

PARA UNA HISTORIA DEL PIR O LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO ESPECIALIDAD SANITARIA: EL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN

BEGOÑA OLABARRÍA

Instituto Médico Municipal Fabiola de Mora y Aragón, Ayuntamiento de Madrid
Presidenta de la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica

(Recibido el 14 de enero de 1998)

Se presenta el proceso de construcción de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria en el contexto de la transformación de la Sanidad pública en España.

Palabras clave: Psicología clínica, especialidad sanitaria, sanidad pública, reforma psiquiátrica, formación postgraduada.

Clinical Psychology as a sanitary speciality: the process for institutionalization

In this article the building of Clinical Psychology appear as a sanitary speciality in the context of the transformation of the Public Health Service in Spain.

Key words: Clinical Psychology, sanitary speciality, public health care, psychiatric reform, postgraduated formation.

«El pasado sólo importa desde y para el futuro».

J. Ortega y Gasset.

A MODO DE JUSTIFICACIÓN

Es posible que próximamente se publique el decreto que otorgará carta de naturaleza oficial con categoría de especialidad sanitaria de la Psicología, a la Psicología Clínica. Será el final de una etapa que recuerdo haber parodiado en 1988 como «larga marcha», creyendo entonces de manera ignorante, que no era posible acrecentar su duración. Han sido hasta la fecha (si fijamos como inicio del proceso de institucionalización 1983, comienzo del primer programa PIR (psicólogos internos residentes), con carácter autonómico en Asturias) 15 años cargados de días difíciles, pero también de satisfacciones.

Culminará con ello una etapa de nuestra historia moderna y se abrirá otra: No me cabe la menor duda. Acabará una etapa cargada de empuje, decisiones y también de improvisaciones. Un período repleto de acontecimientos y de trabajo frenético. En ella, los psicólogos participamos en los procesos de reforma de los modos de atención sanitaria, mientras crecían nuestras facultades y se desarrollaba la Ley de Reforma Universitaria. Con ello se abrieron campos y técnicas de intervención, líneas de investigación y también los caminos para el PIR y la institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. Creo no errar al decir que los psicólogos colectivamente somos, como es natural, protagonistas principales de nuestro proceso; pero no únicos, a mi juicio. Otros profesionales han resultado claves con su generosa apertura de miras. Y a ellos me referiré más adelante, porque creo que procede ahora iniciar un camino para el reconocimiento. Un reconocimiento que nuestra comunidad científico-profesional

de la Psicología Clínica puede y a mi modo de ver, debe, hacer.

De esa etapa básicamente voy a hablarles. De esa etapa, aún no finalizada, que contó con objetivos y desarrollos, y cuyos resultados futuros, próximos, podrían no ser concordantes con los esperados, e incluso, fracasar. Hasta la fecha los frutos han sido aceptablemente buenos aún con nuevos perfiles de problemas como corresponde a la dinámica de los acontecimientos: Pero, sobre todo, «nuevos». Tras la finalización de esta etapa se abre ante nosotros la posibilidad de edificar más o menos pausadamente la que configura la siguiente fase en la institucionalización de nuestro saber.

Es habitual que en cualquier enumeración de los diferentes rasgos del saber aplicado de la Psicología Clínica falten dos elementos específicos: La descripción del contexto de articulación que dota de significado al saber de que se trate (un cierto modo de valor histórico-acientífico) y la capacidad de percepción de las propias carencias y las subsecuentes amenazas.

Pero es comprensible que ello haya sido así para la Psicología Clínica y el PIR. Hoy consideramos «natural» que los avances de nuestro quehacer teórico/técnico se entretejeran en y con las estructuras públicas sanitarias complejas y diversificadas desde el punto de vista técnico, teórico, conceptual y, porqué no decirlo, social e ideológico que surgieron a partir de los años 80. Y, por tanto, es natural que para muchos exista una tentación de huida, de evitar conocer la construcción de este proceso y reflexionar sobre ello para el futuro.

También existe (y eso además de menos natural, es peor, a mi modo de ver) la tendencia a oscurecer la historia del proceso, empujándola al darle bien una presentación idílica de unidad mítica en la construcción de un proyecto común o bien al modificar el sentido del

proceso seguido por incluir anécdotas engañosas que culminan en una especie de culto folclórico de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria.

Se trata de un tipo de miedos que han estado presentes —y continúan estándolo a mi juicio—: Miedos de pequeños grupos de nuestra propia colectividad a perder poder en este proceso. Confundiendo el ser con el ocupar, han provocado en ocasiones conflictos locales, en definitiva, pequeños desastres. Porque el miedo de pequeños, pero influyentes, grupos ante sí mismos y ante los demás desembocó muchas veces en formas soterradas de violencia que podrían haber llegado a dañar el objetivo supuestamente compartido unánimemente de la institucionalización del PIR y de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria.

Así, el miedo no solamente afecta al futuro, sino también al pasado. Diría incluso que ambos temores tienen un singular modo de entrelazarse, pues quien teme afrontar su propio pasado, igualmente teme al futuro. Tan es así que es ese temor al pasado el que tal vez origine esas modalidades de ocultación o falseamiento que, a su vez, se protege y tapa con nuevas mentiras y ocultaciones. Pero los que falsean la historia de su comunidad científico-profesional, no la protegen, sino que la amenazan. La suposición de que, sin conocer los hechos pasados que conformaron nuestro presente, podemos desarrollar responsablemente desde un punto de vista social —como señala Kuhn— nuestro cometido en el futuro, figura entre los tradicionales errores de quienes sólo buscan con el olvido (o la mentira) facilitar manipulaciones futuras. Conocer nuestro propio proceso permite identificar nuestros errores y abordar la tarea de la reflexión responsable y colectiva sobre nuestro futuro, construyéndole.

Fijemos entonces la mirada en nuestro pasado inmediato para saber mirar nuestra cara: Nuestro pasado, nuestro presen-

te y el diseño de nuestro futuro. Intentemos extraer de nuestro inmediato pasado la confianza colectiva de los que no temen asumir sus intereses y responsabilidades con direccionalidad en un medio social dinámico, y asomémonos con ello al horizonte del momento actual marcado por el inmediato futuro de institucionalización de la Especialidad a partir de la publicación en BOE del Decreto.

Ahora, cuando el derecho nos lo otorgue este Decreto, habremos de abordar unos límites nuevos y desconocidos, por tanto, un nuevo modo de realidad. Situación inesperada, y no sólo en España: La mayoría de los países de la Unión Europea (UE) no tienen reconocida la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria.

Iniciamos ahora una revisión de nuestro trayecto hacia la especialización. Y vamos a ello, puesto que uno no puede saber quién es, si no sabe de dónde viene.

INTRODUCCIÓN

Kuhn (1975) entre otros destaca la necesidad de conocer el marco de condiciones socio-culturales y el sistema de relaciones entre ideas, conceptos, necesidades, convicciones colectivas y prácticas en que surge una determinada ciencia o paradigma, para intentar comprender sus alcances y significados. Y seguramente ello es así también para la Psicología clínica española, que ha manifestado un potente desarrollo en los veinte últimos años. Diversos acontecimientos internos y externos a la disciplina considerados como ciencia y profesión, han confluído para ello. Así, la intervención de los primeros profesionales de la psicología con título específico desde la mitad de los años setenta, (Hernández, 1984) el rápido crecimiento y desarrollo en el Estado de Facultades de Psicología (tres en 1970, más de veinte hoy, una de ellas de ámbito estatal, la UNED), la rápida y progresiva incorpora-

ción de psicólogos a labores clínicas, públicas y privadas y, junto a ello, el inicio en los ochenta del proceso de reforma y transformación de la sanidad pública hacia la construcción del Sistema Nacional de Salud, la Reforma Psiquiátrica tanto en lo que se refiere a la estructura como al modelo de atención, el establecimiento de nuevas concepciones y normativas acerca de la formación de especialistas en Medicina (todo ello en el marco de los profundos y amplios cambios producidos en el país por el paso de un régimen autoritario a otro democrático), los datos aportados por la epidemiología en torno a la importancia de los comportamientos en el proceso salud/enfermedad, la Declaración de Alma Ata (OMS) en torno a la salud integral, etc., han confluído en un conjunto de transformaciones realizadas —algunas de ellas aún en curso— donde la participación de los psicólogos es un hecho incontrovertible.

Todo esto ha establecido en lo que a la Psicología Clínica se refiere, una configuración del quehacer tanto en la formación de especialistas como en sus desarrollos aplicados, principalmente —aunque no sólo— en la Sanidad Pública española.

Sánchez Ron (1992) presenta la profesionalización especializada como una vertiente del modelo de desarrollo científico occidental, que se ha convertido hasta el presente en un instrumento de poder social aún al margen de las intenciones de sus protagonistas. De hecho, no sólo el desarrollo científico, sino la institucionalización de la aplicación científica a través de las profesiones, ha modificado durante este siglo y particularmente tras cada una de las dos guerras mundiales, la vida social y cotidiana de las poblaciones, los modos colectivos de mirar y afrontar los problemas: La organización pública de la asistencia sanitaria en escalones vertebrados (atención primaria, secundaria y terciaria, OMS, 1994), es buen ejemplo de ello.

Por ello los científicos y profesionales son hoy percibidos como agentes de influencia en las sociedades de las que participan, contando con una relevancia social impensable hace sólo un siglo. De este modo no puede ya resultar sorprendente el esfuerzo hacia la profesionalización especializada de cada disciplina científica ni tampoco la concurrencia de patrimonialismos corporativistas resistentes que pueden en ocasiones revertir en *condicionar los modos de conocer* y las aportaciones profesionales de una u otra disciplina científica al medio social que las reclama.

ANTECEDENTES INMEDIATOS DEL PIR

Como ya he dicho en otro lugar (Olabarría, 1995), los orígenes de la incorporación de la Psicología a España desde finales del siglo pasado parecen expresar ó componer una especie de tradición que implica a la Psicología como conocimiento y aplicación en objetivos de cambio social.

En nuestro caso específico, el inicio de la transición democrática de la segunda mitad de los setenta, confluyó con la aparición de los primeros licenciados formados en Psicología con *currículum* específico. Profesionales jóvenes, sensibles desde su paso por la facultad en la búsqueda de cambios, con instrumentos propios de su disciplina (Hernández, 1984), procurando su incorporación en campos de intervención que se habían configurado de maneras oscurantistas y patrimonialistas, generadoras de discursos excluyentes. Y eso también en la Sanidad Pública y, desde luego, en el campo de la salud mental, que entonces se denominaba de la Psiquiatría.

El final de los años setenta y comienzo de los ochenta están marcados socialmente por la transición democrática con la búsqueda de cambios y espacios de

consenso a múltiples niveles (Olabarría, en prensa). En el ámbito sanitario, los debates y espacios de participación se multiplicaban y en ellos se buscaba perfilar una nueva estructura pública de servicios desde nuevas concepciones de modelos de atención vinculados a los datos que la epidemiología aportaba sobre la salud y la enfermedad y que rompían concepciones anteriores, introduciendo significativamente la importancia para la *salud del comportamiento humano* en un contexto dado. Se hace patente la crisis de concepciones y prácticas sanitarias con el agotamiento de los modelos asistencialistas centrados en la enfermedad y fundamentados en un reduccionismo teórico-práctico. (Belloch y Olabarría, 1993).

Muy pocos profesionales de la Psicología encontraban marco institucionalizado en Servicios Sanitarios Públicos para su ejercicio profesional. En 1976 menos de diez trabajaban en todo el Estado, y ello en servicios de psiquiatría de hospitales públicos casi siempre manicomios, y vinculados exclusivamente al psicodiagnóstico. Más tarde los centros del AISNA (Ministerio de Sanidad) para diagnóstico de niños y adolescentes incorporan psicólogos, pero se trataba de una red marginal y limitada en sus prestaciones a la *evaluación clínica*. Muchos de los profesionales de la medicina llegaron a considerar la psicología como una disciplina auxiliar, de carácter meramente (y sólo parcialmente) psicodiagnóstico. Pero se trataba de las primeras incorporaciones de prestaciones de la Psicología Clínica.

No existía una formación especializada, reglada, y cada cual buscaba con sus propios medios su perfil formativo para denominarse psicólogo clínico. Sin embargo la participación de psicólogos en espacios de debate sanitarios, junto al reconocimiento de las potencialidades de la disciplina en el marco de la ola de transformaciones democráticas con nue-

vas demandas y necesidades, también en lo sanitario, a las que se quería hacer frente, hicieron posible la incorporación de psicólogos a nuevos servicios sanitarios públicos, significativamente desde el inicio de los años ochenta. Para intentar comprender la rapidez con la que el discurso de la Psicología se incorpora al sanitario marcada durante cuarenta años por un profundo oscurantismo y prácticas cerradas, es preciso tener en cuenta que especialmente durante la primera mitad de los años setenta, (mientras estaban aún en las facultades como estudiantes los que serían los primeros profesionales de la Psicología en la segunda mitad de los setenta) se producen en España una serie de conflictos.

En el ámbito universitario, los estudiantes de las Facultades de Filosofía y Letras, Sección Psicología, junto a reivindicaciones democráticas confluyentes con otros sectores sociales, establecíamos otras específicas: Por una psicología científica alejada de la escolástica, por un colegio profesional propio (Hernández, 1984).

Paralelamente, en el ámbito asistencial surgen conflictos psiquiátricos que presionan para conseguir el cambio de las condiciones de carácter laboral y/o contractual de los MIR, así como de los modos de atención a los pacientes y usuarios y de las estructuras asistenciales.

El primero de éstos fue el Hospital Psiquiátrico de Oviedo al final de los setenta, extendiéndose más tarde: en 1971 Clínicas Psiquiátricas de Ibiza, del Hospital Francisco Franco de Madrid; Instituto Mental de la Sta. Cruz de Barcelona en 1973; en 1974 dimisión del Director del Hospital Psiquiátrico de Bermeo en Vizcaya, Hospital de Salt de Gerona; 1975 Hospital Psiquiátrico de Huelva y Sanatorio Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela y en 1978 el Hospital Psiquiátrico de Valladolid. Estos conflictos protagonizados por los «nuevos médicos» estaban a su vez relacionados con el

movimiento estudiantil adquiriendo en el marco del final de franquismo importante notoriedad no exenta de medidas represivas a sus líderes. (González de Chávez, 1970).

La Psiquiatría oficial de entonces ignoró todos estos movimientos vinculados a la realidad asistencial y su modificación, que apuntaba «*la superación de la caduca estructura institucional ... los cambios se fueron logrando al modificar el hábitat de los centros, promoviendo lugares de encuentro y debate, abriendo sus puertas, restableciendo las relaciones interrumpidas con la familia y sociedad circundante e indagando el sentido de las conductas*» (García, 1980).

Estos «nuevos médicos»: González de Chávez, Valentín Corcés, José García González, Sergio García Reyes, Carmen F. Rojero, Carmen Sáez, T. Suárez, Enrique Rivas, Onésimo González, M. Desviat, F. Torres, J. Espinosa, A. Espino, F. Menéndez, A. Roig, F. Márquez, entre otros y la siguiente generación: Javier Pérez Montoro, Víctor Aparicio, T. Angosto, M. Hernández, A. Fernández Liria y tantos otros, consolidan su posición en la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1973. Asociación que empuja entonces de nuevo con aires de renovación la situación asistencial, abriéndose a otros profesionales, principalmente psicólogos, al finalizar los años 70.

En 1980 se alcanza una reivindicación ampliamente sentida en el mundillo de la Psicología: «la creación del Colegio Oficial de Psicólogos (COP), que plantea su andadura con líderes provenientes de aquel movimiento estudiantil, dotando al COP de objetivos de contribución de la Psicología a metas de cambio social».

La calamitosa asistencia psiquiátrica existente se había puesto de manifiesto oficialmente desde 1975, en que se crea una Comisión Interministerial para la elaboración de un informe para la reforma sanitaria y en él se establece la asistencia

psiquiátrica como objetivo prioritario para los años 76-79. Pero los documentos no producen cambio alguno. En 1980 el Congreso de los Diputados aprueba el Documento Básico para la Reforma Sanitaria que incluye principios básicos para la Psiquiatría. Pero todo este reconocimiento oficial no se traduce en cambio alguno en la situación asistencial (González de Chávez, 1980).

A finales de los setenta y comienzos de los ochenta algunas administraciones locales, municipales y flamantes Comunidades Autónomas, abordan aspectos parciales de carácter ejemplificador acerca del cómo hacer, con la creación de servicios sanitarios nuevos con nuevas ideas, nuevos modos de atención y nuevos profesionales. Y ahí es donde se produce la primera incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos que se suman con sus aportaciones al nuevo discurso de la Salud Mental considerada como un campo de intervención interdisciplinario desde una visión integral de atención.

Algunas Comunidades Autónomas inician de manera pionera el comenzar los ochenta sus reformas psiquiátricas. Establecen como denominadores comunes la construcción de una red de servicios territorializados de Salud Mental y equipos interdisciplinarios para la atención. Son sólo unas pocas las Comunidades Autónomas pioneras, pero muy significativas: Asturias, Andalucía, Madrid, después Navarra, Murcia, Galicia, cobrando muy pronto un papel de liderazgo en el impulso transformador.

En 1983 el Ministerio de Sanidad crea la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica con: V. Corcés, A. Espino, F. Menéndez, J. Guimón, J. García González, F. Torres y Rayo (psiquiatras), Mercé Pérez (psicóloga) y en ese mismo año la Comunidad Autónoma de Asturias desde su Dirección Regional de Salud Mental con José García González, siendo Conse-

jero Juan Luis Vigil pone en marcha el primer programa de formación especializada de psicólogos clínicos (PIR) con el respaldo de la AEN presidida por J. García González y con una Junta Directiva que contaba por primera vez con una psicóloga clínica, yo misma, en la Secretaría general.

En 1985 se publica el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad, 1985) que pronto es apoyado por al AEN y el COP. Informe clave porque marca las líneas y establece un modelo alcanzando alta significación y respaldo. Y en este Informe por primera vez se establece la prioridad de la formación clínica especializada para los psicólogos, así como la necesaria incorporación de psicólogos clínicos a los servicios públicos de atención. Esta incorporación significativa en los años 80 implicó:

- 1) La llegada de nuevos enfoques teóricos.
- 2) Desarrollo de las técnicas y prácticas clínicas.
- 3) El auge de modelos comunitarios.
- 4) La apertura de nuevos ámbitos de investigación, hasta entonces reducidos básicamente a la Academia, incorporando el caudal de investigación de los profesionales.
- 5) La apertura de nuevas posibilidades de intervención confrontando a la Psicología con demandas sólo posibles en los servicios públicos desde una óptica de continuidad de cuidados.
- 6) La contrastación de la utilidad de los instrumentos clínicos del psicólogo, generándose otros muchos.
- 7) La ruptura de la obsoleta concepción de la Psicología Clínica como disciplina que únicamente afronta la enfermedad abriéndose hacia todos los procesos de salud-enfermedad en los tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario.

8) Incorporó al psicólogo clínico a intervenciones comunitarias, llevándolo a beber teóricamente también de la Psicología Social y obligándolo a la relación con distintos servicios sanitarios y otros compañeros especialistas. Con ello se redujo la tendencia a la fragmentación, al cerrado «*especialismo*» en la disciplina.

9) La construcción práctica del discurso interdisciplinario al confrontar al psicólogo clínico al trabajo en equipo con otros profesionales, rompiéndose el individualismo interventor y abriéndose nuevos y complejos retos en áreas diversas, desde la deontológica a la técnica.

10) El PIR como modelo de formación de especialistas en Psicología Clínica, puesto en marcha en comunidades autónomas (CA) como vía de acceso a una futura especialidad sanitaria (García Álvarez y Olabarría, 1993).

En 1986 se publica la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) creándose el Sistema Nacional de Salud, iniciándose la reforma sanitaria global. El Sistema Nacional de Salud introduce como nuevo eje organizativo las comunidades autónomas del Estado y contribuye a favorecer no sólo reformas estructurales y de financiación sino también nuevos modos de atención tanto en la atención primaria como en la especializada con un carácter más integral y por tanto favorecedor de la apertura de servicios especializados a la Psicología (planificación familiar, salud mental, unidades de dolor, etc.), proceso que aún perdura en parte del Estado (territorio INSALUD).

El Programa PIR de formación especializada para psicólogos clínicos se inicia en Asturias en 1983, siendo Consejero el Sr. Vigil y Director Regional de Salud Mental José García González; en 1986 en Andalucía, Viceconsejero Patxi Cuberta; Técnicos que fueron claves desde sus puestos de responsabilidad: Ladislao Lara, psiquiatra; Marcelino López, psi-

quiata. En 1987, en Navarra con Javier Pérez Montoto, Director Regional de Salud Mental, psiquiatra. En Madrid (1989) Consejero: Pedro Sabando, siendo personas claves Fernando La Mata (Director General de Formación y Psiquiatra, que instaura la «Comisión de Seguimiento» presidida por Miguel Carrasco, especialista en Salud Pública. En esa «Comisión de Seguimiento» participan junto a profesionales y académicos psicólogos, dos psiquiatras que apostaron por el proceso: Francisco Montilla y J. Casco. En Galicia (1990) Consejero: Romay, Técnico clave: Fernando Márquez, Jefe del Servicio de Salud Mental y psiquiatra.

Pero estos importantísimos y avanzados Programas PIR no contaban con el refrendo de los dos ministerios con competencias en la aprobación de especialidades sanitarias y sus programas de formación: El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación.

Muchas resistencias internas y, sobre todo, externas a nuestro colectivo científico-profesional se ponen en juego. Por eso el valor de todos los participantes en este proyecto solidario. Particularmente de quienes, no siendo psicólogos, aportaron su decisión e influencia para su desarrollo e implantación hacia la institucionalización. Su valor es enorme y creo merece nuestro reconocimiento, al menos el de la comunidad científico-profesional de la Psicología, que recoge ahora el fruto de sus propios trabajos y del apoyo obtenido del exterior.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría desde 1983 y el Colegio Oficial de Psicólogos desde 1986 respaldan, apoyan e impulsan el PIR con múltiples actuaciones. Diversos documentos contribuyen a delimitar su elaboración teórica y contrastación práctica (COP, 1990). Es preciso trabajar durante 10 años hasta que en 1993 el Ministerio de Sanidad realiza la primera convocatoria PIR de

ámbito estatal; en 1994 la segunda, esta vez conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia, la tercera en 1995 y desde entonces, anual.

Tengamos en cuenta que la bondad de los Programas PIR había quedado demostrada con el desarrollo de los Programas PIR autonómicos, constituyendo éstos el corpus documental (junto a los trabajos del COP, principalmente), y de experiencia fundamental para el Pr. PIR estatal.

La primera convocatoria pública en BOE (1993) expresa la necesidad de la formación de especialistas en Psicología Clínica por las necesidades abiertas en el Sistema Nacional de Salud. Es decir, se establece por primera vez un compromiso en cuanto a la definitiva oficialización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, poniendo en marcha el programa de formación vinculado como había quedado ya marcado en los PIR desarrollados en las CA apoyados por el COP y la AEN a los servicios territorializados de Salud Mental acreditados a tal fin y de acuerdo a un Programa de formación.

El PIR ha aportado con todos sus problemas, una concepción que incorporaba valores como:

1) La idea de que el profesional especialista ha de aprender en servicios públicos acreditados a tal fin, donde se contrastan las demandas sociales en materia sanitaria.

2) La idea de que se trata de un aprendizaje de profesionales que trabajan y aprenden, estableciendo progresivas cotas de responsabilidad sanitaria y asistenciales de manera tutorizada.

3) La idea de que una sola institución o servicio no es suficiente para garantizar suficientes vertientes y modos de intervención para el profesional en formación, de ahí la importancia de las rotaciones por distintos servicios sanitarios especializados y territorializados; como mínimo:

— Centro de Salud Mental Comunitario (que debe contar con unidad o programa específico de salud mental infanto-juvenil).

— Unidad de agudos en hospital general (que debe incluir al menos, además de camas de corta estancia, programas o actividades de interconsulta y de intervención en/con otros servicios del hospital).

— Unidad de rehabilitación de crónicos (y especialmente dispositivos intermedios como hospitales de día, pisos protegidos, etc.) con programas de rehabilitación.

4) La idea de que este aprendizaje debe realizarse bajo la figura de un tutor, psicólogo del equipo del servicio acreditado para la formación.

Todo ello teniendo como base y referente el Programa de formación aprobado por los Ministerios de Sanidad y Educación (Ministerio de Sanidad, 1996).

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL PIR

En ocasiones anteriores (Olabarría y Escudero, 1990) tuve ocasión de señalar esquemáticamente la significación que en torno al proceso del PIR tuvo el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) por cuanto desde una óptica de continuidad de cuidados:

1) Propugnó el paso de un modelo de atención con referente central de intervención en el hospital psiquiátrico, a una red de servicios diversificados de salud mental, sobre un territorio definido e integrado en el sistema Nacional de Salud como Servicios especializados de segundo y tercer nivel.

2) Propugnó el establecimiento de un modelo de prestaciones basadas en una concepción interdisciplinaria y comunitaria.

3) Mencionó en varias de sus «*Recomendaciones*» la incorporación de la Psicología Clínica a la red de Salud Mental.

4) Propugnó una especial atención a la necesaria «*regulación de la formación postgraduada de los psicólogos*» ...acorde con las necesidades que se desprenden del modelo propuesto y vinculada a la red pública de servicios.

La Ley General de Sanidad (1986) con la creación del Sistema Nacional de Salud establece un camino hacia la integración de recursos y redes sanitarias hasta entonces dispersos (INSALUD, diputaciones, ayuntamientos, etc.), bajo una única administración autonómica, la territorialización de servicios a través de las áreas sanitarias, la reforma y potenciación de la Atención Primaria, la formación del personal sanitario.

Es decir, en los ochenta se establecen las condiciones (académicas, profesionales, de reforma sanitaria y cambios en modelos de atención) para abordar la institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria en el marco de un proceso de transformaciones múltiples.

De hecho y, siguiendo la iniciativa y el modelo del Programa PIR de la Comunidad Autónoma de Asturias, en 1986 lo hace Andalucía, luego Navarra, Madrid y Galicia, como ya antes quedó dicho. Pero son iniciativas sin el respaldo de los Ministerios de Sanidad y Educación. Iniciativas de algunas CA que, desde su proceso de reforma sanitaria y más específicamente de Salud Mental, apostando por el modelo definido por la Comisión Ministerial ya mencionado, dan pasos adelante con el apoyo de asociaciones científicas y profesionales, afrontando duras resistencias, casi siempre ocultas, intra e inter disciplinas y también en las estructuras sanitarias y académicas.

En esta situación de inestabilidad, el Colegio Oficial de Psicólogos elabora en

1987 el Documento-Base para el PIR. Se trata de un documento ampliamente consensuado y que permite aglutinar en su derredor iniciativas y voluntades múltiples (COP-1990).

Sólo un año después se establece un acuerdo COP-Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) con la elaboración del «*Documento Base acerca de la Formación de Especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR*» (COP-1990).

Y en 1989 el COP y seis CA del Estado (Asturias, Andalucía, Castilla-León, Galicia, Madrid y Navarra) elaboran conjuntamente el «*Documento Marco sobre la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR*» (COP-1990).

Si los dos primeros documentos establecían el modelo formativo del PIR, acorde con el modelo sanitario a impulsar, el tercero no solamente lo suscribía básicamente sino que también enunciaba nuevos propósitos:

1) Estimular el desarrollo de nuevos programas de formación postgraduada en Psicología Clínica siguiendo un modelo PIR.

2) Favorecer unas bases comunes a todos ellos, de manera que al tiempo den cabida a las especificidades propias de los lugares de aplicación. Dicho de otra manera, favorecer una homologación entre los distintos programas aplicados en distintas comunidades autónomas del Estado.

3) Facilitar a las altas instancias competentes un programa seriamente elaborado y contrastado por la experiencia que agilice y favorezca la inclusión de la especialidad de Psicología Clínica a través de un sistema PIR en el marco del futuro Decreto regulador de las especialidades en ciencias de la salud.

4) Equiparar la formación especializada del psicólogo que trabaja en el cam-

po de la salud a la que reciben otros profesionales con ejercicio en el mismo campo, favoreciendo a la vez una mayor identidad e interdisciplinariedad profesional (Pág. 65).

Al tiempo, comprometía a las CA que lo suscribían y que no contaban aún con Pr. PIR, a su inmediata puesta en marcha, lo que así ocurrió, excepción hecha de la Comunidad Autónoma de Castilla-León que se «descolgó» del proceso.

Esta convergencia de distintas instituciones en torno a objetivos y modelo consensuados sobre el «cómo» del PIR y él «hacia dónde», favoreció una mayor vertebración del mundo científico-profesional de la Psicología Clínica, aún no oficializada, (ver Conclusiones de la Jornada de Trabajo sobre *La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad y perspectivas*, en COP 1990) de los apoyos de otros profesionales colindantes (la Comisión Nacional de Psiquiatría desde finales de 1988 mayoritariamente ha expresado su apoyo al PIR en distintas ocasiones) y de algunas CA cuyo liderazgo en los procesos de transformación en Salud Mental era un hecho.

Ya en el Documento Base del COP acerca del PIR y en su Introducción se expresaba en torno a éste:

1) Está directamente vinculado a los Servicios Especializados de la red sanitaria, de atención de un territorio, lo que permite el establecimiento de un equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada, en relación todo ello a las necesidades que la demanda social en los servicios públicos plantea. Ello habrá de permitir además una mejor y/o mayor adecuación de los instrumentos del psicólogo al campo de intervención.

2) Vincula la Formación Postgraduada al ejercicio profesional y ello no sólo

porque aparecen profesionales vinculados a funciones docentes, sino también porque al estudiante de la especialidad se le reconocerá el ejercicio profesional que realiza al tiempo que su formación, a través de un contrato laboral.

3) Posibilita y favorece una mayor identidad profesional tanto internamente como en relación a otros colectivos profesionales de distintas disciplinas que realicen funciones en campos de intervención común, así como en relación a los ciudadanos que demandan sus servicios como especialistas.

4) Contribuye al reconocimiento de la Psicología Clínica como Profesión Sanitaria en el marco de la Sanidad española, de acuerdo a la Ley General de Sanidad y al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

5) Permitirá una homologación de derecho de los Psicólogos especialistas con relación a los titulados superiores de otras disciplinas vinculadas al campo de la salud (p. 59).

Dicho de otro modo, en el marco de un modelo de atención que prima lo comunitario y lo interdisciplinario desde una óptica de atención integral y de continuidad de cuidados, la opción de la formación PIR resulta central, pues define el perfil profesional y una reproducción al menos parcial del mismo en su futuro quehacer especializado, contribuyendo al desarrollo del corpus teórico-técnico de la Psicología Clínica con formulaciones imprescindibles y acordes con los objetivos de atención que el modelo y la comunidad demandan. De esta manera el PIR responde no sólo a una necesidad científico-profesional, sino también a una construcción epistemológica según la cual el cómo de la adquisición del conocimiento por el profesional resulta decisivo para un enfoque integrador de la Psicología Clínica y su incorporación en campos complejos de

intervención que precisan abordajes interdisciplinarios.

Implantado el Programa PIR en cinco CA del Estado, el COP decidió realizar en 1991 una valoración o evaluación de cada uno de ellos en orden a establecer la adecuación de éstos al acuerdo establecido en el Programa-Marco elaborado conjuntamente en 1989. De dicha evaluación quedó publicado un Informe (1991) y una valoración posterior (Olabarría *et al.*, 1993). Lo que significó un nuevo impulso ante la administración sanitaria educativa.

El resultado de dicha evaluación fue en todos los casos altamente satisfactorio obteniéndose elementos informativos relativos a algunas carencias que fueron objeto de recomendaciones específicas, para la mejora de cada Programa PIR. Cabe aquí decir que fueron estos Programas PIR autonómicos los que, señalando la bondad de su hacer, sirvieron de base y referente para la modificación de otros Programas de formación de otras especialidades.

Quedó ratificada la existencia de un corpus, un status y un grado de implantación del modelo PIR con un alto grado de homologación interna de los distintos programas autonómicos y ello sirvió de base para arreciar desde instancias oficiales (CA) y científico-profesionales (COP, AEN) las solicitudes hacia los Ministerios de Sanidad y Educación respecto a la asunción por parte de los mismos del PIR. Un paso más hacia la institucionalización de la especialidad sanitaria.

De hecho y por vez primera en 1992 el Ministerio de Sanidad constituye un grupo de expertos (M. Anxo García, M. Labiana, F. Vallejo, M. Berdullas, A. Ávila y yo misma) para la elaboración del Programa de Formación PIR estatal y el estudio del proceso de acreditación de unidades docentes (servicios sanitarios), cuyos referentes son los Programas PIR autonómicos y los sucesivos documentos elaborados por el COP y la AEN hasta esa

fecha. Estos trabajos son la base de la primera convocatoria PIR estatal.

En Octubre de 1993 el Ministerio de Sanidad realiza la Primera Convocatoria PIR (BOE n.º 254 del 23 de Octubre de 1993), siendo figura clave de este proceso y hasta hoy la Dra. E. Sánchez-Chamorro, Subdirectora General de Formación Sanitaria del Ministerio de Sanidad.

Esta convocatoria estatal supone el cierre de una etapa y el comienzo de otra nueva: El cierre de los PIR autonómicos, en que desde el compromiso de transformaciones sanitarias lideradas en su dirección y gestión por las CA ya citadas, se incluía un programa PIR que, al tiempo que procuraba una formación especializada no reconocida oficialmente por los ministerios implicados, sentaba las bases de su necesidad y del modelo del programa de formación.

Y el inicio de la asunción por la Administración Central competente en materia de especialidades sanitarias del PIR como modo y modelo para la formación de especialistas sanitarios en Psicología Clínica. Si en Octubre de 1993 el Ministerio de Sanidad publica en BOE la primera convocatoria PIR, cada año hasta hoy podemos expresar un avance.

En 1994 la convocatoria es conjunta de los dos Ministerios implicados en la regulación de especialidades sanitarias: Sanidad y Educación, por lo que se convoca en BOE como Orden de Presidencia de Gobierno, y con ello la posibilidad de la continuidad anual de las convocatorias PIR.

En Julio de 1995 se crea la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (CNPEPC) a imagen y semejanza del resto de Comisiones Nacionales de Especialidades y con similar composición: Tres miembros designados por el Ministerio de Sanidad entre profesionales vinculados a servicios sanitarios públicos, tres miembros designados por el Ministerio de Educación de

entre los catedráticos y profesores titulares del Área de Conocimiento relacionada con la especialidad en las Facultades de Psicología del Estado, dos representantes de sendas sociedades científicas relacionadas con la especialidad, un representante del Colegio profesional y por último dos representantes elegidos por y entre los PIR que se incorporarían oficialmente en 1997 a la Comisión Nacional (los PIR tuvieron presencia no oficial en esta Comisión Nacional con Carmen Sta. María y Maite Jordán, que realizaron un excelente trabajo, en espera la incorporación de sus representantes tras las elecciones que el Ministerio de Sanidad promovió de manera reglada durante el año 1996).

Como en cualquier otra comisión de especialidad, la estructura interna se estableció por votación en la primera reunión quedando como sigue:

Vocales:

Miguel Anxo García Alvarez (por el Ministerio de Sanidad).

Margarita Labiana (por el Ministerio de Sanidad).

José Leal (por el Ministerio de Sanidad).

Alejandro Ávila (por el Ministerio de Educación).

Amparo Belloch (por el Ministerio de Educación).

Serafín Lemos (por el Ministerio de Educación).

Isidro Carbonero (por el Colegio Oficial de Psicólogos).

Incorporándose en 1996 oficialmente y como representantes de los PIR:

Alfonso Ladrón.

M.^a José Márquez.

Secretario:

Felipe Vallejo (por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología).

Presidenta:

Begoña Olabarría González (por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN))

En 1996 los ministerios implicados aprueban el Programa de la Especialidad de Psicología Clínica (Ministerio de Sanidad, 1996) que fue propuesto por la CNPEPC, estableciéndose a partir de ese momento la asunción de la responsabilidad de informar y valorar, como asesores de los Ministerios de Sanidad y de Educación, acerca de los servicios que solicitan su acreditación como Unidades Docentes en materia de Psicología Clínica, así como en otros múltiples aspectos, como el resto de Comisiones Especialidades ya oficializadas.

De hecho la creciente homologación de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria alcanza su inclusión en la publicación del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación de los Programas de las Especialidades Sanitarias vigentes (Guía de Formación de Especialistas, 1996), aún cuando todavía está en fase de Proyecto el Real Decreto que habrá de culminar el proceso de «*creación oficial*» de la Especialidad.

1997 ha sido el año de elaboración del borrador y proyecto de Decreto de creación de la especialidad, así como de su tramitación oficial. Esperamos que 1998 sea el de la terminación del proceso.

Es mucho el terreno avanzado, muchas las resistencias corporativas intra e intergrupos profesionales cercanos, y también muchos los caminos andados, los apoyos externos a las fuerzas de la disciplina, las complicidades, los objetivos compartidos, lo madurado también.

CONCLUYENDO

El pleno reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria es

un objetivo y una necesidad que se formulan en España cuando sus desarrollos tanto académicos como profesionales contienen los elementos en la dimensión formal y lógica de los códigos científicos en los términos de Kuhn, habiéndose generado la comunidad científica y la masa crítica que apoyan este reconocimiento. Y ello en un momento cuyo trayecto anterior aporta una dimensión explicativo-definitoria, en tanto la naturaleza de lo surgido no viene definida únicamente por sus condiciones internas, sino también por el contexto del que forma parte. Es decir, en un momento histórico de maduración suficiente de la disciplina en nuestro contexto, de las demandas y necesidades sociales y de las concepciones y respuestas a las mismas.

Remite el PIR a una construcción colectiva y solidaria (por cuanto no ha sido sólo de la comunidad científico-profesional de la Psicología; por ello, para expresarles públicamente un reconocimiento que en justicia merecen quienes no siendo psicólogos hicieron una apuesta generosa y de riesgo, buscando con ello bien la mejora de las estructuras asistenciales en la que estaban trabajando desde su responsabilidad pública, bien la mejora de los modos de atención e intervención, por ello —decía—, he mencionado antes algunos de sus nombres) por el crecimiento de la Psicología Clínica en un doble sentido: profundización por especialización (de un modo específico del que luego hablaré) y crecimiento por los avances en su reconocimiento oficial por la Administración Pública competente para ello: El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación.

No creo abusivo decir que el PIR forma ya parte de la historia de la Psicología en España en el marco del avance y la consolidación del conocimiento. El renacer de la Psicología y con ella de la Psicología Clínica, en el período de los últimos veinte años en España, se produce dia-

lécticamente unido a cambios sociales que se tradujeron en cambios de discursos, sistemas de formación y de atención y modelos de intervención en el campo sanitario que pretenden incorporar la integralidad de lo biopsicosocial y de modo parejo la complejidad de lo interprofesional como modo de abordar la crisis de concepciones y prácticas sanitarias hasta entonces vigentes en los servicios públicos de atención, con el agotamiento de los modelos de atención centrados en el aislacionismo y fundamentados en el reduccionismo teórico/práctico.

Para hablar de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria y su modo de acceso o vía de aprendizaje, el PIR (Psicólogos Internos Residentes), creo que conviene referirse antes de terminar a la epistemología que subyace al Pr. PIR

Definir cómo el profesional que inicia una formación especializada aprende, conoce y decide, seguramente constituye un elemento central de la formación de especialistas, en tanto de dicho «cómo» va a devenir el perfil profesional y una reproducción en el quehacer especializado, como ya antes he señalado.

No recuerdo dónde leí la afirmación de Bateson «*es imposible no tener epistemología, pues quien no tiene epistemología sólo tiene una mala epistemología*». Y, al fin y al cabo, una mala epistemología es causa de confusión y ambigüedad en lo que se hace.

El Pr. PIR toma posición epistemológica desde su elaboración teórica y desde su organización práctica en la Comunidad Autónoma de Asturias en 1983, posición que apuesta por la complejidad versus las soluciones simples. Y ello porque introduce la consideración básica de que el futuro especialista precisa para la obtención de una formación suficiente, de su inclusión práctica en distintos equipos interdisciplinares que realizan sus tareas de manera diversificada y articulada entre sí con responsabilidad sani-

taria sobre la población de un territorio definido.

Hoy son al menos tres los servicios o dispositivos asistenciales por los que el PIR habrá de rotar a lo largo de los tres años de duración del Programa de Formación:

1) Centro de Salud Mental (CSM) comunitario, de Atención Secundaria, entendido como eje primordial del circuito de rotación, articulador del circuito de las rotaciones. De acuerdo al vigente Pr., los CSM, para poder ser acreditados para la formación deberán cubrir labores asistenciales a través de programas de atención infanto-juvenil de adultos y tercera edad, Cobertura a la Atención Primaria y coordinación con otras redes y servicios de la Comunidad (psicopedagógicos, servicios sociales, justicia, etc.).

2) Servicios de Salud Mental en Hospital General, de Atención Terciaria, con camas de agudos y programas de interconsulta y de enlace con otros servicios del hospital.

3) Centros y unidades de rehabilitación de crónicos con programas específicos y de coordinación con servicios sociales del territorio.

Y todo ello de manera tutorizada, que permita tanto el establecimiento de progresivas cotas de responsabilidad asistencial y de intervención, como el cumplimiento de los objetivos programados en el aprendizaje

Dicho de otra manera, aspectos centrales del Pr. PIR son:

1) La consideración de que el profesional ha de especializarse desde la reflexión que aporta la práctica progresiva y tutorizada.

2) La consideración de que en materia de Psicología Clínica y de la Salud no existe una única institución con capaci-

dad por sí misma para propiciar una formación suficiente y adecuada.

3) La consideración de que es en los servicios públicos de atención, que cubren en nuestro país el 98 % de la población, donde se producen las demandas sociales contrastadas en materia de Psicología Clínica y donde, por ende, cabe la realización de un aprendizaje, especializado, suficiente y adecuado a la complejidad de las necesidades contrastadas de la población en materia de Psicología Clínica y de la Salud.

4) La consideración de que la incorporación de la Psicología Clínica de manera progresiva y aún no suficiente al Sistema Nacional de Salud en todas sus vertientes, implica no sólo una consolidación de la mayor entidad e identidad profesional, sino también una específica contribución a necesarias reformas tanto estructurales como de concepciones en la atención (integralidad, interdisciplinariedad).

Nos encontramos en un momento de ese movimiento tan antiguo como el conocimiento en el que las potencialidades de nuestra disciplina pugnan con las barreras resistentes que este momento histórico impone —transitoriamente— a su desarrollo: concepciones caducas (reduccionismos explicativos justificadores de intervenciones simplistas, causalismos lineales, consideraciones acientíficas y dogmáticas sobre la inmutabilidad del saber y sus aplicaciones, etc.); intereses creados (como las resistencias corporativistas patrimonialistas y excluyentes de grupos intra y extra-comunidad científico/profesional de la Psicología Clínica) y estructuras y normas públicas sanitarias obsoletas (como el vigente Estatuto Marco de Personal sanitario del INSALUD) imposibilitadoras del desarrollo de acciones sanitarias acordes con el saber que hoy poseemos desde distintas disciplinas convergentes en campos complejos y

comunes de intervención. El futuro remite de manera inmediata a mi juicio al menos a la configuración de dos nuevos objetivos: La ampliación de la duración del Programa a un año más y el establecimiento de áreas de capacitación específica en Psicología Clínica del niño y del adolescente, neuropsicología, psicoterapia y otras. Naturalmente estos objetivos son interdependientes con la mayor presencia (y por lo tanto la apertura) de psicólogos clínicos en nuevas unidades y servicios que permitan la ampliación de las rotaciones del Programa PIR. Nuevos empujes generacionales llegan y la defensa y mejora de los instrumentos clínico/asistenciales y sus estructuras sanitarias son imprecindibles. Y también elementos teóricos construidos para la reflexión y el debate de nuestra comunidad científico/profesional.

La Psicología Clínica como especialidad sanitaria parece apostar por una construcción epistemológica en la complejidad, pretendiendo responder con instrumentos psicológicos a la integralidad del sujeto en su contexto y, en lo que a la sanidad pública se refiere, en el marco de una organización de servicios sanitarios públicos en que el eje comunitario sea el referente de los equipos multidisciplinares hacia la interdisciplinariedad (Fernández Rojero, Olabarría, *et al.*, 1986).

Esta complejidad epistemológica se traduce en el programa de formación de la especialidad (PIR) cuya situación administrativa esperamos se vea ultimada en breve a través de la publicación en BOE del decreto de creación de la especialidad sanitaria.

El Proyecto de Decreto, conjunto de ambos ministerios implicados y con la iniciativa de Sanidad, como corresponde a cualquier especialidad sanitaria, ha sido aprobado desde su redacción en este año 1997 por el Ministerio de Administraciones Públicas, el Consejo de Universidades, el Consejo Interterritorial del

Ministerio de Sanidad, el Consejo de Especialidades y aguarda a fecha de hoy el cierre de la llamada *Fase de Audiencia Pública* para las propuestas de incorporación de enmiendas de la comunidad científico-profesional y sus organizaciones. Finalizada ésta y, visto por el Consejo de Estado, pasaría al Consejo de Ministros para su aprobación.

Que los nuevos límites de la nueva realidad que el Decreto propiciará, contribuyan a dar nuevo impulso para el perfeccionamiento y adecuación de nuestros instrumentos clínicos e investigaciones en beneficio de la población objeto de nuestras intervenciones y contribuya además a una adecuada articulación de la atención interdisciplinar para un cuidado más integral de los sujetos en su contexto.

REFERENCIAS

- Angosto, T. (1990). El sistema PIR como especialidad en Psicología Clínica: Reflexiones. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 41-47.
- Aparicio Basauri, V. (1990). El Sistema PIR en Asturias 1983-1989. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 48-50.
- Aparicio Basauri, V. y García González, J. (1990). Los avances de la reforma psiquiátrica en Asturias. En J. García González y V. Aparicio Basauri (Eds.), *Nuevos Sistemas en atención en Salud Mental. Evaluación e investigación* (pp. 57-81). Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Ávila, A. (1989). La Psicología Clínica en España. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 36-37, 52-60.
- Ávila, A. (1991). Deontología y Psicología: de la reflexión deontológica al desarrollo de su praxis. En *Conferencias e relatorios do II Congreso de Psicología Profesional de Galicia* (pp. 63-75). Santiago: Colexio Oficial de Psicólogos-Galicia (COPG)
- Belloch, A. y Olabarría, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia

- necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4, 143-153.
- Belloch, A. y Olabarria, B. (1994). Clinical Psychology: Current Status and Future Prospects. *Journal of Applied Psychology*, 43, 236-269.
- Bertolín, J. M. (1992). Algunas notas historiográficas a la Psiquiatría Española en el primer tercio de nuestro siglo. *Revista Psiquiátrica*, 13, 247-259.
- BOE del 25 de Abril de 1986. Ley General de Sanidad Ley 14/1986.
- BOE (1993). N.º 254 de 23.10.93. Orden de 08.10.1993 por la que convocan pruebas selectivas para el acceso en 1994 a plazas de formación sanitaria especializada de Psicología Clínica y Radiofísicos Hospitalarios.
- BOE (1994). N.º 178 de 27.07.94. Orden de 21.07.94 del Ministerio de Presidencia por la que se convocan Pruebas Selectivas 1994 para el acceso en 1995 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
- BOE (1995). N.º 238, de 05.10.95. Orden de 03.10.95 por la que se convocan Pruebas Selectivas en 1995 para el acceso en 1996 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
- BOE (1996). N.º 246 de 11.10.96. Orden de 3 de Octubre de 1996 del Ministerio de Presidencia por la que se convocan Pruebas Selectivas para el acceso de 1997 a plazas de Formación Sanitaria Especializada.
- Carpintero, H. (1989). El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 68-73.
- Carpintero, H. (1994). *Historia de la Psicología en España*. Madrid: Eudema.
- Carrasco, M. y Garde, R. (1990). Apoyo y colaboración de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid al proyecto PIR. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 54-56.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1989). Documento -Base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 38, 59-62.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1991). Informe de la Comisión para la valoración de los Programas de Formación PIR. *Papeles del Psicólogo*, 49, 69-73.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Española de Neuropsiquiatría (1989). Documento -Base acerca de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 63-64.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla y León, Galicia, Madrid y Navarra (1990). Documento marco sobre la formación postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 65-67.
- Comunidad Foral de Navarra (1986). *Plan de Salud Mental de Navarra*. Pamplona: Ed. Comunidad Foral.
- Conclusiones de la Jornada de Trabajo: La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas (1990) COP Navas del Marqués, 1 y 2 de Diciembre 1989. *Papeles del Psicólogo*, 43, 67-69.
- Consejería de Sanidad. Servicio Regional de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid. (1990). *Plan de acciones en Salud Mental: 1989-1991*. Madrid: CAM.
- Corcés, V. (1990). Editorial. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 0, 3-4.
- Desviat, M. y Olabarria, B. (1994). La cuestión de los PIR. *Revista de Psiquiatría Pública*, 6, 4-6.
- Escudero, C. y Olabarria, B. (1986). Situación y perspectivas de la Salud Mental Infantil. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 4, 53-63.
- Fernández Rojero, C., Olabarria, B. et al. (1986). Hacia un programa de Salud Mental Comunitaria: Aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6, 251-263.
- Flores d' Arcais (1994). *El desafío oscurantista*. Madrid: Ed. Anagrama.
- Freeman, H.L. (1986). Mental Health Services in Europe: 10 years on Copenhagen O.M.S. Regional Office for Europe. *Public Health in Europe*, 25, 173-191.
- García, J. (1980). Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica (un ensayo de recapitulación). En M. González de Chávez (Ed.),

- La transformación de la asistencia psiquiátrica* (pp. 221-305). Madrid: Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- García Álvarez, M. A. (1992). Interdisciplinaria y libertad Clínica. *Clínica y Salud*, 3, 5-10.
- García Álvarez, M. A. (1993). La Psicología Clínica en el proceso de integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. *Salud 2.000, Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 40, 13-17.
- García Álvarez, M. A. y Olabarría, B. (1993). Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica: Aplicaciones en la Sanidad Pública española. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 79-89.
- García González, J. (1986). La reforma de los Servicios de Salud Mental en Asturias: Una aproximación político-organizativa y epidemiológica. *Papeles del Psicólogo*, 4, 31-37.
- Garfield, S.L. (1980). *Mental Illness in the community* London: Tavistock Publications.
- Giel, R. (1987). *Mental Health Services in pilot study areas: Report on an European Study*. Copenhagen: W.H.O. Regional Office for Europe.
- Hernández, A. (1984). Marco General de la profesión del psicólogo y de la institución colegial. En *Ponencias del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, (Vol. I, pp. 47-73). Madrid: COP.
- Hernández, A. (1989). Criterios para los estudios universitarios de Psicología para los años noventa. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 4, 23-25.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1989). Psicología Académica y Psicología Profesional en el campo de la Clínica. *Anuario de Psicología*, 3, 57-69.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1986). *Bases para la Reforma Psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Kuhn, T. J. (1987). *Qué son las revoluciones científicas y otros ensayos*. Barcelona: Paidós.
- Khun, T. S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, F.C.E.
- Ley de Reforma Universitaria (1983). Madrid: Ed. Ministerio de Educación y Ciencia.
- López Alvarez, M. (1990). El Programa de Formación Postgraduada de psicólogos para la atención a la Salud Mental en Andalucía. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 35-40.
- Lorenzo Porto, J. A. (1991). La confrontación de intereses en la crisis de la sanidad pública. *Salud 2000. Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 4, 19-30.
- Lledó, E. (1992). *Filosofía y lenguaje. La memoria de logos*. Madrid.
- Mansilla, P.P. (1986). *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Márquez, F. (1990). El Programa PIR en Galicia. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 52-54.
- Mc Pherson, F. M. (1988): Psychologists in the European Economic Community. *Psychologists: Bulletin of the British Psychological Society*, 9, 291-299.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Guía de Formación de Especialistas*. Madrid: Ed. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- OMS (1978) *Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olabarría, B. (1987). El problema de la formación post-graduada en Psicología Clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7, 309-317.
- Olabarría, B. (1992). *Situación actual de la Psicología Clínica en España*. Ponencia oficial del Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid.
- Olabarría, B. (1993). El psicólogo clínico a la xarxa pública d'atenció a la salut mental. En G. Aguirre Llagostera (Ed.), *Psicología Clínica/Psicología de la Salud: La integració d'una doble mirada* (pp. 127-164). Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- Olabarría, B. (1993). Ya tenemos PIR. *Clínica y Salud*, 4, 7-12.
- Olabarría, B. (1995). El PIR: Hacia la consolidación de la especialidad en Psicología Clínica. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 24, 24-29.

- Olabarría, B. (1995). José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. *Clínica y Salud*, 6, 327-343.
- Olabarría, B. (1997). El rol del Psicólogo clínico en el Subsistema Sanitario de Salud Mental: Reflexiones para un acercamiento. En V. Rodríguez Pulido, J.L. Vázquez Barquero y M. Desviat (Eds.), *Psiquiatría Social y Comunitaria* (Vol. I, pp. 321-366). Tenerife: ICEPS.
- Olabarría, B. (Ed.) (1997). *La Psicología Clínica en los servicios públicos*. Madrid: AEN. Serie Cuadernos Técnicos.
- Olabarría, B. (1998). La incorporación de nuevas profesiones. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 341-385). Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Olabarría, B. y Escudero, C. (1990). La Psicología Clínica en España: Situación actual y perspectivas. En *Ponencias del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (Vol. I, pp. 67-93). Valencia: COP.
- Olabarría, B. y Escudero, C. (1993). Psicología Clínica en España. *Clínica y Salud*, 6, 23-35.
- Olabarría, B., Escudero, C., García, M. A. (1993). La evaluación de los programas PIR: Un paso estratégico para el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. En V. Aparicio (Ed.), *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pérez Montoto, J. (1990). El Sistema PIR en Navarra. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 43, 56-58.
- Peterson, D. R. (1976). Is psychology a profession?. *American Psychologist*, 5, 572-581.
- Prieto, L. (1986). La reforma psiquiátrica en Madrid. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 4, 43-55.
- Sampaio Faria, J. G. (1992). Europa en el año 2.000: Hacia un lugar para la Salud Mental. *Papeles del Psicólogo*, 53, 22-28.
- Sánchez Ron, J. M. (1992). *El poder de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- Sánchez Vidal, A. (1991). Interdisciplinariedad y acción social. En *Ponencias de las III Jornadas de Psicología de la Intervención Social* (Vol. I, pp. 103-125). Madrid: COP.
- Vázquez Barquero, J. L. (1988). Prioridades en investigación en Salud Mental Comunitaria. En *Ponencias de las VIII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (pp. 214-142). Madrid: Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- W.H.O. Regional Office for Europe (1986). *Prevention of mental, psychosocial and neurological disorders in the European Region*. Document EUR/RC 38/10. Copenhagen.
- Yela, M. (1976). La Psicología Española: Ayer, hoy y mañana. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 585-590.