

ANUARIO DE PSICOLOGÍA
Núm. 41 - 1989 (2)

PSICOLOGÍA ACADÉMICA
Y PSICOLOGÍA PROFESIONAL
EN EL CAMPO DE LA CLÍNICA

ELENA IBÁÑEZ
AMPARO BELLOCH

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Valencia

Elena Ibáñez
Amparo Belloch
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
Avda. de Blasco Ibáñez, 21
46010 Valencia

Introducción

Transcurría el año 1979, se celebraba en Granada el XIII Congreso Nacional de la *Sociedad Española de Psiquiatría*, en el mismo existía un Simposium sobre «la Formación de los Profesionales de la Salud» y las que esto suscriben acudieron al mismo, llenas de ilusión, con una ponencia titulada *Formación de Psicólogos en Psiquiatría*. En aquellos momentos la preocupación fundamental consistía en la incorporación de los psicólogos al trabajo en centros de asistencia con «enfermos mentales».

Han pasado diez largos años ya, y a pesar de que en muchas comunidades los psicólogos se encuentran trabajando en distintos centros de Salud, también es cierto que su estatus profesional aún no ha sido plenamente reconocido, lo que motiva que, en muchas ocasiones, no sólo no presenten una formación adecuada para el trabajo que deben desempeñar, sino que también exista un auténtico caos respecto al rol que se les asigna.

Por otro lado la *Psicología*, dentro de la academia, ha ido modificando sus contenidos y adaptándolos cada vez más a las necesidades de los tiempos modernos. En este sentido, se podría decir que lejos de las diatribas cotidianas originadas por la adscripción científica a uno u otro paradigma dominante, parece existir en la actualidad un cierto consenso acerca de los conocimientos científicos básicos que deben tener los psicólogos: los procesos psicológicos, los fundamentos biológicos y sociales del comportamiento, los planteamientos metodológicos tanto a nivel científico como estadístico, las técnicas básicas de evaluación, la personalidad, etc., son todas ellas disciplinas básicas que, de una manera u otra, tienen su cabida en los distintos planes de estudio de las diversas universidades españolas.

Asimismo, desde la aparición de las Facultades de Psicología, en varios puntos del territorio nacional, se oferta una «pre-especialización», más o menos encubierta, en las distintas áreas de aplicación psicológica. Entre ellas «*la Clínica*» sigue siendo la que tiene más demandas por parte del alumnado. Sin embargo, esta demanda no se ve satisfecha por unos contenidos homogéneos, ni tan siquiera por la proporción que tienen las asignaturas denominadas «clínicas» en los currícula de las distintas universidades. Así, haciendo un análisis del número de asignaturas existentes en la actualidad en 17 Universidades Españolas, localizadas en Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia, Oviedo, País Vasco, Salamanca, Valencia y UNED, en las que se cursa psicología, nos encontramos con lo siguiente (gráficos 1 y 2).

Como puede observarse, si bien la oferta de asignaturas que podemos considerar *fundamentales* —Personalidad, Diferencial, Psicodiagnóstico, Psicopa-

GRÁFICO 1. ASIGNATURAS OBLIGATORIAS

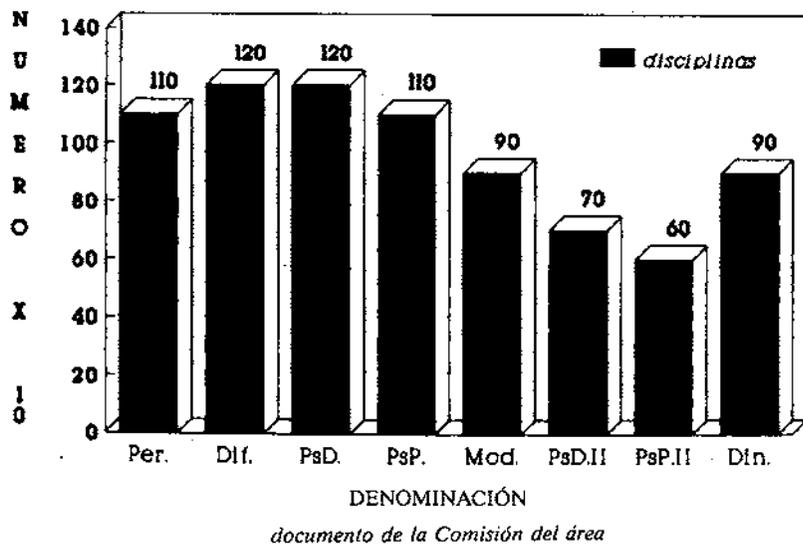
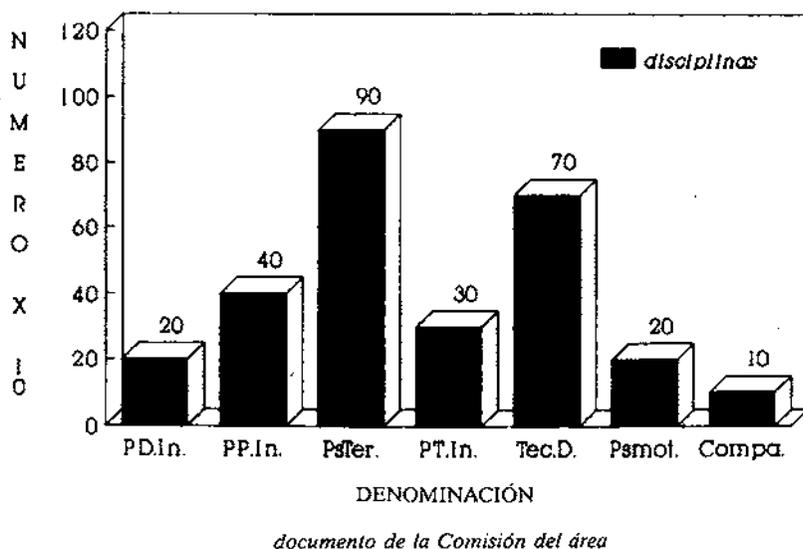
Planes de Estudio (1986)

GRÁFICO 2. ASIGNATURAS OPTATIVAS

Planes de Estudio (1986)

tología y Análisis y Modificación de Conducta— parece estar bien representada en la mayor parte de los planes de estudio actualmente vigentes, nos encontramos con la sorpresa de que, debido a su frecuencia, también debería considerarse fundamental la Psicología Dinámica —engloba todas las disciplinas teóricas de corte psicoanalítico—, ya que aparece como asignatura obligatoria en 7 de los planes de estudio aquí analizados.

Respecto a las asignaturas «optativas», hemos seleccionado aquéllas que, aunque con nombres distintos puedan hacer referencia al mismo tema, aparecen en más de una Universidad. A este respecto, nos encontramos en primer lugar con un amplio núcleo dedicado a los problemas infantiles y que cubre desde *Psicodiagnóstico Infantil* hasta *Análisis y Modificación de Conducta en Ambientes Educativos*, pasando por los diversos nombres que recibe la *Psicopatología Infantil*. En segundo lugar, nos encontramos con la categoría de *Terapia* que engloba desde la *Psicoterapia* hasta las *Terapias de Grupo* pasando por las *Técnicas Psicodramáticas*. El tercer gran bloque lo constituyen las *Técnicas Diagnósticas*, que también presentan una gran miscelánea que abarca desde los *Tests Psicométricos* hasta la *Teoría y Técnica del Test de Rorschach*, en el punto central se encuentran, como no, los *Test Proyectivos*. Por último, también aquí hay sorpresas, y cuando nadie se lo esperaba, aparecen en nuestra área las disciplinas de *Psicomotricidad* y *Psicología Comparada*.

Ante tan variopinto panorama, dirigimos nuestra mirada al campo profesional a la espera de clarificar un poco más qué es eso que llamamos *Psicología Clínica*.

Delimitación profesional

La Historia de la *Psicología Clínica* en otros países, principalmente en el ámbito anglosajón, tiene ya una larga historia, hasta el punto de que el *psicólogo clínico* se ha incorporado, como un profesional más, al complejo y vasto campo de la Sanidad. A este respecto, está claro su objeto de estudio a nivel profesional: *los problemas de adaptación-desadaptación humana en cualquiera de sus múltiples y variadas formas*. En este sentido, la *Psicología Clínica* actual ha abandonado los patrones rígidos a los que se veía sometida por su tradición individual, para plantearse también los problemas de adaptación que los cambios sociales están produciendo continuamente en el ser humano.

Desde esta perspectiva, los *psicólogos clínicos* han abierto el abanico de posibilidades profesionales que pueden ofertar a la sociedad. Ya no se limitan, como señala Schraml (1975), a realizar tareas metodológicas y de investigación —ejemplo prototípico de lo cual sería el tradicional equipo de Eysenck en el Maudsley—, o a la realización de tareas diagnósticas y/o de evaluación —el clásico Informe Clínico—, ni tan siquiera el tratamiento psicológico de casos patológicos son su único objetivo —algo por lo que se tuvo que luchar intensamente en nuestro país y que aún no está totalmente logrado—, sino que además, el *psicólogo clínico* actual tiene que actuar en distintos contextos «clínicos», como son

los diversos servicios del sistema sanitario —Hospitales Generales, Servicios de Salud Comunitarios, Residencias de ancianos, Hospitales Psiquiátricos, Sanatorios, etc.— o en otros contextos sociales en los que se pueden plantear *problemas de adaptación*, tales como el sistema educativo, el sistema deportivo, el ámbito laboral, etc.

Evidentemente, la multiplicidad de ambientes en los que se puede «hacer clínica» requiere una formación básica, por parte del psicólogo, así como unas destrezas específicas a poner en marcha en el contexto determinado en el que tiene que aplicar sus conocimientos. Dicho esto que, por otro lado, es común a cualquier tipo de profesión, pasemos revista a los distintos papeles que desempeña y/o ha desempeñado el psicólogo clínico en nuestro país.

Parece claro, que la primera tarea que realizaron los psicólogos clínicos de cualquier país, y en este caso el nuestro no es una excepción, fue la diagnóstica. En este sentido, tanto a nivel de hospitales —públicos o privados— como de ambientes escolares, el psicólogo se convertía en una especie de árbitro que, en unos casos confirmaba el diagnóstico de «patología mental» previsto por el médico, mientras que en otros —principalmente en el ambiente escolar— determinaba, en la mayor parte de los casos mediante la utilización de unas técnicas diagnósticas colectivas, quién valía y quién no para eso que se denominaba «los estudios», o bien si las dificultades escolares se debían a «conflictos» cuya resolución parecía básica para lograr el éxito escolar.

Indudablemente, el nivel de conocimientos que el psicólogo tenía, le facultaba para mucho más que para una tarea meramente diagnóstica, y así pronto empezó a demostrar que además de diagnosticar también podía «tratar», «orientar», «asesorar», en una palabra «curar» aquellas alteraciones que había diagnosticado. Se convierte así, en un «clínico» total, no sólo diagnostica sino que también se preocupa de encontrar tratamiento adecuado para aquello que ha diagnosticado. De esta manera comienza a deslindarse del ambiente escolar, ya no le interesa tanto el estudio de grupos humanos, sino que le preocupa mucho más el sujeto individual, el caso problema.

Pero cuando en nuestro país, el psicólogo clínico, comienza a adoptar este papel activo en los tratamientos, se inician los problemas. Por un lado, la todopoderosa administración no tiene prevista la figura del psicólogo clínico en sus centros asistenciales; por otro lado, los médicos no ven todavía la necesidad de una «atención psicológica al paciente» y, además, quieren que «alguien» continúe haciendo una valoración psicológica de «sus» pacientes; por último, los psiquiatras empiezan a ver invadido «su» campo por unos profesionales de los que desconocen, en principio, el tipo de formación que poseen. No es raro pues que el psicólogo clínico busque, en esta época —década de los 70—, su salida profesional enrolándose en distintos *Gabinetes* particulares en los que ofertar al público, en general, su actividad profesional, o buscando cobijo en *Instituciones Médicas* —bien públicas o privadas— encubriendo su verdadera actividad bajo el papel de investigador.

Realmente, quizás este último rol sea el más desarrollado hoy por hoy en España en el ámbito de la *Psicología Clínica*. A pesar de que la demanda social de la figura del psicólogo clínico parece estar, por el momento, en alza, sin em-

bargo la administración continúa estando sorda a tal tipo de peticiones sociales, aunque como veremos da la impresión de que menos que en épocas anteriores.

Pero sigamos las peripecias del psicólogo clínico en el ámbito de la investigación. Al principio, los conocimientos de tipo metodológico que los psicólogos poseían les permitieron penetrar, con cierta facilidad, en los ámbitos hospitalarios públicos. Comenzaron, así, a poner de manifiesto que la investigación clínica, a nivel psicológico, podía cubrir las exigencias científicas requeridas para poder competir con cualquier otro dominio científico. En cierta medida, esta tarea investigadora era realizada por profesores universitarios que, debido a la falta de servicios asistenciales en sus facultades, veían de esta forma la posibilidad de mantener un contacto directo con los «pacientes» y, por otro lado, esta actividad les permitía comenzar a entrenar a unos pocos alumnos en la práctica profesional.

Todas estas actividades realizadas por los psicólogos clínicos, en la década de los 70, en un ambiente tremendamente restrictivo, cristalizan de una forma importante en la década actual en la que, aun cuando no se han resuelto todos los problemas, la Psicología ha empezado a tener un estatus científico claramente reconocido.

Alternativas teóricas

Todo parece indicar que, en sus comienzos, la *Psicología Clínica* fue psicoanalítica. De hecho en los Manuales de Historia de la Psicología, Freud aparece como uno de los protagonistas importantes de nuestra historia. El énfasis que este autor puso en la causación psíquica de los problemas mentales, su método de tratamiento «psíquico», el reconocimiento de lo «irracional» que existe en todos los humanos, y un largo etc., impregnaron la Psicología de comienzos de siglo. Por otro lado, la persecución de que fue objeto el psicoanálisis en el ámbito académico, además de lo costoso del tratamiento de «cura», tanto a niveles económicos como temporales, unido a las dificultades de entrenamiento de los futuros terapeutas, le llevó a buscar refugio en la práctica clínica de tipo privado.

De todos es conocida la polémica que suscitó Eysenck en 1952, acerca de la efectividad del tratamiento psicoanalítico; polémica que, por otra parte, aún no parece del todo resuelta como ponen de manifiesto las distintas revisiones que aún hoy en día aparecen sobre el tema (véase Avia, 1985). Sin embargo, lo que sí parece claro es que el psicoanálisis, aun cuando puede ser una adecuada fuente de inspiración, como teoría científica no ofrece las garantías necesarias para ser considerado «ciencia». Probablemente esta característica de la perspectiva psicoanalítica, llevó a que, al igual que en otras partes, en nuestro país, la Psicología académica se mantuviese alejada de los planteamientos dinámicos y, con ello, también de la *Psicología Clínica*.

Sin embargo, en el ámbito profesional, algunos/as «psicólogos» provenientes del campo de la psiquiatría, enseñaban —en la Escuela de *Psicología Clínica* de Madrid, así como en la Sección de *Psicología Clínica* de la *Sociedad Española de Psicología*—, y practicaban diversas técnicas y teorías psicoanalíticas. Nom-

bres como los de la Dra. Romano y las Dras. Monasterio y Pertejo, acuden a nuestra memoria sin gran esfuerzo (véase a este respecto el nº 35 de la Revista *Psicólogos*, editada por el Colegio Oficial de Psicólogos). El hecho de que la Dra. Romano accediese a la primera cátedra de Psicodiagnóstico que existió en nuestro país, no es ajeno a la tradición de tipo psicodinámico que aún ahora se respira en muchas de nuestras Facultades. Se podría decir, a este respecto, que la Dra. Romano, al unificar en sí misma actividad académica y actividad profesional, supo aportar, a lo académico, lo que de válido tenían las técnicas psicoanalíticas, y a lo profesional, lo que de acrítico y acientífico suponía el psicoanálisis.

A mediados de los 70 irrumpe con fuerza en nuestro país la *Modificación de Conducta*. También en este aspecto se aunan los intereses académicos y profesionales. En Madrid, el Prof. Pelechano, organiza el primer Symposium sobre *Modificación de Conducta en Ambientes Educativos*, y es también este mismo autor el que crea la primera revista con el título de *Análisis y Modificación de Conducta* en el año 75. Por otra parte, en Barcelona, psiquiatras tales como Toro y Masana, en la Escuela de *Psicología Clínica* del Hospital Clínico de aquella ciudad, enseñan y practican la modificación de conducta, y además se dedican, junto con Bayés, a publicar en la Editorial Fontanella las principales obras de Pavlov, Skinner, Eysenck y un largo etc., autores todos ellos que son las auténticas cabezas fundacionales de la nueva perspectiva.

Se podría decir que es a partir de estos momentos cuando surge realmente la *Psicología Clínica* en nuestro país. La nueva ciencia aporta un nuevo lenguaje, unas nuevas técnicas de análisis, una nueva forma de evaluar, unos nuevos procedimientos de hacer «terapia» y, por tanto, una nueva mentalidad. Los neófitos son muchos, quizá demasiados (Seoane, 1985), y sin una reflexión profunda sobre el tema, la *Psicología Clínica* se vio abocada a adherirse a la «nueva ciencia». Es cierto que ésta proporcionaba, a los clínicos, unas «señas de identidad» únicas, que les permitían diferenciarse del resto de disciplinas y profesionales dedicados al tema de la *Salud*. Además, la nueva ciencia, también les permitía «liberarse» del rígido corsé que las técnicas de evaluación tradicionales les imponían. Los psicólogos ya no necesitan utilizar las clasificaciones psiquiátricas, tienen un nuevo sistema diagnóstico, nuevos y «más objetivos» métodos de evaluación y, sobre todo, diseños experimentales que les permiten verificar empíricamente la efectividad de sus procedimientos terapéuticos.

A pesar de que gracias a la *Modificación de Conducta* la *Psicología Clínica* encontraba el estatus y rol que le correspondían, por derecho propio, pronto le asaltaron nuevas amenazas. Por un lado, en la propia academia, al mismo tiempo que la modificación de conducta se aposentaba, empezaba a surgir, tímidamente al principio, con fuerza posteriormente, un nuevo planteamiento psicológico, el *Procesamiento de la Información* (Delclaux-Seoane, 1982; De Vega, 1984) que también traía un nuevo lenguaje y una nueva forma de hacer psicología. La importancia fundamental de la *Psicología Cognitiva* para la Clínica consistió en que permitía estudiar, experimentalmente, todos aquellos fenómenos psíquicos considerados anómalos y que pertenecían al campo de la psicopatología, disciplina sustentadora, en muchos sentidos, de la actividad clínica. Alucinaciones,

Amnesias, Delirios, Alteraciones de la Conciencia, e incluso la clásica Esquizofrenia, tenían cabida en este nuevo planteamiento (Belloch-Ibáñez, 1986).

Por otro lado, la propia realidad clínica estaba cambiando. Las críticas al propio concepto de «enfermedad mental», las reformas psiquiátricas habidas en otros países, la biologización de la psiquiatría, los cambios conceptuales acaecidos en la propia Medicina, el aumento progresivo de un nuevo tipo de enfermos —los crónicos—, la aparición de nuevas patologías —«el síndrome de la Colza» o el SIDA—, el énfasis social en el propio cuerpo, las deficiencias manifiestas del sistema sanitario y un sinfín de temas, dan lugar a cambios, aunque sutiles profundos, en el quehacer clínico habitual. Evidentemente la modificación de conducta, transformada ahora en *Medicina Conductual*, le sigue sirviendo de base pero, al mismo tiempo, comienza a mostrar sus deficiencias. Lo importante ya no es el tratamiento sino la *Prevención*, y no está claro que la *Psicología Clínica*, demasiado obsesionada a lo largo de su historia por los planteamientos médicos, tenga respuestas para ello.

Quizás este sea el modo en que la *Clínica* vuelva a ser *Psicología*, en el sentido fuerte de esta última palabra. Es decir, tanto las perspectivas psicodinámicas como las conductistas significaron, en nuestro país, y sobre todo en el ámbito clínico, una especie de «lucha por el poder» académico, profesional y científico —en estos momentos ocurre algo similar entre «conductistas» y «cognitivistas»—. De hecho, este tipo de polémicas llevó, desde nuestro punto de vista, a que «los clínicos» se olvidaran de los *conocimientos psicológicos básicos* para centrarse, casi con exclusividad, en las técnicas de intervención psicológica. Esto es así hasta el punto de que, en la actualidad, si bien es relativamente fácil encontrar textos, escritos por autores españoles, sobre «Modificación de Conducta» ya sea bajo este título o bajo el de «Técnicas de intervención», no ocurre lo mismo con los demás aspectos de la *Psicología*, salvo escasas excepciones y, en este último caso, por lo general, se trata de colectivos sobre temas muy específicos.

Conflicto y negociación

En nuestro país, la no institucionalización de la *Psicología Clínica*, como especialidad sanitaria, ha intentado justificarse, casi siempre, como consecuencia de conflictos de intereses interprofesionales. La Medicina, por un lado, la Pedagogía, por el otro, y la Sociología rodeando a ambas, parecían intentar cercenar a la incipiente *Psicología*.

Evidentemente, nuestra historia da razón de ser a esos intentos justificatorios. Porque en primer lugar, es verdad que el campo profesional del *psicólogo clínico* había sido ocupado, al principio, por los profesionales de la Medicina, más específicamente por los psiquiatras, cuyo objeto de estudio era y es la «Enfermedad Mental». De hecho, las cátedras de Psiquiatría —presentes en nuestro país desde la década de los 50— se ocupaban también de la formación psicológica de los Médicos Generales y, como no, del personal de enfermería. Era lógico pues, que se produjesen movimientos de resistencia, por parte del personal sani-

tario, cuando otros profesionales —los psicólogos— quisieron compartir con ellos «su» terreno. Máxime si tenemos en cuenta que la *Psicología* ya no sólo como Facultad independiente —década de los 80— sino incluso como Sección Independiente dentro de las Facultades de Filosofía y Letras —actualmente Filosofía y Ciencias de la Educación— no comienza a desarrollarse, profesional y académicamente, en nuestro país, hasta mediados de los años 70.

Estos 20 años de diferencia —respecto a la Psiquiatría— en la incorporación de nuestra disciplina al mundo académico y profesional, se dejaron sentir, desgraciadamente, a la hora de lograr la *especialización* clínica del psicólogo. No sólo el campo profesional parecía estar cubierto, sino que además existían y existen auténticas dificultades materiales para poder conseguir un aprendizaje práctico, por parte de los psicólogos. La consideración de nuestras Facultades como «de Letras», empeoraba aún más si cabe la situación, en un país como el nuestro, en el que «las letras» se contraponían, a todos los niveles, a experimentación, análisis de datos, actividad práctica, etc., en definitiva a ciencia. Estas dificultades, favorecían, por otro lado, el «rechazo» del personal sanitario, que desconfiaba, y en muchos casos no sin razón, de lo que «pudieran» hacer los psicólogos. Todo ello fue sumergiendo a la *Clínica* en una especie de «callejón sin salida» del que parece estar empezando a salir, aunque lentamente y con mucho esfuerzo.

Como ya hemos señalado anteriormente, uno de los ámbitos en el que los *clínicos* realizaban su actividad era el escolar. También en este caso los psicólogos tuvieron que vencer resistencias y dificultades, que tampoco parecen estar del todo subsanadas (véase *Psicólogos*, 1988). Otras especialidades, la Pedagogía y el Magisterio, rivalizaban por este campo de estudio; las dificultades en el aprendizaje, el fracaso escolar, e incluso la deficiencia mental, eran y son algunos de los temas reivindicados por los pedagogos —basta con echar un vistazo a los planes de estudio actuales de pedagogía—. Sin embargo, el hecho de que las Facultades de Psicología se convirtiesen en independientes, con lo que esto implicó a nivel de constitución de Departamentos Universitarios, más o menos especializados, junto a la relevancia social que la Psicología había logrado en otros países, y que dejó sentir su influencia en España, parecen haber dado una cierta primacía a los psicólogos en este ámbito. Por otro lado, no hay que olvidar que la Pedagogía y la Psicología aparecen, en nuestro país, en la misma época y en el mismo contexto, lo que facilitaba la comunicación entre ambos tipos de profesionales, y permitía, además, la existencia de una mayor colaboración entre ambos, como ocurría, por ejemplo, en los Centros para Deficientes Mentales.

Por último, la importancia que las perspectivas comunitarias lograron a finales de los 70 en el ámbito *Clínico*, así como las aportaciones de la *Sociología Médica*, sobre todo respecto al concepto de «Enfermedad», junto al auge logrado por las *nuevas tecnologías* —principalmente a nivel de medios masivos de comunicación— en la última década, convirtieron al campo de la Sanidad en un buen caldo de cultivo para la investigación sociológica. Los métodos de encuesta utilizados, principalmente, por los sociólogos ponían de manifiesto, por un lado, las deficiencias de nuestro sistema sanitario (Durán, 1983; Godoy, 1984;

Rodríguez, 1987); por otro lado, revelaban la importancia que las informaciones, sobre todo televisivas, tenían respecto a la modificación de hábitos nocivos para la salud y, por último, contribuían a poner de manifiesto lo importante que resultaba el promover «campañas informativas», en los medios masivos, para cambiar o modificar las actitudes de los ciudadanos respecto a temas sanitarios tan importantes como «vacunación infantil», «tabaquismo», «distintos métodos de prevención», etc. Es decir, en cierta medida, la *Clínica Social* se convirtió en un terreno conflictivo entre *Clínicos* y sociólogos, en el que parece debatirse la propia concepción de la *Psicología* como ciencia «social».

Pero todo *conflicto* tiende a resolverse y, como diría Harvey, la *negociación* es una buena fórmula para resolver cualquier tipo de conflicto. En este caso, la negociación aún está en marcha, sobre todo a niveles administrativos, pues hasta que no exista una «normativa» acerca de la titulación en *Psicología Clínica*, poco podrán ofertar los profesionales en el complejo mundo del trabajo. Con todo, en la actualidad, ya existen psicólogos clínicos ejerciendo su actividad en el campo sanitario. Así, por ejemplo, en los Hospitales Psiquiátricos, y desde finales de los 70 principios de los 80, se realizaron en distintas comunidades oposiciones para ocupar plazas de Psicólogos en dichos centros; a partir de los 80 en algunos grandes hospitales también se crearon algunos servicios de *Psicología Clínica* —Madrid, Murcia, Valencia—; lo mismo se puede decir que ocurre en los nuevos *Centros de Salud*, donde el equipo profesional está constituido por 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 asistente social y 2 profesionales de enfermería.

El problema entonces, actualmente, quizá radique más en el reconocimiento y *tipo de formación* que deben tener los psicólogos clínicos que en la *existencia real* de los mismos, por mucho que la administración continúe, oficialmente, sin otorgarles el estatus legal que les corresponde.

Academia y realidad

Como ya se ha señalado, la constitución de las Facultades de Psicología supuso la creación de nuevos Departamentos Universitarios. De una forma lógica y sin que nadie se lo propusiese conscientemente aparecen, en casi todas las nuevas Facultades, 6 Departamentos: *Psicología General*, *Psicología Experimental*, *Psicología Fisiológica*, *Psicología Social*, *Psicología Evolutiva* y *Psicología Clínica*? ¿*Psicodiagnóstico*? ¿*de la Anormalidad*? ¿*de la Personalidad*?, nunca existió, realmente, un acuerdo respecto a la denominación de este Departamento que, con todo, existía en todas las Facultades. Como puede comprobarse las denominaciones de los otros Departamentos correspondían, bastante fielmente, por un lado, a las cuatro perspectivas fundacionales de la *Psicología* —General, Experimental, Fisiológica y Social—; por otro lado, a las necesidades de tener en cuenta el *desarrollo* de la persona humana —Evolutiva— ¿a qué criterio se puede incorporar la Clínica? Por poco que uno sepa sobre sistemas de clasificación, rápidamente se da cuenta de que «Clínica» no se corresponde con ninguno de los criterios utilizados para la denominación de los Departamentos, salvo que

admitamos que «Clínico es igual a Individual». Sin embargo, las demás denominaciones utilizadas —Psicodiagnóstico, Anormalidad, etc.— no parecen ir en ese sentido.

Así pues, desde sus comienzos, «lo clínico» en la academia, tampoco parecía gozar de un estatus claro, a pesar de que, *realmente*, todo el mundo supiese a qué se refería cuando se hablaba de ese Departamento. Nuevos problemas surgieron cuando aparecen las *Áreas de conocimiento*. Los antiguos Departamentos cambian ligeramente de denominación —General se transforma en *Básica*; Fisiológica en *Psicobiología*; Experimental en *Metodología*; Social en *Social*; Evolutiva incorpora la *Educativa* y el «innominado» adquiere el complejo nombre de *Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Dejando a un lado que el nombre describe, bastante bien, los contenidos existentes en la misma, y que el nombre del área no tiene porque corresponderse con el del Departamento —de hecho, en algunas Universidades, algunos Departamentos, se denominan *Psicología Clínica*— ¿dónde está «lo clínico» en las Facultades?

Para responder a preguntas de este tipo quizá haya que recurrir a dos ejes: por un lado, a la ya clásica distinción entre *Académico-Profesional* —objeto de este monográfico—; por otro lado, a la también clásica polémica entre *Teórico-Aplicado*. Indudablemente, las connotaciones que la *Psicología Clínica* tiene son de tipo *Profesional y Aplicado*, luego no es raro que no aparezca su denominación en un ámbito, el universitario, principalmente académico y teórico. Otra cosa sería si nos cuestionásemos ¿cuál es o debe ser la misión de la Universidad?, pero a este respecto, padres tiene la academia que intentaron, mejor que podemos hacerlo ahora nosotras, dar respuesta a esta pregunta (Nietzsche, 1872; Ortega, 1956). El ámbito de lo profesional y aplicado parecen ser los *Colegios Profesionales*, las *Sociedades Científicas*, etc., pero ¿quién forma y dónde a esos profesionales?, no cabe duda, la Universidad tiene que dar una respuesta a esta demanda.

No es raro pues que en los últimos años, distintos Departamentos Universitarios, hayan promocionado la existencia de Cursos de Postgrado de *Psicología Clínica* con los que se pretende lograr una mayor especialización del psicólogo. Por otro lado, el Colegio Oficial de Psicólogos, ha reiterado, una vez más, la necesidad de poner en marcha, a nivel de Estado, el sistema PIR (psicólogos internos y residentes), de modo que los psicólogos, una vez finalizada la carrera, puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos durante su aprendizaje universitario.

Sin embargo, y dejando a un lado las dificultades administrativas, uno de los principales escollos para que no se logre una *formación integral del psicólogo clínico*, probablemente se deba a su falta de ubicación universitaria. Acostumbrada como estaba la *Psicología* a tener que vencer resistencias «externas» para lograr tener su independencia y su propio estatus, probablemente reprodujo sin quererlo, en sí misma, la realidad exterior, y así, nos encontramos en las Facultades de Psicología, con que o bien «todo es clínica», o bien «nada es clínica». Nos explicamos. Por un lado, es evidente que los «problemas clínicos» pueden aparecer en cualquier ambiente, de tal manera que cualquier profesional de la *Psicología* puede tener que enfrentarse a ellos, o lo que es lo mismo, es nece-

sario primero ser psicólogo, para luego ser *psicólogo clínico*. En este sentido, todos los Departamentos Universitarios deben de colaborar e intervenir en la formación de los psicólogos clínicos, aunque uno en mayor proporción que otros. Por otro lado, de todos es conocido el «Espectador Insensible» con la *difusión de responsabilidad* que esto entraña. Consideramos, por tanto, imprescindible, para evitar esta situación, que o bien un único Departamento coordine tal tipo de enseñanzas, o bien que, al igual que ocurre en las Sociedades Profesionales, se organicen *Comités de Expertos*, a nivel de Universidad, que no sólo controlen la expedición de Diplomas de especialidad, sino que además discutan y aprueben los programas de formación, a nivel nacional, de los psicólogos clínicos, tal y como ocurre con la *Comisión Nacional de Especialidades Médicas*. De otro modo, pudiera ocurrir que las antiguas «polémicas» entre psicólogos, médicos, pedagogos y sociólogos se reprodujesen entre los Departamentos Universitarios de las Facultades de Psicología.

Junto a ello, si nos fijamos más detenidamente en la *realidad*, es fácil darnos cuenta de que la *Europa Comunitaria*, a la cual parece que pertenecemos, tiene previsto que, al finalizar el «mágico» año 1992, exista la «libre circulación» de profesionales entre los países miembros. Si tenemos en cuenta que un país con una gran tradición en *Psicología Clínica* como es Inglaterra, se plantea la existencia de problemas graves, respecto a la titulación de sus psicólogos (McPherson, 1988), debido a la falta de acuerdo existente en los Estados miembros respecto al periodo de prácticas supervisadas, pensamos que en un país como el nuestro, donde todavía no existe un reconocimiento oficial de la especialidad de *Psicología Clínica*, la *realidad* se nos convierte en una ficción grotesca.

Investigaciones en Psicología Clínica

En contra de lo que pudiera parecer a partir de nuestras anteriores palabras, la investigación en Psicología Clínica en nuestro país, no sólo goza de buena salud mental sino que también lo hace de buena salud física.

Desde que a comienzos de los 80 la *Psicología de la Salud* se incorporó, con pleno derecho a nivel internacional, al amplio campo de la Clínica, y tomando como punto de partida el denominado «modelo biopsicosocial», el mundo de las publicaciones clínicas ha cambiado de forma espectacular. Este cambio supuso, fundamentalmente, un cierto abandono por los temas clínicos tradicionales a favor de una mayor preocupación por el enfermar humano —no tanto por la salud— en general.

Nuestro país no es una excepción a este respecto, y en los distintos Departamentos Universitarios, relacionados con nuestra área de conocimiento, se están llevando a cabo trabajos de investigación en esta línea. Haciendo un recorrido rápido por el panorama nacional, a nivel universitario, tendríamos que los temas prioritarios de investigación en *Psicología de la Salud*, atendiendo a las publicaciones de los últimos años y principalmente a aquéllas que presentan datos empíricos, serían:

Andalucía: Patrón de Conducta tipo A (R.C.D.). Tanatología. Asistencia Psicológica en la U.C.I. Asistencia Psicológica en oncología infantil. *Biofeedback*.

Baleares: Evaluación Psicológica del dolor. Asistencia Psicológica en oncología.

Canarias: Entrenamiento en Habilidades Sociales. Asistencia Psicológica a las parturientas. Planteamiento Psicológico de los enfermos en diálisis.

Cataluña: Tratamiento Conductual de la Obesidad. Programas para la mejora de la Inteligencia. Depresión Infantil. Trastornos de la Orto-lecto-escritura.

Galicia: Tabaquismo. Delincuencia Infanto-juvenil. Esquizofrenia (expresión de emociones).

Madrid: Patrón de Conducta tipo A (evaluación). Tercera Edad (evaluación y tratamiento). Tratamiento Conductual de la Miopía. Cefaleas (Tratamiento de *Biofeedback*). Tratamiento del dolor. Depresión. Esquizofrenia (expresión de emociones).

Murcia: Calidad de Vida en enfermos crónicos. Estrategias de Afrontamiento ante el estrés. Conducta de Enfermedad (evaluación).

Oviedo: Análisis del Efecto Placebo. Rehabilitación (niños).

País Vasco: Proyecto STRESA. Shock post-traumático (violación). Agorafobia.

Valencia: Estrategias de Afrontamiento. Cefaleas (Tratamiento de *Biofeedback*). Depresión y Ansiedad. Cáncer de mama (evaluación y tratamiento). Esquizofrenia (procesamiento). Tratamiento Conductual de las Fobias. Trastornos Alimenticios. Calidad de Vida (población normal).

Evidentemente, ni están todos los que son ni, probablemente son todas las que están, pero esto nos puede permitir hacernos una primera idea de cuál es el mapa de investigaciones que se están realizando en nuestro país en la actualidad, por profesores universitarios y en las distintas Facultades. Somos conscientes de que existe mucha más investigación clínica: la realizada por los profesionales en sus respectivos puestos de trabajo; como por ejemplo, los distintos estudios que se han realizado sobre enfermos asmáticos y sobre hemofílicos en la Ciudad Sanitaria La Paz; los realizados sobre el SIDA en el Centro de Promoción de la Salud del distrito centro de Madrid; los programas de reinserción social de los drogadictos llevados a cabo por los psicólogos de los Servicios Sociales, los programas de Salud Mental Comunitaria y un amplio etcétera, constituyen la realidad empírica de la *Psicología Clínica* española.

Es cierto que, a lo mejor y en muchos casos, la calidad de nuestra investigación no alcanza unas cuotas científicas altas, sin embargo, el volumen existente es lo suficientemente significativo como para considerar que la *Psicología Clínica* en España es una realidad que ya ha logrado la mayoría de edad necesaria para que se le reconozca oficialmente.

Vuelva Ud. mañana

La frase con la que queremos terminar este artículo nos recuerda lo trágico-cómico que parece existir actualmente en nuestra profesión. Tendríamos que ha-

blar, aquí, tal y como nos propusieron los organizadores de este número, de las líneas de solución que se vislumbran ante los problemas anteriormente narrados. Dificil tarea. Si el mapa de nuestra situación es complejo, más difícil resulta encontrar el territorio donde ubicarnos (Caro, 1985). Quizá en el «Vuelva Ud. mañana» esté la solución.

Desde que en 1979 realizamos un programa de formación de los psicólogos en Hospitales Psiquiátricos han pasado muchas cosas. Entre otras, ha habido un cambio profundo en la asistencia sanitaria a los «enfermos mentales», con lo que se hace difícil, en la actualidad, llevar a cabo un programa de entrenamiento, en régimen de internado, en un Hospital Psiquiátrico. Por otro lado, la economía y la sociología médicas han puesto de manifiesto la falacia de un sistema sanitario de asistencia gratuita, dado que ningún país del mundo podría, realmente, mantener el costo económico que supone. Debemos añadir, a todo esto, cómo la tecnología, sobre todo la médica, ha ido cambiando las relaciones médico-paciente hasta convertirlas en un auténtico «diálogo entre sordos», y cómo al mismo tiempo, ha ido alargando el periodo de supervivencia de los seres humanos. Hemos visto, también, cómo los valores sociales han ido cambiando (Seoane-Garzón, 1989), hasta el punto de convertir la *Salud* en un producto de consumo, de tal forma que es el propio consumidor —el usuario— el responsable de la misma.

También hemos visto cómo ha cambiado el panorama académico español, a nivel institucional y a nivel teórico. Muchos de los que fueron auténticos maestros de la Psicología española —Pinillos, Siguan, Yela— han sido relegados de sus puestos de trabajo por una Orden del B.O.E, que señalaba que a los 65 años de edad se acababa la actividad académica de un profesor universitario, y a nosotros, que como psicólogos sabemos mucho sobre esto, nadie nos consultó y *prácticamente* no hicimos nada para evitarlo, a pesar de que, como clínicos, sabemos los muchos sinsabores que causa la jubilación. Junto a ello, inmersos en la vorágine de las áreas de conocimiento, nos fuimos escindiendo entre nosotros, hasta llegar a utilizar lenguajes distintos, convirtiendo la *Psicología*, en una auténtica «Torre de Babel» en la que, probablemente, se ha perdido el verdadero significado psicológico. Embelesados por el «canto de sirenas» del reconocimiento social, hemos acudido raudos y veloces a resolver problemas de «urgencia social» sin valorar, en muchas ocasiones, nuestras auténticas posibilidades. Y, en definitiva, quizá hemos olvidado, con nuestra ilusión, que los problemas básicos de la *Psicología Clínica*, como son el reconocimiento institucional de la especialidad y el convertirla en una auténtica ciencia psicológica, han quedado sin resolver.

Probablemente esto último es el problema más grave y, al mismo tiempo el que más fácil solución tiene. En cierta medida, está legislado en la L.R.U. la posibilidad de realizar cursos de postgrado de especialización; además también existe un Decreto de 1977 en el que se habla de la *Psicología Clínica* como especialidad y se pone en marcha el sistema PIR. ¿Qué falta, entonces, para que esto funcione?, probablemente «voluntad» de poder. Sería necesario que académicos, colegios profesionales, sociedades científicas y profesionales nos uniésemos en la tarea común de lograr el reconocimiento en nuestro país de la *Psicología*

Clínica como especialidad. Pensando, por otro lado, que la *Psicología de la Salud* es una nueva especialidad, que existe como tal en otros países, y que es algo a lograr a mayor plazo.

Es cierto que en muchas Facultades de Psicología, se han puesto en marcha programas de doctorado en *Psicología de la Salud* —Autónoma de Madrid y Valencia— son algunos de los sitios en los que ha ocurrido esto. Pero al lado de este «estar al día» en el terreno científico, no podemos olvidar que seguimos sin lugares donde los alumnos puedan realizar prácticas, salvo en aquellos sitios donde algunos profesores *voluntariamente* han montado un Servicio de Asistencia «siempre específico» —Barcelona, Valencia—, pero ni la Universidad, ni el Sistema Sanitario tienen previsto nada de esto, lo que entraña que las dificultades son mayores de las que deberían existir en un ambiente adecuado de trabajo. La Ley de incompatibilidades implica, además, el que los académicos no puedan realizar «actividad clínica», con lo que esto entraña de dificultades en la formación y puesta al día de los profesores dedicados a las asignaturas de tipo Clínico —con el consiguiente agravio comparativo respecto a otros profesionales sanitarios—. Reclamar, a este nivel, nuestro derecho al ejercicio profesional, se convierte, en estos momentos, en algo prioritario.

Por último, debe garantizarse la supervisión de la formación de *psicólogos clínicos* por psicólogos, ya que en muchos casos, tanto en los hospitales generales o psiquiátricos, como en los centros de Salud, en que los psicólogos clínicos realizan su actividad, bien como personal contratado o como PIR —Andalucía, Asturias—, la supervisión de los programas de formación está en manos de personal sanitario, no cualificado desde el punto de vista psicológico, lo que puede llevar a una *psiquiatrización* de la *Psicología Clínica* —lo mismo ocurre en algunas Facultades— no deseable ni para los psiquiatras ni para los psicólogos.

Como puede observarse cobra sentido la frase con la que titulamos este epígrafe. Si quiere Ud. soluciones «Vuelva Ud. mañana», y si realmente está muy animado, póngase a la tarea de conseguir la unión necesaria entre los psicólogos para conseguir el reconocimiento que la *Psicología Clínica* se merece.

RESUMEN

La multiplicidad y diversidad de ámbitos en los que la Psicología Clínica puede y debe actuar, tiene reflejo tanto en los planes de estudio de las distintas Facultades del Estado español —que presentan una amplia gama de asignaturas «clínicas»—, como en su desarrollo profesional, que no abarca ya solamente el campo de la salud mental sino que se involucra además con el vasto campo de la salud y la enfermedad humanas («Psicología Clínica y de la Salud»). Esto implica la absoluta necesidad de una formación básica integral en Psicología que permita, después de lograda, embarcarse en una especialización en el ámbito más concreto de la Clínica con ciertas garantías de eficacia. Sin embargo, la realidad española no parece responder a este requisito: primero, porque ninguna de las áreas de conocimiento académicas recogen en su título la denominación de «Psi-

ciología Clínica», y, segundo, porque a pesar de los reiterados esfuerzos de los Colegios Profesionales no se ha logrado institucionalizar, a nivel de Estado, la formación de psicólogos clínicos. A pesar de todo, en todas las Universidades españolas se llevan a cabo gran número de investigaciones en y sobre Psicología Clínica. En este artículo se revisan algunos de los posibles antecedentes causales de esta situación y se ofrecen vías de «negociación» que permitan vislumbrar algún tipo de solución para el viejo problema del estatus profesional y académico de la Psicología Clínica.

SUMMARY

Clinical Psychology has a multiplicity of areas both for their application as well as development. At what extent it is true, has a reflection on our academic curricula and on the current increasing issues covered by their theoretical and professional development (Clinical Health Psychology). This fact implies that a whole and basic previous training in Psychology is a necessary pre-requisite for a subsequent specialization on Clinical Psychology. However, our Spanish reality is quite different: first at all, because none of the current official knowledge areas has included the topic «Clinical Psychology» on their nomination. And, in the second place, because there are not any official training program in Clinical psychology that can be developed at a State level despite the historical claims of professional associations. In spite of that, there are a great number of research programs about, and on Clinical and Health Psychology in all the Spanish universities. In this paper, we made some reflections about the causes of this state of the affairs and we offer approaches to «negotiate» their solution possibilities.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avia, M.D. y Ruiz, M.A. (1985): Psicoterapia y Curación. *Revista de Psicología General y Aplicada* 40, 4, 793-809
- Belloch, A. e Ibáñez, E. (Eds.) (1988): *Psicopatología y Procesamiento de la Información*. Valencia: Promolibro.
- Caro, I. (1985): Psicología y Semántica General. *Boletín de Psicología*, 7, junio, 51-66.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1988): María Eugenia Romano. *Psicólogos Papeles del Colegio*, 6, 35, 37-53.
- Declaux, I. y Seoane, J. (1982): *Psicología Cognitiva y Procesamiento de la Información*. Madrid: Pirámide.
- Durán, M^a.A. (1983): *Desigualdad Social y Enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- Eysenck, H.J. (1952): The Effects of Psychotherapy. An evaluation. *J. Consult. Psychol.* 16, 319-324.
- Godoy, E. (1984): *Salud y Cambio Social*. Madrid: Zero.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1979): Formación de Psicólogos en Psiquiatría. *Actas del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría*.
- McPherson, F.M. (1988): Psychologists in the European Economic Community. *Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 9, 353-355.
- Nietzsche, F. (1872): Sobre el porvenir de nuestros establecimientos educacionales. En *Obras Completas (Vol. I)*. Buenos Aires: Ediciones Prestigio.

- Ortega y Gasset, J. (1956): *La Misión de la Universidad*. Madrid: Revista de Occidente.
- Pelechano, V. (Ed.) (1975): *Modificación de Conducta en Ambientes Educativos*. Madrid: Servicio de Publicaciones del M.F.C.
- Rodríguez, J.A. (1987): *Salud y Sociedad*. Madrid: Tecnos.
- Schraml, W.J. (1975): *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder.
- Seoane, J. (1985): Eficacia, Racionalidad y Conocimiento Científico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40, 4, 589-598.
- Seoane, J. y Garzón, A. (1989): Creencias Sociales Contemporáneas. *Boletín de Psicología*, 22, Marzo, 91-118.
- Vega, M. de (1984): *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza Universidad.