al Usuario”). Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencial, aunque puede coincidir con ella. Por otro lado, la función de coordinación puede extenderse a la coordinación con las acciones de asistencia especializada hospitalaria y extra hospitalaria y a las acciones de la asistencia no especializada en la Atención Primaria extra hospitalaria. Se trata, en suma, de poner en práctica el concepto de salud bio-psico-social y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente. En el caso de ciertas patologías, como las oncoló-

gicas, la coordinación puede proseguir hasta la muerte del paciente terminal, dentro del medio hospitalario (si existe un programa para ello).

De cualquier modo, la buena coordinación intra e inter equipos repercutirá con seguridad en un mayor nivel de calidad de la asistencia.

Por otro lado, el cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En consecuencia, el psicólogo clínico y de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En el cumplimiento de esta función, el psicólogo puede desempeñar puestos como director de un hospital de Salud Mental, Jefe de Servicio de un Hospital o Centro de Salud, Director de un Departamento Universitario, Director de un Programa de Formación de Postgrado (Doctorado, Master), Director de un Servicio Clínico Universitario, Director General de Servicios o programas sectoriales de Psicología Clínica y de la Salud, Presidente de alguna sección profesional o científica, responsable de un proyecto de investigación, y otros, incluyendo la gestión de su propia actividad profesional.

Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

La idea general es hacer una lista, por un lado suficientemente exhaustiva de las técnicas e instrumentos como para poder abarcar la labor actual del psicólogo clínico y de la salud, y por otro lo suficientemente agrupada por áreas de técnicas o instrumentos como para que aclare las directrices generales de acción, permitiéndose de esta forma la contemplación o inclusión de otras técnicas e instrumentos no necesariamente incluidos de forma explícita.

Para conseguir este fin, se han elaborado diversas clasificaciones que estructuran el campo desde diferentes ópticas o perspectivas, pero que no pueden considerarse mutuamente excluyentes. Se pretende con este enfoque reflejar, con la mayor fidelidad posible, la riqueza y variedad de las técnicas psicológicas en psicología clínica.

Todas las técnicas, procedimientos e instrumentos que se incluyen en los apartados siguientes se consideran básicamente específicas del psicólogo clínico y de la salud, tanto por su origen como por la adecuación de la formación de este especialista a su correcta utilización. Por dicha razón, debe ser un psicólogo clínico y de la salud quien indique, diseñe o supervise dichas técnicas y procedimientos, o quien utilice los instrumentos que se enumeran.

1. Momentos de Intervención

Los procedimientos, las técnicas y los instrumentos que utiliza el psicólogo tienen un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la inter-

vención. La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación:

Prevención primaria

Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

Prevención secundaria

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

Tratamiento

Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados (en esto se diferencia de la prevención secundaria).

Prevención terciaria

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los tras-

tornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

2. Niveles de Intervención

La intervención psicológica, en el campo clínico, ha sido tradicionalmente vinculada con la psicoterapia individual. Sin negar que este es el modelo de mayor implantación, no cabe duda de que existen otros niveles, que gozan de gran tradición y aceptación entre los clínicos. Una clasificación de los distintos niveles podría ser la siguiente:

- Individual.
- Grupal.
- Familiar.
- Comunitario.
- Institucional.

3. Técnicas de Evaluación y Diagnóstico

Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están íntimamente asociados a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. Aunque no puede considerarse que todos las técnicas de evaluación que se enumeran más abajo sean exclusivas del psicólogo clínico y de la salud (p.ej.: las entrevistas), su adecuada utilización para fines clínicos debe apoyarse en una formación psicológica y psicopatológica del mismo nivel de la que reciben los especialistas en Psicología Clínica. A continuación se

ofrece un listado de dichas técnicas, recogiendo las más importantes:

- Entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por entrevistas con distintos grados de estructuración).
- Observación conductual.
- Técnicas y procedimientos de autoobservación y autoregistro.
- Tests.
- Autoinformes: Escalas, inventarios y cuestionarios.
- Registros psicofisiológicos.
- Juego de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas.
- Encuestas.

4. Apoyo en Informes de Otros Profesionales

Con el fin de obtener información adicional para la elaboración de conclusiones diagnósticas o de evaluación, los psicólogos clínicos y de la salud pueden recabar la opinión de otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Algunos de los informes más corrientemente utilizados son:

- Informes neurológicos.
- Informes de trabajadores sociales.
- Informes de pruebas bioquímicas.
- Informes pedagógicos.
- Informes médicos en general.
- Informes sociológicos.

5. Técnicas y Procedimientos de Intervención

Los psicólogos clínicos y de la salud utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. En este apartado se recogen aquellas técnicas y los procedimientos que más frecuentemente se usan en el ámbito clínico, agrupados en los grandes epígrafes teóricos que los sustentan. No se ha intentado, en ningún caso, la pormenorización exhaustiva y el agotamiento en la descripción de todas las formas de intervención, ya que nuestro propósito se circunscribe a marcar las grandes líneas por las que discurre la actividad terapéutica en la psicología clínica y de la salud. Así por ejemplo, las técnicas de sugestión y la hipnosis no se recogen en un apartado específico ya que pueden ser utilizadas por distintas corrientes u orientaciones teóricas. Por otra parte, no en todos los casos se ha descendido al mismo nivel descriptivo, en orden a no alargar excesiva e innecesariamente la exposición.

Las principales técnicas y procedimientos son:

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aver-

sivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).

- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)
- Técnicas de relajación.

Técnicas de Terapia cognitivo-conductual

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras).

Técnicas Psicoanalíticas

Las principales técnicas psicoanalíticas basadas o inspiradas en el Psicoanálisis son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contratrtransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.

- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales

- Técnicas de Psicoterapia guesáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.

6. Instrumentos

La actividad profesional de los psicólogos clínicos y de la salud está asociada a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico. Este entrenamiento se adquiere mediante la fusión de los conocimientos básicos de la psicología junto con los que se adquieren en el curso del aprendizaje de la especialidad. En algunos casos, será necesario un entrenamiento específico extraordinario. En todo caso, los conocimientos básicos de la psicología se consideran imprescindibles para el uso adecuada de dichas herramientas. A continuación se detallan los instrumentos materiales que con más frecuencia se utilizan en la práctica profesional de los psicólogos clínicos y de la salud.

- Tests.
- Escalas.
- Cuestionarios.
- Inventarios.
- Encuestas.
- Guías y protocolos de entrevistas.
- Instrumentos de autoregistro.
- Sistemas de registro en observación directa.
- Aparatos de Biofeedback o retroalimentación.
- Aparatos para registro de señales psicofisiológicas.
- Sistemas de presentación de estímulos.
- Sistemas informáticos para la evaluación y la intervención psicológica.

Ámbitos de Actuación

1. Lugares de Intervención

La Psicología Clínica y de la Salud ha tenido su tradicional ámbito de aplicación en nuestro país en los gabinetes privados. El deficiente desarrollo de nuestra red pública sanitaria y el genuino interés de ejercer su profesión por parte de las sucesivas generaciones de psicólogos han propiciado, durante muchos años, la creación y mantenimiento de centros privados especializados en Psicología Clínica y de la Salud. En la actualidad, el sector privado de la Psicología Clínica y de la Salud tiene un gran dinamismo y diversidad, pudiéndose encontrar entre sus filas desde los gabinetes unipersonales hasta centros más o menos complejos con amplios equipos multiprofesionales.

En el ámbito público, ha habido desde hace unos 25 años una progresiva incorporación de psicólogos clínicos y de la salud, que con la Ley General de Sanidad (14/86 del 25 de Abril), han afianzado y reforzado su papel dentro de la Sanidad Pública y de la atención sanitaria. Su función es, en todos los casos, la de un facultativo especialista que trabaja dentro de un equipo multidisciplinar, aunque por desgracia, en algunos casos, sin reconocimiento de tal nivel laboral.

En lo que se refiere a los lugares específicos de intervención, hay distintos dispositivos en los que el psicólogo clínico y de la salud desarrolla (o podría desarrollar) sus funciones adecuándolas a la especificidad derivada de los objetivos de estos. Entre ellos vamos a nombrar los siguientes:

- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria.
- Equipos de salud mental.

- Unidades de salud mental del hospital general.
- Unidades de Psicología del hospital general.
- Unidades de Neuropsicología del hospital general.
- Unidades de rehabilitación hospitalarias o comunitarias.
- Hospitales de día.
- Hospitales psiquiátricos.
- Unidades u hospitales geriátricos.
- Hospitales Materno-infantiles.
- Unidades o centros de atención psicológica infantil.
- Unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos.
- Centros de voluntariado o Centros de Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral.
- Otros dispositivos (Centros educativos, Equipos de psicología clínica en el ejército, etc.).

Las distintas intervenciones que se realicen en estos sitios podrán ir dirigidas al individuo, familia, ambiente, equipo sanitario o a toda la Institución.

2. Áreas en las que se trabaja

En este apartado se trata de listar someramente algunas de los objetivos específicos de intervención del psicólogo clínico y de la salud en los distintos lugares donde ejerce su función. No se pretende, como en

la mayoría del documento, la exhaustividad, sino presentar el guión de las áreas de problemas a las que frecuentemente se encuentra más ligado el quehacer laboral de la Psicología Clínica y de la Salud.

En su faceta de psicólogo clínico el área de dedicación prioritaria es la de Salud Mental. Es en esa área donde el psicólogo clínico y de la salud lleva más tiempo trabajando. Según las demandas hechas en este área, en la población española habría una prevalencia del 10-20 % al año.

El tipo de intervención que se realice dependerá de la población en la que tengamos que intervenir (infantil, adultos, ancianos) así como del carácter de la intervención (preventiva, tratamiento y rehabilitación).

Los estudios de carácter preventivo en sujetos con un desarrollo evolutivo normal, ayudan a localizar los acontecimientos vitales y las crisis evolutivas, que unidos a los recursos del individuo y del ambiente incrementan su probabilidad de padecer un gran número de trastornos o patologías. Las áreas que se evalúan prioritariamente son las que hacen referencia a la influencia del comportamiento, la psicología o los factores ambientales en la salud mental del anciano, de la mujer, de los niños y adolescentes.

En lo que se refiere al tratamiento, los psicólogos clínicos y de la salud evalúan, diagnostican y tratan, solos o en equipo con otros profesionales de la salud mental, los trastornos y patologías que se enmarcan en los siguientes epígrafes:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.

- Trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos facticios.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.

La lista anterior no agota toda la posible gama de problemas frente a las que el psicólogo clínico puede dirigir su atención terapéutica, pero, sin embargo, incluye los epígrafes más significativos.

La rehabilitación de los enfermos con trastornos mentales debe ser uno de los ejes más significativos de toda política sanitaria responsable en este campo. Actualmente los psicólogos clínicos y de la salud asumen todo tipo de tareas en este ámbito, incluyendo el diseño, dirección y aplicación de procedimientos rehabilitadores para todo tipo de trastornos crónicos en los que exista o haya existido un trastorno mental. La orientación de la actuación rehabilitadora es, normalmente, de índole comunitaria, pero también puede centrarse en el ámbito hospitalario o de consulta ambulatoria. El tipo de trastornos susceptibles de recibir

atención rehabilitadora por parte de los psicólogos clínicos y de la salud, que trabajan en Salud Mental, es muy amplia y abarca básicamente la misma gama de epígrafes que antes se enumeraron para el tratamiento.

La segunda área en la que el psicólogo clínico y de la salud trabaja, pero subrayando su faceta de Psicólogo de la Salud, es el ámbito de la problemática psicológica asociada a la enfermedad y salud físicas. A ese respecto el área de trabajo de la Psicología Clínica y de la Salud tiene que ver con problemas derivados de la promoción y mantenimiento de la Salud y con la prevención de la enfermedad (así, por ejemplo, el psicólogo de la salud participa activamente en el diseño, ejecución y evaluación de las campañas preventivas de las enfermedades cardiovasculares).

El psicólogo de la salud se ocupa oficialmente de todos los problemas psicológicos ligados al proceso de la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación/cronificación y rehabilitación). Así, la Psicología de la Salud puede ocuparse del impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, o del impacto psicosocial de la hospitalización, o de la preparación psicológica para la cirugía a fin de facilitar la recuperación post-quirúrgica, de la calidad de vida ligada a tratamientos con efectos secundarios muy agresivos. Naturalmente, el psicólogo de la salud también se ocupa de resolver los problemas que pueden plantearse en la relación médico-paciente: comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones. Finalmente, se ocupa de los problemas que el propio profesional sanitario padece derivados del ejercicio de su trabajo.

Algunas de las temáticas de este campo de intervención en Psicología de la Salud se exponen a continuación, sin ningún ánimo exhaustivo:

- Problemas de adherencia al tratamiento.
- Problemas asociados a la asunción del rol de enfermo.
- Trastornos emocionales derivados de la enfermedad.
- Problemas vinculados con el apoyo familiar.
- Problemas psicológicos asociados a los cambios permanentes producidos por la enfermedad o lesión y de adaptación al medio.

Además de las áreas de tratamiento, prevención y rehabilitación, los psicólogos clínicos y de la salud asumen, dentro del campo de la asistencia sanitaria, papeles relevantes en el campo de la investigación, la docencia y la dirección de centros o unidades, de acuerdo con su formación específica y habilidades. Así, los psicólogos clínicos y de la salud pueden desempeñar:

- La dirección de unidades o centros asistenciales.
- La dirección y/o participación en trabajos de investigación.
- La docencia en todo aquello referente a la Psicología Clínica y de la Salud.

3. Autonomía Profesional y Relaciones con Otros Profesionales

Cualquier actividad que se consolida como profesión, lo hace porque cumple requisitos de utilidad social elementales:

1. Ofrecer soluciones en un campo de intervención determinado.
2. Poseer un bagaje científico- tecnológico, que acredite una calidad y rigor de la intervención.
3. Que cubra demandas sociales.

Si traducimos con rigor el desarrollo de estas tres cuestiones desarrolladas en páginas anteriores de este documento, se cumplen los requisitos para reclamar como campo de actuación del Psicólogo Clínico y de la Salud cualquier ámbito de actuación relacionado con la salud desde la intervención bio-psico-social, manifestada por la O.M.S.

Esta concepción de salud nos orienta a desterrar prejuicios sociales que encasillan al Psicólogo Clínico y de la Salud, en el mundo de "lo mental" y que en definitiva perjudican al usuario porque le ofrecen un modelo de salud dividido y dicotómico, que no relacionan lo mental con lo físico, separando para estudio e intervención lo que en realidad es indivisible.

Es claro que romper ese dualismo inoperante supone un reto para cualquier profesional de la salud, ya que como se puede observar en este documento existen intervenciones directas del Psicólogo Clínico y de la Salud sobre problemas Biomédicos: dolor, cardiovasculares, hipertensión, SIDA, etc.

Cada vez es más patente la íntima relación que existe entre el comportamiento de las personas y su estado de la salud. Es ahí, en el análisis y cambio de las interacciones persona-ambiente, donde se sitúa el campo de intervención del Psicólogo Clínico, como intervención dirigida a la mejora y cuidado de la salud en todos los niveles de intervención buscando el equilibrio bio-psico-social de la persona utilizando el análisis pertinente en cada caso y ayudándose de otras intervenciones complementarias cuando lo estime oportuno.

Es notorio por otra parte refiriéndonos a la competencia profesional del Psicólogo Clínico y de la Salud, que puede aportar elementos valiosos para la mejora de la salud de los ciudadanos en estrecha colaboración con otros profesionales. Notable es el número de profesionales que trabajan en el Sistema público de Salud en sus distintos niveles, local, autonómico y central y la instauración del sistema P.I.R. es una buena muestra. Muy importante también es la presencia del sector privado con niveles de calidad y variedad de productos en constante crecimiento.

Todas estas realidades nos sitúan en la gran demanda social actual de la profesión, razón prioritaria por la cual este documento adquiere sentido y significado.

Refiriéndonos a las relaciones con otros profesionales de la Salud, consideramos la perspectiva de la cooperación permanente en el marco de equipos interdisciplinarios, donde cada profesional aporta su perspectiva para dar atención de Salud completa, donde se contemple a la persona de forma global sin parcelaciones que todos los profesionales critican, lo que no es un deseo, sino algo que se viene desarrollando de hecho en equipos de Centros de Promoción de la Salud, Centros Integrados de Salud, etc., existiendo profesionales de la Psicología coordinando y dirigiendo estos equipos. De

este modo el papel del Psicólogo Clínico y de la Salud, será más protagonista, en la medida que se aborden aspectos del continuo Salud-Enfermedad, que tienen que ver con la interacción de la persona con ella misma, el mundo y los demás.

Como ejemplo puede decirse que su campo de actuación tendrá más frecuencia en atención primaria, tareas de prevención y promoción de la salud y tratamiento de problemas del comportamiento, que en una planta de cirugía, pero no debe excluirse la posibilidad de que pueda y en ocasiones deba actuar en este ámbito.

Asimismo, el Psicólogo Clínico y de la Salud deberá conocer y actualizar permanentemente sus conocimientos sobre Sociología de la Salud, Epidemiología de los Trastornos del Comportamiento, Antropología, etc., como apoyo necesario a su quehacer.

En definitiva se trata de completar y rellenar vacíos en la asistencia integral a la salud que demandan los ciudadanos.

Formación

La formación del psicólogo clínico es el elemento fundamental que garantiza su competencia profesional. Dicha formación es el punto de partida de la actividad profesional del psicólogo y ha de permanecer abierta, en continua actualización.

La formación ha de ser tanto teórica como práctica y utilizar la metodología apropiada de acuerdo con los objetivos concretos a cubrir.

En nuestro país dicha formación se organiza en tres bloques fundamentales: el primero se refiere a la formación básica que el licenciado en psicología obtiene durante su preparación universitaria; el segundo bloque es la formación especializada en Psicología Clínica y de la Salud; y el último bloque es la formación continua que el psicólogo clínico y de la salud necesita para estar al día de todos los avances científicos en este ámbito y mejorar su práctica profesional.

1. Formación Básica

La formación básica del psicólogo clínico y de la salud, viene determinada por su formación universitaria de segundo ciclo, que le capacita para la obtención del título de Licenciado en Psicología.

Al finalizar esta formación básica el licenciado en psicología ha de estar familiarizado de una forma amplia y general en las técnicas y campos de aplicación de la Psicología Clínica y de la Salud.

En este sentido debe conocer la diversidad de instrumentos y fuentes de evaluación y diagnóstico, las distintas técnicas terapéuticas, y las diversas áreas de aplicación: individuales, grupales y comunitarias.

2. La Formación Especializada en Psicología Clínica

Para el acceso a la titulación de especialista en Psicología Clínica y de la Salud siempre se partirá de la titulación de Licenciado en Psicología, o sus precedentes en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección de Psicología y Filosofía y Letras, Sección Psicología. Como hemos mencionado anteriormente, desde el ámbito universitario se proporcionará aquellos conocimientos teóricos y habilidades técnicas y metodológicas necesarias para iniciar la formación especializada en Psicología Clínica.

Los programas de formación especializada, deberán basarse en la realidad asistencial actual, así como en los avances científicos y técnicos aportados en la investigación básica y aplicada en Psicología Clínica y de la Salud.

Características de la Formación

La formación deberá tener una serie de características mínimas que debe cumplir en todos los centros acreditados del territorio nacional. Estas son las siguientes:

- La duración del programa será de, al menos, tres años.
- Constará de una formación práctica realizada a través de rotaciones por los distintos dispositivos o centros acreditados que permitan un contacto con las distintas psicopatologías y tratamientos.
- Una formación teórica que complemente la formación práctica.
- A lo largo de las rotaciones el psicólogo en formación contará con el apoyo de un tutor que asesorará y/o supervisará las actividades del psicólogo en formación.

- El tutor siempre será licenciado en psicología, con al menos cuatro años de experiencia clínica, y realizará su práctica profesional en cualquiera de los centros acreditados como psicólogo clínico.
- El trabajo del tutor-psicólogo será apoyado, pero no sustituido, por la figura de un supervisor en cada servicio donde efectúe la rotación. Ambas figuras, las del tutor-psicólogo y la de los supervisores de rotación, han de estar en permanente contacto que permita el cumplimiento de los objetivos de rotación.

Circuito de Rotación

La rotación por los distintos centros acreditados es el eje de la formación especializada, aportando la característica fundamental del programa que es la adquisición de la formación a través de la práctica profesional.

El circuito de rotación se diseñará en función de las necesidades de formación del psicólogo y debe constar como mínimo de los siguientes dispositivos:

- Centro de atención de trastornos psicopatológicos o psicosomáticos de carácter ambulatorio y comunitario
- Unidades de internamiento hospitalario de corta y larga estancia
- Dispositivos o Unidades de Rehabilitación, específicamente configurados como tales.
- Otros dispositivos sanitarios específicos donde el psicólogo pueda llevar a cabo su formación.

Objetivos del Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica

Para el cumplimiento de las funciones contempladas en este documento, el programa de formación especializada en Psicología Clínica y de la Salud deberá conseguir:

- Capacitar a los psicólogos clínicos y de la salud para el desempeño de una atención integral y continuada desde una perspectiva de salud integral, cubriendo los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, tal y como se ha explicado en páginas precedentes de este documento.
- Capacitar a los psicólogos clínicos y de la salud para el desempeño de las tareas de evaluación, intervención y tratamiento psicológicos.
- Capacitar a los psicólogos clínicos y de la salud para el ejercicio interdisciplinario que requiere una concepción multidimensional del sujeto y de la salud.
- Capacitar a los psicólogos clínicos y de la salud para el desempeño de tareas de investigación y docencia.

Contenidos

La formación especializada cubrirá todos aquellos aspectos específicos y monográficos en el campo de la actividad de la Psicología Clínica y de la Salud. Estos pueden abarcar desde técnicas específicas de evaluación y diagnóstico, tratamientos y áreas específicas de aplicación, hasta aspectos legales, jurídicos y normativos vinculados al campo sanitario.

Evaluación de los Resultados de la Formación Especializada en Psicología Clínica

El psicólogo será evaluado a lo largo de su formación especializada a través de:

- Una memoria anual de las actividades formativas, clínicas e investigadoras en las que haya participado.
- Una investigación relacionada con su formación teórico-práctica y asistencial. Dicha investigación será realizada a lo largo de su formación.

El tutor emitirá un informe anual sobre los tutorizados que incluirá:

- Grado de cumplimiento del Programa de Formación en cuanto a los objetivos y las actividades desarrolladas (memorias, investigación, etc.).
- Cumplimiento de los objetivos específicos previstos en el Programa Docente, tanto desde el punto de vista de conocimientos y habilidades adquiridas como de aptitudes clínicas.

3. La Formación Continuada

Es de suma importancia habilitar los mecanismos necesarios para la revisión, mantenimiento, actualización y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, que permitan mejorar y potenciar la práctica profesional en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud. Este objetivo se puede obtener a través de programas de formación continuada específicos.

Los programas de formación continuada podrán estar formados por las siguientes actividades:

- Asistencia a cursos de actualización que

supongan una puesta al día sobre aspectos relativos a la actividad profesional.

- Actualización bibliográfica sobre los temas profesionales, utilizando los medios de documentación de uso público y privado.
- Utilización de las reuniones profesionales y científicas para intercambiar conocimientos sobre intervenciones concretas realizadas.
- Consulta a otros profesionales expertos cuando se intervenga sobre casos o problemas en los que el psicólogo se vea necesitado de un apoyo o asesoramiento.

Acreditación

1. Fundamento de la Acreditación

Hay dos pilares básicos sobre los que fundar la necesidad de la acreditación de cara al ejercicio de la profesión del psicólogo clínico y de la salud.

El primer pilar reside en el hecho de que la adecuada formación del psicólogo clínico y de la salud requiere la adquisición de los conocimientos complementarios de carácter práctico que la formación estándar de la carrera universitaria, en general, no ofrece.

El segundo pilar básico reside en la responsabilidad moral que las instituciones, que forman a los psicólogos, tienen a la hora de garantizar el uso correcto de los instrumentos dispensados en manos de personas en formación. En el ámbito de la intervención con seres humanos parece inexcusable alguna modalidad de supervisión no sólo de las habilidades y competencias profesionales sino también de la adecuación personal del psicólogo a las tareas para las que se le forma, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos éticos y deontológicos.

Estos dos pilares configuran los elementos esenciales de la necesidad de la acreditación. Esta se entiende como la garantía tanto para los psicólogos como para la sociedad de que la formación que se adquiere se adecua a los patrones científico-profesionales más exigentes, así como de una utilización de las técnicas, instrumentos y procedimientos responsable, principalmente en sus aspectos éticos y deontológicos.

2. Niveles de Formación y Órganos de Acreditación

La formación del psicólogo clínico y de la salud se concibe como un proceso continuo, en el que existen, al menos, dos etapas bien marcadas. La primera, denominada de formación básica, concluye con la obtención del título de licenciado en psicología. La segunda, llamada de formación especializada, tiene como conclusión la obtención del título de especialista. Sobre las características de ambas etapas ya se ha hablado en otro capítulo de este documento. La formación continuada, sin embargo, no se ciñe a ninguna secuencia temporal. Su función consiste en actualizar y mejorar los conocimientos y habilidades en campos temáticos específicos, previamente adquiridos tanto en la formación básica como especializada. Cada nivel de formación presenta sus peculiaridades propias. El nivel de formación básica está impartido por la Universidad, y es una competencia específica y exclusiva de la misma. El título es aportado por el Ministerio de Educación y Ciencia, que es quien, en última instancia, acredita a la Universidad para impartir esa docencia.

El nivel de formación especializada se enmarca, en nuestro país, dentro del modelo de formación PIR. Según este modelo, quienes forman a los especialistas son los Centros públicos y privados acreditados conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y el de Educación y Ciencia para esa finalidad. Estas Unidades docentes desarrollan un programa de formación previamente aprobado por una Comisión Nacional de la Especialidad. El proceso de aprendizaje del psicólogo concluye, en su momento, con la obtención del título de especialista, que otorga el Ministerio de Educación y Ciencia, que es, en última instancia quién acredita al psicólogo que ha seguido esa vía de especialización.

La formación continuada no tiene ninguna estructura orgánica de control y acreditación. Los centros públicos y privados diseñan sus actividades formativas sin atenerse a ningún criterio establecido universalmente en nuestro país, que garantice su solvencia y adecuación a los patrones científico-profesionales más rigurosos. Es aquí donde se percibe la necesidad de la creación de un órgano colegial, que con la máxima participación de todos los ámbitos profesionales, ejerza las funciones de supervisión y acreditación, constituyendo un registro de centros y personas acreditadas en los distintos ámbitos de la formación continuada.

En esta página se incluye un esquema explicativo de los distintos niveles de formación y sus correspondientes órganos formativos y de acreditación.

3. Sobre la Acreditación

Dejando a un lado los niveles básico y especializado, en los que está bien definido el proceso de acreditación, en el ámbito de la formación continuada la acreditación supone la inclusión de las entida-

des y los psicólogos que han realizado su formación, en un registro que a tal efecto abrirá el C.O.P.

La acreditación de las entidades formadoras no se entenderá, en ningún caso, como un acto administrativo estático, sino que estará sometido a una periódica supervisión y control.

En todo caso, será necesario que tanto las entidades que forman como los psicólogos que cursan las actividades formativas cumplan unos requisitos mínimos para poder ser acreditados.

4. De las Condiciones Mínimas Exigidas para la Acreditación

Las condiciones esenciales que debe reunir la formación especializada en psicología clínica y de la salud ya se ha visto en otra parte de este documento. El COP deberá defender que la formación especializada se imparta cumpliéndose rigurosamente los requisitos que se han marcado en este documento.



La formación continuada deberá estratificarse por niveles y los requisitos necesarios para cada nivel deberán ser establecidos por la Comisión de Acreditación Colegial. En ningún caso podrán acreditarse por la Comisión de Acreditación Colegial a profesionales no psicólogos.

5. Del Órgano de Acreditación Colegial

La Comisión de Acreditación Colegial será el órgano encargado de llevar el registro de entidades y personas acreditadas.

Idealmente, en este órgano colegial deberían integrarse, mediante los oportunos acuerdos y convenios, las distintas Instituciones y Organizaciones suficientemente representativas, de ámbito público o privado, con competencias en la formación de los psicólogos clínicos y de la salud.

En todo caso, la constitución, composición y competencias de la Comisión de Acreditación Colegial es atribución que pertenece a la Junta de Gobierno del COP.