

La Mirada de la Nueva Generación PIR

The Perspective of the New PIR Generation

Manuel Martín-Rabasco ¹, Luis Rivero Jiménez ² y Bruno Pickman García ².

¹ Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

² Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Resumen

La Psicología Clínica, como especialidad sanitaria, ha enfrentado diversos desafíos relacionados con la formación y ejercicio dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde su creación hasta la actualidad. El presente estudio analiza la perspectiva de los nuevos residentes en Psicología Clínica sobre distintos retos que, actualmente, enfrenta la Psicología Clínica. De igual modo, analiza la percepción de los nuevos residentes sobre aspectos intrínsecos a la residencia, a la relación interdisciplinar y a otros aspectos nucleares del proceso formativo. Para ello, se encuestó a 146 residentes de primer año de la especialidad en Psicología Clínica de todo el territorio nacional.

Palabras clave: psicología clínica, psicólogo interno residente, psicólogo especialista en psicología clínica, residencia, sistema nacional de salud.

Abstract

Clinical psychology, as a healthcare specialty, has faced various challenges related to training and practice within the National Health System (NHS) since its creation to the present day. This study analyzes the perspective of new residents in Clinical Psychology on the different challenges that currently face Clinical Psychology. Likewise, it analyzes the perception of new residents on aspects inherent to the residency, the interdisciplinary relationship, and other core aspects of the training process. To this end, 146 first-year residents specializing in clinical psychology from across the country were surveyed.

Keywords: clinical psychology, resident psychologist, psychologist specialized in clinical psychology, residency, national health system.

La del Psicólogo Interno Residente (PIR, en adelante) constituye la formación sanitaria especializada cuyo origen se remonta a finales del pasado siglo, cuando se aprueba, tras un amplio y complejo recorrido legal que enfrentó diversas polémicas, el Real Decreto 2490/1998, por el que se crea y regula la especialidad en Psicología Clínica (Olabbarría y García, 2011).

Los obstáculos que hubo de sortear esta formación no se agotan con su ratificación, sino que, a posteriori, tuvo que enfrentar recursos contencioso-administrativos interpuestos por distintas sociedades de la disciplina médica (Olabbarría y García, 2011). Incluso, a día de hoy, el PIR y la Psicología Clínica (PC, en adelante), se encuentran en el centro de debates acerca de las funciones que detenta, ya sea o no de manera exclusiva (Sánchez-Reales et al., 2013).

Uno de los factores que interviene en el enclave en el que se encuentran el PIR y la psicología sanitaria en España (Sánchez-Reales et al., 2019) puede hallarse en la idiosincrasia del corpus profesional que la compone, acogiendo a diferentes perfiles profesionales: el del Psicólogo General Sanitario (PGS, en adelante) el del PIR y el del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC, en adelante). A mayor concreción, el PGS, según la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), es un profesional con habilitación para la “promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada”. El PEPC, por su parte, sería el profesional responsable de desarrollar intervenciones psicológicas especializadas, abarcando desde tareas que van desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y, en su caso, la catamnesis, sin obviar la formulación diagnóstica y de caso. De este modo, la designación de “especialista” en el ámbito sanitario no constituye una mera cuestión de nomenclatura, sino que se reserva exclusivamente a aquellos profesionales de la salud que han completado el programa de Formación Sanitaria Especializada (FSE). Este proceso formativo, de carácter reglado y supervisado, confiere al profesional las competencias y habilidades específicas para el ejercicio de una determinada especialidad. Así,

en el contexto de un ejercicio profesional responsable, todo profesional sanitario está obligado a realizar una evaluación continua de sus propias capacidades y del marco legal que regula su práctica. En caso de identificar tareas o procedimientos que excedan su ámbito de competencia o para los cuales carezca de habilitación legal, deberá proceder a la derivación del paciente a un especialista debidamente cualificado. Esta acción garantiza la calidad y seguridad de la atención sanitaria, previniendo riesgos derivados del intrusismo (Real Decreto 183/2008).

Es, en este poliédrico panorama, donde ha tejido sus fortalezas el PIR, erigiéndose como única puerta de entrada a la FSE desde la disciplina de la psicología (Real Decreto 2490/1998; Prado-Abril et al., 2019). Aunque, como venimos señalando, la residencia en PC se encuentra alejada de una posición de salvaguarda, tomando como imperativo la defensa de su razón de ser dentro y fuera del campo de la psicología; la figura del residente, a este respecto, se erige como condición sine qua non para asegurar el futuro de la especialidad.

La Residencia

Durante el PIR, el futuro PEPC queda definido como un profesional en formación -que no alumno-, que realiza estancias formativas en los diferentes servicios especializados en los que un PEPC ejerciente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) puede desempeñar sus funciones. En este camino, el PIR alterna la observación con la intervención (con diferentes niveles de responsabilidad) en un proceso que tiende, progresivamente, a privilegiar el segundo aspecto sobre el primero, siempre de la mano de la supervisión por parte de especialistas que velan por la formación del residente en PC (Olabbarría y García, 2011; Prado-Abril et al., 2019; Ródenas et al., 2023).

En consonancia con lo anterior, el comienzo de la residencia supone la puerta de entrada al SNS para aquellos psicólogos que hayan conseguido superar el examen de acceso a la FSE. Así, desde el comienzo, se crea una valiosa oportunidad para que el residente adquiera una

perspectiva global del desempeño de las funciones del PEPC en el SNS. La riqueza de esta perspectiva torna hacia una estima particular al considerar que: (a) se realizan estancias de observación-intervención en la mayoría de los dispositivos durante, como mínimo, meses; y (b) se encuentra en posición de observar a distintos profesionales, pudiendo presenciar la implementación de diferentes perspectivas teórico-prácticas (Pastor-Morales y del Río-Sánchez, 2022).

Por otro lado, la residencia es un proceso largo y exigente (Ródenas et al., 2023) que propicia un proceso de deconstrucción que transforma conocimientos previos y marcos epistemológicos y los orienta hacia una praxis comunitaria donde, indefectiblemente, los contextos sociopolíticos y el trabajo en equipo tienen un peso escasamente considerado en planes de estudio universitarios. Y lo hace, fundamental aunque no exclusivamente, a través de rotaciones sucesivas y de la puesta en valor del manejo clínico y de la labor terapéutica del equipo de profesionales con los que se trabaja y forma, hechos indisociables de la naturaleza de esta formación.

En esta concatenación de cambios, el PIR se encuentra en comunicación directa con profesionales de otras disciplinas, requiriendo de su adaptación a las muy diversas demandas que el trabajo interdisciplinar hace de los profesionales de la Salud Mental (Prado-Abril et al., 2019). Además, a lo largo de los 4 años de formación y, en virtud del futuro beneficio de la población, el itinerario PIR se caracteriza por incluir, junto a la predominante práctica psicoterapéutica-clínica (que supone un 80-85% de la residencia), docencias formativas y espacios de supervisión (en torno al 15-20%) que velan por garantizar la calidad de la atención psicológica que se ofrece desde el SNS (Real Decreto 2490/1998, 1998; Ródenas et al., 2023).

La Mirada del Residente

Pese a la privilegiada posición en la que se encuentran los y las PIR, son escasas las investigaciones que tienen por objeto conocer la mirada de estos profesionales en formación. Así, el presente estudio nace con el propósito de

conocer cuál es la perspectiva de los nuevos residentes en psicología clínica en relación con cuestiones intrínsecas al panorama -tan convulso en la actualidad- de la PC en España, así como conocer cuál es su percepción acerca de cuestiones propias de la residencia y del propio SNS. De igual modo, el estudio tiene un espíritu longitudinal, pues se pretende evaluar el cambio de estas concepciones a lo largo de la residencia en futuras investigaciones.

A mayor abundamiento, entre las cuestiones que pretendemos analizar, destacamos: (a) conocer la percepción acerca de la calidad asistencial del SNS, la intención de continuar el desempeño profesional en el SNS una vez finalizada la residencia y la relevancia percibida del PEPC/PIR en el contexto de urgencias hospitalarias; (b) conocer la preferencia acerca de posibilidades de cambio en el itinerario PIR en aras de proteger la especialidad en PC; (c) conocer qué grado de satisfacción tienen con respecto a las docencias y labores de tutorización; (d) conocer cómo es la calidad de las relaciones interprofesionales con Enfermería Especializada en Salud Mental y Psiquiatría; (e) identificar las corrientes psicoterapéuticas con las que están teniendo contacto.

Por último, el estudio pretende ofrecer una imagen del panorama tanto nacional como de aquellas comunidades autónomas que cuentan con un mayor número de residentes.

Metodología

Diseño

El estudio adoptó un diseño transversal de tipo descriptivo exploratorio.

Participantes

Todos los participantes son PIRes de primer año, estableciendo este como único criterio de inclusión. La muestra quedó conformada por 146 residentes ($n = 146$), lo que supone un 59.1% del total de los residentes de primer año ($N = 247$) de la convocatoria. Así, el 74% ($n = 108$) se identificaron como mujeres, el 26% ($n = 38$) como hombres y ningún participante prefirió no especificar su sexo o identificarse como no

binario. La alta prevalencia de mujeres es congruente con el porcentaje de mujeres presentadas al examen de acceso de la correspondiente convocatoria, donde el 78,1% fueron mujeres (Ministerio de Sanidad, 2023).

Los participantes presentan una edad media de 28,15 años (DT = 4,99; rango 23-50), habían concurrido a las convocatorias de acceso entre 1 y 8 ocasiones, con una media de 3,27 convocatorias (DT = 1,52). Para el 71,9% (n = 105) de los participantes, el PIR era su primer trabajo como psicólogo, frente al 28,1% (n = 41) que sí había ejercido previamente como tal. Además, el 17,1% (n = 26) había cursado, previo al inicio de la residencia, el máster PGS, mientras que el 82,9% (n = 121) no lo había hecho. En adición, el 19,9% (n = 29) asiste en la actualidad como usuario/a a terapia psicológica, frente al 80,1% (n = 117) que no lo hace.

La muestra cuenta con representación de 16 de las 17 Comunidades Autónomas españolas (véase Tabla 1), destacando la participación en Andalucía, 20,54% (n = 30); Cataluña, 17,8% (n = 26); y Comunidad de Madrid, 16,43% (n = 24).

Tabla 1
Distribución de participantes por comunidad autónoma de realización de residencia

| Comunidad Autónoma | N | % |
|----------------------|----|-------|
| Andalucía | 30 | 20,55 |
| Cataluña | 26 | 17,81 |
| Comunidad de Madrid | 24 | 16,44 |
| Comunidad Valenciana | 11 | 7,53 |
| Castilla y León | 9 | 6,16 |
| País Vasco | 6 | 4,11 |
| Galicia | 6 | 4,11 |
| Castilla-La Mancha | 6 | 4,11 |
| Islas Baleares | 6 | 4,11 |
| Aragón | 5 | 3,42 |
| Asturias | 5 | 3,42 |
| Extremadura | 4 | 2,74 |
| Región de Murcia | 3 | 2,05 |
| Navarra | 3 | 2,05 |
| La Rioja | 1 | 0,68 |
| Islas Canarias | 1 | 0,68 |

Instrumentos

Se elaboró una encuesta ad hoc para conocer tanto las variables sociodemográficas de los participantes como otras relacionadas con el perfil profesional y con la valoración de la residencia y del SNS:

Variables sociodemográficas: edad, sexo, Comunidad Autónoma en la que se realiza la residencia número de convocatorias presentadas hasta obtener la plaza, experiencia laboral previa como psicólogo/a y realización del Máster en Psicología General Sanitaria.

Variables relacionadas con el perfil profesional y la valoración de la residencia y el SNS, donde se tomaron en consideración dos aspectos principales:

- Calidad asistencial en el SNS. Se preguntó, a través de ítems diseñados bajo una escala Likert de 4 puntos, por la calidad asistencial percibida en el ámbito hospitalario (desde Muy insuficiente hasta Más que suficiente) y por la relevancia de incluir a PEPC/PIR en el contexto de Urgencias hospitalarias (desde Nada relevante hasta Muy relevante).

- Orientación de carrera en el SNS. Se incluyó un ítem nominal para conocer si los participantes deseaban orientar su actividad laboral en el SNS una vez concluida la residencia, considerando las opciones "Sí", "No" y "No lo sé".

- Valoración de cambios en el itinerario formativo previo al PIR. Se incluyeron ítems diseñados en escala Likert de 4 puntos para conocer la opinión sobre una ampliación a cinco años de residencia, frente a los cuatro actuales (desde Totalmente en desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo) y sobre la posible exigencia del Máster PGS como requisito para presentarse al PIR (igualmente, desde Totalmente en desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo).

- Residencia. Se incluyeron dos ítems diseñados bajo una escala tipo Likert de cuatro puntos acerca de la satisfacción con las docencias/formación teórica de la especialidad y por la satisfacción acerca de las labores de

tutorización (desde Nada satisfecho hasta Muy satisfecho).

- Relaciones interprofesionales. La encuesta incluía preguntas diseñadas bajo una escala tipo Likert de cinco puntos que evaluaban la calidad de la relación percibida (desde Muy mala hasta Muy buena) y el nivel de conflictividad percibido (desde Nada conflictiva hasta Muy conflictiva) con Enfermería Especializada en Salud Mental y Psiquiatría.

- Orientación psicoterapéutica a la que se adscribe en la actualidad, en cuál le gustaría formarse (estas dos con posibilidad de respuesta múltiple) y, finalmente, desde qué orientación considera que trabajan los PEPC con los que realiza la rotación.

- Relevancia percibida de estudio. Se incluyó 1 ítem en escala Likert de cuatro puntos para conocer la valoración acerca de la relevancia del estudio de los contenidos teóricos que se requieren para superar el examen de acceso a la FSE en el día a día de la residencia (desde Ninguna relevancia hasta Mucha relevancia).

Procedimiento

Se realizó un muestreo no probabilístico simple por conveniencia, al no ser posible censar a toda la población. Con tal propósito, se contactó a través de redes sociales a todos los residentes de PC que habían adquirido plaza en la convocatoria de 2023 (examen realizado en enero de 2024). Los datos se recogieron entre septiembre de 2024 y noviembre de 2024, cuando los participantes acumulaban entre 5 y 7 meses formándose como PIR.

Además, se elaboró una encuesta a través de la plataforma Google Forms® con los ítems de interés para este estudio (ver anexo 1). Los residentes prestaron su libre consentimiento para participar anónimamente en la investigación. Los cuestionarios fueron autoadministrados de forma telemática, facilitándose la comunicación con el equipo investigador durante el proceso para resolver posibles dudas o malentendidos relativos a los ítems.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo univariado de todas las variables incluidas en el estudio, presentando medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes cuando correspondía. Para las variables ordinales se empleó la mediana como medida de tendencia central, dada su mayor robustez frente a valores extremos. Asimismo, dichas variables se analizaron tanto en el conjunto de la muestra como a nivel autonómico, desarrollándose un análisis específico para Andalucía, Comunidad de Madrid y Cataluña, por ser las comunidades con mayor representación y, por tanto, con capacidad para ofrecer estimaciones más estables.

Se determinaron las frecuencias de las puntuaciones obtenidas en las siguientes variables ordinales para su posterior análisis comparativo: calidad asistencial percibida, relevancia atribuida a la presencia de PEPC/PIR en el contexto de Urgencias, grado de acuerdo con la ampliación del itinerario formativo, grado de acuerdo con la exigencia del máster PGS como requisito previo, satisfacción con las labores de tutorización, satisfacción con las docencias y la formación teórica, percepción de la relación con Psiquiatría y Enfermería Especializada en Salud Mental, nivel de conflictividad con ambas disciplinas y orientación psicoterapéutica percibida en los PEPC.

Con el fin de examinar diferencias en función de la comunidad autónoma en las puntuaciones de estas variables —dada su naturaleza politómica y ordinal— se empleó la prueba de Kruskal-Wallis. Cuando se identificaron diferencias significativas, se realizaron comparaciones post hoc mediante la prueba U de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni, con el objetivo de analizar diferencias específicas entre las tres comunidades autónomas mencionadas.

Por otro lado, para analizar las diferencias entre los posibles cambios en el itinerario formativo y las percepciones sobre las relaciones interprofesionales, se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas. Asimismo, se calculó el tamaño del

efecto mediante el coeficiente r . Para todos los análisis se adoptó un nivel de significación de 0,05. El procesamiento de datos se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics, versión 28 (IBM Corp.).

Resultados

En el análisis descriptivo, se detalló la frecuencia de respuesta en función de la Comunidad Autónoma de realización de la residencia y, paralelamente, se detalló la

frecuencia muestral de respuesta en función de las variables de interés. Así, para la calidad asistencial percibida, el 72,6% ($n = 106$) la consideró como muy insuficiente o insuficiente, frente al 27,4% ($n = 40$) que la consideró como suficiente o como más que suficiente (ver Tabla 2). Con respecto a las posibles diferencias entre las comunidades autónomas, el análisis Kruskal Wallis no destacó diferencias significativas ($p = 0,24$).

Tabla 2

Calidad asistencial percibida según CC.AA.

| CC.AA | Muy insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Más que suficiente |
|-----------|------------------|--------------|------------|--------------------|
| Andalucía | 2 | 20 | 8 | 0 |
| Cataluña | 2 | 13 | 11 | 0 |
| Madrid | 4 | 15 | 4 | 1 |
| Total | 19 | 87 | 38 | 2 |

Por otro lado, relativo a la proyección de carrera en el SNS, se halló que el 85,6% ($n = 125$) querrían continuar trabajando en él una vez finalicen la residencia, frente al 13,7% ($n = 20$) que aún no lo saben y el 0,7% ($n = 1$) que no querrían continuar en el SNS. En cuanto a la percepción de relevancia del PEPC en el contexto de urgencias hospitalarias, el 75,3% ($n = 110$) la considera como una figura relevante o muy relevante. Por último, no se hallan diferencias significativas entre las comunidades autónomas según la prueba Kruskal Wallis ($p = 0,09$).

En lo referente a los posibles cambios de itinerario, la muestra arroja puntuaciones más

favorables a una ampliación de la residencia a cinco años con respecto a un itinerario que exija el máster PGS como requisito previo al inicio de la residencia. Así, el 76,8% de la muestra ($n = 112$) se encuentra en desacuerdo o totalmente en desacuerdo respecto a exigir el máster PGS como requisito previo a la incorporación a la FSE (itinerario Grado-Máster-PIR), siendo únicamente un 21,3% ($n = 31$) quien se muestra en desacuerdo o totalmente en desacuerdo respecto al aumento a cinco años de la residencia. En las tablas 3 y 4 se refleja el reparto descriptivo de las respuestas. A nivel estadístico, la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas arroja un valor de $Z = 8,8$ ($p < 0,001$), con tamaño del efecto grande ($r=0.73$).

Tabla 3

Preferencia de ampliación a 5 años la residencia de la especialidad en psicología clínica

| CC.AA | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| Andalucía | 2 | 3 | 2 | 15 | 8 |
| Cataluña | 2 | 7 | 4 | 11 | 2 |
| Madrid | 0 | 1 | 6 | 10 | 7 |
| Total | 8 | 23 | 32 | 52 | 31 |

Tabla 4*Preferencia de inclusión de máster PGS en itinerario formativo*

| CC.AA | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| Andalucía | 12 | 6 | 7 | 4 | 1 |
| Cataluña | 13 | 11 | 2 | 0 | 0 |
| Madrid | 8 | 10 | 5 | 0 | 1 |
| Total | 69 | 43 | 17 | 11 | 6 |

Por otro lado, se hallan diferencias significativas entre comunidades autónomas respecto a una ampliación de la residencia a cinco años ($p = 0,02$, según prueba de Kruskal Wallis), resultando significativas, en el análisis post hoc con U de Mann Whitney con corrección de Bonferroni, las diferencias halladas entre las respuestas de los participantes de Madrid y Cataluña ($p = 0,01$), con un tamaño del efecto moderado ($r = 0,34$), así como las diferencias entre las respuestas de los participantes de Andalucía y Cataluña ($p = 0,02$), con un tamaño del efecto moderado ($r = 0,3$). La Comunidad de Madrid y Andalucía, a diferencia de Cataluña, se

mostraron más favorables a una ampliación a cinco años de la residencia. No se hallaron diferencias significativas respecto al itinerario Grado-Máster-PIR ($p = 0,13$), según Kruskal Wallis.

Respecto a la satisfacción con las docencias, el 62,33% ($n = 91$) se mostró satisfecho o muy satisfecho, alcanzando el 76% ($n = 111$) los participantes que refirieron estar satisfechos o muy satisfechos con las labores de tutorización (ver Tablas 5 y 6). Respecto a esta cuestión, no se han hallado diferencias significativas entre las diferentes comunidades autónomas ($p = 0,73$), según Kruskal Wallis.

Tabla 5*Satisfacción formación teórica según CC.AA.*

| CC.AA | Muy satisfecho | Satisfecho | Poco satisfecho | Nada satisfecho |
|-----------|----------------|------------|-----------------|-----------------|
| Andalucía | 4 | 17 | 8 | 1 |
| Cataluña | 4 | 17 | 5 | 0 |
| Madrid | 4 | 12 | 6 | 2 |
| Total | 19 | 72 | 46 | 9 |

Tabla 6*Satisfacción labores de tutorización según CC.AA.*

| CC.AA | Muy satisfecho | Satisfecho | Poco satisfecho | Nada satisfecho |
|-----------|----------------|------------|-----------------|-----------------|
| Andalucía | 10 | 16 | 3 | 1 |
| Cataluña | 9 | 10 | 6 | 1 |
| Madrid | 10 | 10 | 3 | 1 |
| Total | 45 | 66 | 30 | 5 |

En cuanto a la calidad de la relación percibida entre disciplinas (ver Tabla 7), el 71,9% de los participantes ($n = 105$) considera que se mantiene una buena o muy buena relación con la

especialidad de psiquiatría. En cuanto al grado de conflictividad, el 52% ($n = 76$) la consideró poco o nada conflictiva, frente al 41,1% ($n = 60$) que la consideró algo conflictiva. Respecto a la relación

percibida con enfermería especializada en salud mental, el 87% de los participantes ($n = 127$) considera que mantiene una buena o muy buena relación con esta especialidad. Asimismo, respecto al grado de conflictividad (ver Tabla 8), el 92,4% ($n = 135$) consideró la relación con este grupo profesional como poco o nada conflictiva.

Tampoco se hallaron diferencias significativas entre comunidades autónomas, ni con enfermería especializada en salud mental (calidad de la relación $p = 0,41$; grado de conflictividad $p = 0,16$) ni con psiquiatría (calidad de la relación $p = 0,7$; grado de conflictividad, $p = 0,62$), según Kruskal Wallis.

Tabla 7

Calidad de la relación percibida con enfermería especializada en salud mental y psiquiatría

| | Muy mala | | Mala | | Ni buena ni mala | | Buena | | Muy Buena | |
|-----------|----------|----|------|----|------------------|----|-------|----|-----------|----|
| CC.AA | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ |
| Andalucía | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 8 | 10 | 16 | 13 | 5 |
| Cataluña | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 19 | 19 | 4 | 2 |
| Madrid | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 16 | 12 | 7 | 6 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 5 | 19 | 36 | 85 | 85 | 42 | 20 |

Nota: EE = Enfermería especialista en salud mental PQ = Psiquiatría

Tabla 8

Conflictividad percibida con enfermería especializada en salud mental y psiquiatría

| | Muy conflictiva | | Conflictiva | | Algo conflictiva | | Poco conflictiva | | Nada conflictiva | |
|-----------|-----------------|----|-------------|----|------------------|----|------------------|----|------------------|----|
| CC.AA | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ | EE | PQ |
| Andalucía | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 12 | 16 | 11 | 12 | 6 |
| Cataluña | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 8 | 7 | 13 | 16 | 2 |
| Madrid | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 13 | 10 | 9 | 10 | 2 |
| Total | 0 | 0 | 1 | 10 | 9 | 60 | 57 | 59 | 78 | 17 |

Nota: EE = Enfermería especialista en salud mental PQ = Psiquiatría

Además, se llevó a cabo la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas para observar posibles diferencias entre las relaciones con otras disciplinas, arrojando diferencias estadísticamente significativas en la calidad percibida con enfermería especializada en salud mental y psiquiatría ($Z = 5,07$; $p < 0,01$) y en el grado de conflictividad ($Z = 7,85$; $p < 0,01$). Estas diferencias comportan un tamaño del efecto moderado para la calidad de la relación percibida ($r = 0,42$) y un tamaño del efecto grande para la conflictividad percibida ($r = 0,65$). En ambos casos, se percibe una mejor relación y un menor grado de conflictividad con enfermería especializada en salud mental que con respecto a psiquiatría.

Finalmente, en cuanto a la percepción de la corriente psicoterapéutica dominante entre PEPCs en el contexto público, el 54,8% ($n = 80$) considera que es la cognitivo-conductual, el 21,9% ($n = 32$) la integradora, el 10,3% ($n = 15$) la psicoanalítica, el 8,9% ($n = 13$) aún no lo sabe, el 2,1% ($n = 3$) la contextual, el 1,4% ($n = 2$) la humanista y el 0,7% ($n = 1$) la conductual. En la Tabla 9 se recoge, detalladamente, la corriente psicoterapéutica dominante percibida tanto a nivel muestral como en las comunidades de Andalucía, Madrid y Cataluña.

Tabla 9*Frecuencia de corrientes psicoterapéuticas en PEPC*

| CC.AA | No sé | C-C | Conductual | Contextual | Humanista | Integradora | Psicoanalítica |
|-----------|-------|-----|------------|------------|-----------|-------------|----------------|
| Andalucía | 0 | 19 | 0 | 6 | 0 | 6 | 5 |
| Cataluña | 3 | 15 | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 |
| Madrid | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 11 | 4 |
| Total | 13 | 82 | 1 | 11 | 3 | 34 | 15 |

Discusión

Realidad asistencial

El 11 de marzo de 2020, ante el incesante aumento de contagios, el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la situación de pandemia por COVID-19, hecho que motivó la adopción de drásticas medidas que cambiaron el curso de millones de vidas. Desde aquella pandemia, el foco sanitario y político se ha cernido sobre otra que, quizás, fuera síntoma de la sociedad posmoderna desde antes que el COVID-19 fuera concebido; desde entonces, dicho foco se orientó hacia otra pandemia, la concerniente a los problemas de salud mental (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024; Ministerio de Sanidad, 2022).

El sufrimiento psíquico de nuestros tiempos se constata, como prueba ineludible, en los propios ciudadanos. En este sentido, son notables tanto el aumento de la preocupación ciudadana sobre la salud mental, como el aumento de demandas de atención a servicios de salud mental y el aumento de la prevalencia de problemáticas (o trastornos) propios de este campo (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2023). Incremento difícilmente abarcable por la baja ratio de PEPC en el SNS con la que España cuenta en la actualidad (en torno a 6 por cada 100.000 habitantes) y es, en esta línea, donde se encuentra la percepción de los nuevos residentes PIR, pues una amplia mayoría de los participantes percibían la calidad asistencial como muy insuficiente o insuficiente, siendo esta percepción homogénea en todo el territorio español. Esta percepción puede concebirse como una prueba más de la necesidad de aumento de las plazas -tanto de PEPC como de PIR- que atraviesa a nuestro país. Un país en

el que, pese a la dificultad de la situación, los residentes apuestan, en su mayoría, por continuar su proyección profesional en el ámbito público, tanto es así que casi nueve de cada diez querrían continuar trabajando para el SNS una vez finalicen la residencia.

El aumento de la demanda asistencial, aunque no simétrica, sí que afecta a la atención en todos los dispositivos de salud mental. Cabe mencionar que, en las urgencias de salud mental, no existe la figura del PEPC, así como no en todos los hospitales los PIR realizan guardias de urgencias. Pese a ello, tres cuartas partes consideran como una figura relevante o muy relevante la del PIR o PEPC en el citado contexto de urgencias. Los resultados podrían interpretarse bajo la óptica de que existe una motivación para desplazar la labor de la PC hacia nuevos contextos en los que, por ahora, la presencia del Psicólogo Clínico o Residente no es una garantía.

Nuevos caminos

Más de un cuarto de siglo después, y pese a los avances que ha experimentado la especialidad, el cuestionamiento de la legitimidad de la PC y de las vías de acceso de psicólogos al SNS siguen erigiéndose como núcleos de debate. Por tanto, se erigen como necesidades actuales, además de la clara necesidad del aumento de plazas, la del fortalecimiento de nuestra especialidad, no solo con el objetivo e interés de ofrecer una mejor atención psicológica, sino también para proteger de degradaciones a la PC en el sector público (Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes [ANPIR], 2018).

Con respecto a las estrategias de fortalecimiento de la residencia, desde sus orígenes se han experimentado numerosos avances, tales como la ampliación de la duración de tres a cuatro años o las numerosas actualizaciones en el contenido del programa formativo (Fernández-Hermida, Santolaya y Santolaya., 2017). Sin embargo, hoy en día sigue siendo un imperativo ético dar continuidad a estas mejoras formativas. En los últimos años, entre las estrategias propuestas para el fortalecimiento de la residencia en PC, destacan dos vías diferenciadas: la del itinerario Grado-Máster PGS-PIR y la de la ampliación de la residencia a cinco años. Tanto Carrobbles (2012) como Sánchez-Reales et al., (2013), debaten acerca de la pertinencia de incorporación del máster al itinerario. En este sentido, algunas sociedades profesionales, como ANPIR (2014), proponen abiertamente un itinerario formativo que integre Grado-Máster-PIR. Sin embargo, esta propuesta no parece corresponderse con los datos extraídos del presente estudio. A mayor abundamiento, los resultados reflejan una preferencia estadísticamente significativa de los nuevos residentes por la ampliación a cinco años de la residencia con respecto a la incorporación del máster en PGS al itinerario con un tamaño del efecto grande. Adicionalmente, más de tres cuartos de la muestra se encuentra en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con respecto a la exigencia del máster PGS como requisito previo a la incorporación a la FSE. Por tanto, la opinión de los nuevos residentes puede interpretarse como una apuesta por lo público, también a nivel formativo. Así, la preferencia ante un posible cambio parece orientarse hacia uno que parta desde dentro del SNS que a uno no necesariamente dependiente de especialistas en PC ni de los servicios de salud pública. En este sentido, el apoyo de los residentes a la formación en el SNS también se refleja en la satisfacción de estos con respecto a las docencias formativas, donde más de la mitad se mostraron satisfechos o muy satisfechos y en la satisfacción con los tutores, donde las cifras superan los tres cuartos del total de la muestra.

Estos datos, que se corresponden con 146 residentes de 16 comunidades autónomas, son consistentes en todo el territorio español. Entre

las comunidades analizadas de forma más exhaustiva, cabe destacar que tanto Andalucía como la Comunidad de Madrid se muestran más favorables a la ampliación que Cataluña, con un tamaño del efecto moderado en ambos casos. Pese a ello, la comunidad catalana se decanta más por la ampliación de la residencia que de la incorporación del máster PGS al itinerario.

Una disputa histórica

Otro de los hallazgos con significación estadística se identifica con la mayor conflictividad y peor calidad de la relación percibida de los PIR con los compañeros de psiquiatría que con los de enfermería especializada en salud mental. Esta percepción se encuentra en línea con otros estudios que han señalado los conflictos existentes entre ambas especialidades (Ceberio, 2016). Sin embargo, y pese a lo señalado, es conveniente resaltar que una amplia parte de los participantes considera que se mantiene una buena o muy buena relación con la especialidad de psiquiatría y alrededor de la mitad la consideró poco o nada conflictiva.

Por tanto, si bien sería difícil calificar la relación entre psicología como mala, la conflictividad parece encontrar una presencia más notoria. En esta línea, Pérez-Álvarez (2021) señala puntos de discordancia a la hora de conceptualizar y entender los problemas propios de la salud mental por parte de psicólogos y psiquiatras que podrían relacionarse con la conflictividad referida. Concretamente, la disonancia señalada parte desde el modelo teórico predominante en la psiquiatría clásica durante muchos años, el biomédico o biologicista, también hallado con predominancia en estudios recientes entre estos profesionales (Pastor-Morales y del Río-Sánchez, 2022). Pese a la alta prevalencia de este modelo, la reducción unifactorial que realiza de los problemas de salud mental le incompatibiliza con otros marcos teóricos que abogan por hipótesis multifactoriales (biopsicosociales) y por una intervención psicoterapéutica que trascienda a la prescripción farmacológica (sin prescindir de ella). Además de esta diferencia a la hora de concebir el origen de los problemas de salud mental, la primacía de las formulaciones diagnósticas en psiquiatría sobre las

formulaciones de caso, más prevalentes en la PC, pueden conducir a otra suerte de desavenencia.

No obstante lo anterior, la intervención en salud mental ha de velar, como imperativo ético y legal, por la mejora y protección de la salud del paciente y, para ello, el carácter multidisciplinar, la colaboración y la comunicación entre profesionales constituyen *conditios sine qua non*. En la línea del entendimiento, cada vez más notable, se encuentran movimientos crecientes como la llamada “antipsiquiatría” o “revolución delirante” que apuestan por interpretaciones biopsicosociales y superan el concepto de enfermedad mental como producto de un desequilibrio biológico (Martín y Colina, 2018; Vázquez Rocca, 2011).

Corrientes psicoterapéuticas

Por último, en cuanto a la percepción de la corriente psicoterapéutica predominante entre PEPCs en el contexto público, más de la mitad de los participantes que consideran que es la cognitivo-conductual, alrededor de un quinto la integradora y una décima parte la psicoanalítica. Estudios previos en el SNS español, como el ya citado de Pastor-Morales y del Río-Sánchez (2022), encontraron como orientaciones psicoterapéuticas más prevalentes, en una muestra de 308 profesionales (que incluía las categorías profesionales de PIR, PEPC, Médico Interno Residente y Psiquiatra), la ecléctica-integradora con hasta el 40% de representación, seguida de la cognitivo-conductual en torno al 20% y de la psicodinámica cercana al 10%. Pese a no coincidir en orden exacto, la cognitivo-conductual y la integradora son las corrientes con mayor representación en ambos estudios en el SNS. La alta prevalencia de la corriente integradora y cognitivo-conductual entre PEPC y PIR también ha sido descrita por Prado-Abril en 2019, hallando una prevalencia de hasta el 67.1% de la corriente integradora y de un 17.7% de la cognitivo-conductual (segunda más prevalente) en una muestra de 350 participantes.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio radica en la ausencia de instrumentos de evaluación con validación psicométrica. Esta

deficiencia metodológica compromete la robustez y generalizabilidad de los hallazgos. Además, la recolección de datos en un lapso temporal de dos meses introduce un factor de heterogeneidad en la muestra, susceptible de generar variaciones en la percepción de los participantes conforme avanzaba su trayectoria como residentes. Asimismo, la naturaleza ordinal o nominal de los ítems diseñados restringe la aplicación de técnicas analíticas más sofisticadas, limitando la profundidad del análisis estadístico.

Otra restricción metodológica se deriva de la exclusividad de la muestra, circunscrita únicamente a profesionales PIR. Esta homogeneidad muestral, a pesar de incluir ítems que establecen comparaciones con otras categorías profesionales, carentes de representación en el estudio, limita la capacidad de realizar inferencias comparativas interprofesionales. Aunado a ello, la marcada preponderancia de participantes femeninas introduce un sesgo de género que podría influir en los resultados.

Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones exploren la evolución de las tendencias de respuesta en cohortes sucesivas de profesionales PIR. Se recomienda, además, la inclusión de profesionales de otras categorías para ampliar la representatividad muestral y posibilitar análisis comparativos interprofesionales. Asimismo, se aconseja evaluar la dinámica de cambio en las respuestas de los participantes a lo largo de su periodo de residencia, mediante diseños longitudinales que permitan capturar la variabilidad temporal de las percepciones.

Referencias

- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes. (2024, 4 de marzo). ANPIR aboga por condicionar la formación del PGS en el SNS a la consecución del itinerario secuenciado grado-máster-PIR. ANPIR. <https://www.anpir.org/anpir-aboga-por-condicionar-la-formacion-del-pgs-en-el-sns-a-la-consecucion-del-itinerario-secuenciado-grado-master-pir>
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). (2018). Guía de acción para aumentar plazas PIR. <https://www.anpir.org/wp->

[content/uploads/Guia-de-accion-para-aumentar-plazas-PIR.pdf](#)

- Carrobbles, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Ceberio, M. R. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: El psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 85-96. <https://doi.org/10.22235/cp.v10i1.1157>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). La situación de la salud mental en España: Análisis del movimiento asociativo 2023. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental-movimiento-asociativo>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 26(3), i-187. Recuperado de <https://eurohealthobservatory.who.int/publication/s/i/spain-health-system-review-2024>
- Fernández-Hermida, J. R., Santolaya, F., y Santolaya, J. A. (2017). La acreditación en psicología clínica en España. *Terapia psicológica*, 35(1), 95-110
- González-Torres, M. A. (2019). Las psicoterapias en los equipos públicos: De la preferencia personal a una respuesta terapéutica necesaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 189-203. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200010>
- IBM Corp. (2021). IBM SPSS Statistics for Windows (Versión 28.0). IBM Corp.
- Martín, L., y Colina, F. (2018). Introducción a la psicopatología crítica. En *Manual de psicopatología* (pp. 11-25). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ministerio de la Presidencia (1998). Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE n.º 288 de 2 de diciembre. Madrid: BOE.
- Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Pública 2022. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia de Salud Publica 2022_Pendiente de NIP O.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia%20de%20Salud%20Publica%202022_Pendiente%20de%20NIP%20O.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2023). Resolución de 23 de agosto de 2023, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se convocan pruebas selectivas 2023 para el acceso en el año 2024 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros titulados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado, núm. 201. <https://www.boe.es/boe/dias/2023/08/24/pdfs/BOE-A-2023-18623.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011, octubre 4). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, n.º 240, de 5 de octubre de 2011, pp. 104593-104626. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-156233>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008, febrero 8). Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado, n.º 45, de 21 de febrero de 2008, pp. 10196-10225. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>
- Olabarriá, B. y García, M. A. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 223-245.
- Pastor-Morales, J., y Río Sánchez, C. del (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>
- Pérez Álvarez, M. (2021). Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. Alianza Editorial.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Gimeno-Peón, A., y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). Clinical psychology in Spain: History, regulation and future challenges. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>
- Ródenas, G., Bellido, G., Pastor, J., De la Vega, I., Guarch, M., y Prado, J. (2023). Queridos

residentes, cuidaos: Una guía para sobrevivir a la Psicología Clínica. Papeles del Psicólogo, 44(2), 78-84. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3014>

Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: Una aproximación constructiva [Clinical psychology and general health psychology: A constructive

approach]. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21, 189-200.

Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, 31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18120621019>