

7.3. La formación especializada no reglada

Roque Prego, Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria, Juan González Cases, Daniel Gil

7.3.1 SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La formación en Salud Mental del Niño y del Adolescente se ha recogido en diversos documentos de la AEN (Cuadernos Técnicos sobre Psiquiatría Infantil y en el de la Escuela de Salud Mental de la AEN^a). A continuación se recoge la situación actual de la formación en el campo de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

La Formación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente

La situación de la formación especializada en Psiquiatría específicamente dedicada a niños y adolescentes puede resumirse del siguiente modo:

1. La especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes, que desde hace muchas décadas fue reconocida legalmente y ha logrado un importante desarrollo asistencial y reconocimiento social en todos los países europeos excepto Croacia, Letonia y Rusia, no existe en nuestro país.
2. Los conocimientos y habilidades específicos para trabajar con niños y adolescentes exigidos para la obtención del único título de especialidad médica existente de "Psiquiatría" se limitan a los adquiridos en los cuatro meses de rotación previstos por programas de atención a niños y adolescentes.

Aunque esta situación ha sido señalada

reiteradamente desde hace veinticinco años por las asociaciones profesionales (AEP-NYA, SEPYPNA, Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la AEN) y ha sido discutida en varias ocasiones en la Comisión de la Especialidad de Psiquiatría, nuestro país se ha mantenido, cada vez más aislado, en esta situación de excepcionalidad. Hoy, las leyes europeas de obligado cumplimiento relativas a la libre circulación de profesionales y equiparación de títulos permiten a los especialistas en Psiquiatría de niños y adolescentes instalarse en nuestro país, pero la inexistencia de reciprocidad sitúa inevitablemente a nuestros profesionales en una situación de desigualdad. El proyecto de regulación de nuevas especialidades (dentro del que está la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil) se encuentra en estos momentos en fase de consultas en el Consejo de Estado, pendiente de su aprobación.

En cuanto a los contenidos actuales requeridos para ser psiquiatra, el programa de especialización vigente aprobado en 1996 incluye, en el período de formación general obligatorio que dura 8 cuatrimestres, sólo una rotación de un cuatrimestre por "programas" de psiquiatría infantil. Aunque es cierto que teóricamente podría ampliarse porque permite también diversas opciones en el período de formación de áreas de interés, que dura un tiempo mínimo total de dos cuatrimestres y al menos un campo de especial interés, en la práctica lo que ocurre es que lo que decide, más que el deseo del MIR, es que el programa establece que este período se regirá por las características de la unidad docente. En cuanto al tercer período complementario establecido en un tiempo máximo de un cuatrimestre, podría dedicarse a realizar un segundo cuatrimes-

^a Cuaderno Técnico AEN n 10 sobre la Situación de la Psiquiatría Infantil en España. AEN. Madrid 2008 y Cuaderno Técnico AEN n 11 sobre la Escuela de Salud Mental de la AEN. AEN. Madrid 2009. Pueden consultarse ambos en www.aen.es

tre a la Psiquiatría de Niños y adolescentes completando así 8 meses de formación específica, pero la experiencia demuestra que solo es así muy excepcionalmente. El programa no precisa nada en cuanto a los contenidos del programa de clínica infantil y de la adolescencia, salvo (entre paréntesis) su duración de un cuatrimestre. En cualquier caso, nada asegura que los psiquiatras que posteriormente trabajan con niños y adolescentes han realizado durante el MIR más que la rotación obligatoria.

En cuanto a los contenidos exigibles para una especialización específica adecuada, la citada sección de la Especialidad de psiquiatría y Psicoterapia de Niños y adolescentes de la UEMS, tras un detenido estudio de las características predominantes en los diferentes países europeos¹, ha elaborado un documento (Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Training Log-Book, aprobado en octubre 2000) en el que precisa la siguiente propuesta:

A.- Estructura de la formación: 5 años de formación que incluye:

- Un mínimo de 4 años (48 meses) de rotación de servicios ambulatorios de psiquiatría de niños y adolescentes.
- Un mínimo de 12 meses de rotación en servicios hospitalarios específicos para niños y adolescentes.
- Un reparto equilibrado entre la experiencia clínica con niños y con adolescentes.
- Un tiempo dedicado completamente a una investigación específica en psiquiatría de niños y adolescente puede ser incluido en el período de formación.
- 1 año de formación especializada complementario que incluye:
 - 12 meses en psiquiatría general / de adultos
 - Una rotación recomendada pero opcional por pediatría o neurología.

B.- Contenidos de la formación:

- Formación Teórica
 - 720 horas a lo largo de cuatro años

(120 horas/año; 3 horas semana) de formación clínica integral (presentación de casos, sesiones clínicas, seminarios, cursos).

- 60 horas/año de seminarios específicos (no incluidos en la formación clínica habitual) sobre:
 - desarrollo físico, neurológico y psicosocial.
 - síndromes clínicos.
 - bases de tratamiento (psicoterapia individual y familiar, farmacoterapia, otras.
 - gestión, administración y economía de la salud.
- Formación Práctica
 - Supervisión clínica integrada en la formación continuada.
 - Cooperación clínica y trabajo de enlace con instituciones y otros profesionales relevantes.
 - Formación en Psicoterapia.
 - entrenamiento – formación en psicoterapia individual, grupal y familiar, según técnicas psicoanalíticas/dinámicas, cognitivo / conductuales y sistemáticas.

Este programa incluye también la exigencia de una evaluación de la calidad de la formación (visitas de los centros, asesoramiento de la docencia y los docentes) así como establecimiento de un “libro del residente”, que recoja todas las actividades realizadas y el establecimiento de un examen de evaluación final de la formación.

La formación en Psicología Clínica de niños y Adolescentes en España

En 1995 aparece el informe, realizado por el Comité de Áreas de Capacitación Específica (ACES), en el que se establecen los criterios de configuración de las ACES como “el conjunto de conocimientos añadidos en profundidad y/o extensión a los recibidos en el período de formación como especialista y desarrollados sobre una parte del contenido de una o más especialidades”. En un principio se configuran como una subespeciali-

dad dentro de los programas de formación de especialistas. Los proyectos posteriores de Decreto sobre ACES modifican en parte este planteamiento y el último de junio de 2001, fija las características de las ACES, los requisitos para el acceso, la acreditación de las Unidades Docentes, las características de los programas de formación y el proceso de homologación. Sin embargo el proyecto queda paralizado.

La Comisión Nacional de Psicología Clínica, siguiendo el planteamiento inicial, elabora en el año 2000 un borrador de ACE en psicología clínica de niños y adolescentes, configurándola como una capacitación específica dentro de la especialidad de psicología clínica, a desarrollar en el sistema PIR. La duración de la formación prevista era de cuatro años: dos previos de psicología clínica de adultos y dos de formación específica en niños y adolescentes en los que se incluían los 6 meses de rotación obligatoria del programa PIR y los 6 meses opcionales en niños y adolescentes, y se ampliaba un año más. Además se planteaba la acreditación de Unidades Docentes con un programa y un equipo interdisciplinario específico, un programa de formación teórica y el sistema de homologación correspondiente.

Actualmente, sin embargo, las necesidades del Sistema Sanitario y las prestaciones establecidas por la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud requieren una formación de mayor entidad y calidad para garantizar una adecuada atención a los ciudadanos. Es necesario configurar una especialidad en Psicología clínica de niños y adolescentes. La especialidad se tiene que desarrollar, como el resto de las especialidades en Ciencias de la Salud, en unidades docentes acreditadas y debe tener un programa teórico que contemple las siguientes áreas:

- Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia.
- Desarrollo psíquico, normal y patológico de la infancia y adolescencia.
- Relaciones familiares y entorno social.

- Situaciones de riesgo y maltrato
- Psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Introducción a las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas.
- Evaluación y psicodiagnósticos.
- Tratamientos psicoterapéuticos.
- Psicofarmacología básica.
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario.
- Sistemas de clasificación, epidemiología e investigación.
- Aplicación de pruebas y test psicológicos.
- Aplicación de material de juego.
- Temas de legislación y ética.

La formación teórica se tiene que complementar con un sistema de rotaciones por dispositivos específicos: Unidades, programas y/o equipos comunitarios de salud mental de niños y adolescentes, unidades de ingreso hospitalario, hospitales de día, comunidades terapéuticas, etc.

7.3.2. FORMACIÓN DE TERAPEUTAS E INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

La importancia de la Psicoterapia en los programas asistenciales y por tanto en los programas de formación de los futuros terapeutas es cada vez más reconocida. En nuestro país los programas nacionales de formación en Psiquiatría y en Psicología Clínica y recientemente también los programas de Enfermería Especializada en Salud Mental recogen la idea de que la psicoterapia es un instrumento asistencial básico que debe formar parte integral, junto con otros enfoques de base biológica y social, en la formación de estos especialistas.

En algunos países de nuestro entorno, además de formar parte integral de la formación de posgrado, la psicoterapia tiene el reconocimiento de especialidad independiente a la que tienen acceso por igual los especialistas de psiquiatría y de psicología clínica². Sin embargo, más allá de las posiciones de principio que se exponen en los programas nacionales de formación de posgrado, la realidad es que, tal como atestiguan las encuestas, los residentes de

casi todos los países europeos, especialmente del nuestro, reciben formación psicoterapéutica exigua, especialmente los de psiquiatría. Y sin embargo una mayoría de ellos, conscientes de la necesidad de obtener formación psicoterapéutica, se la procura fuera de la red pública, financiándose de sus bolsillos.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrece como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud³ y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

Este panorama contrasta con la falta completa de regulación legal de la psicoterapia, común a la mayor parte de los países de la UE, los países latinoamericanos, EEUU, Canadá y otros muchos, tanto en lo que se refiere a su ejercicio como a la formación. Y el problema de esta ausencia de estándares oficiales se agrava con la atomización en escuelas de formación que mantienen a veces posiciones muy dogmáticas y escasa comunicación entre ellas.

Algunas prestigiosas asociaciones (FEAP, AEN, FEATF o la europea UEMS) y colegios profesionales (Medicina y Psicología) se han preocupado en desarrollar criterios de acreditación que ayuden a mejorar los estándares de formación, si bien lo que estas asociaciones ofertan no son títulos oficiales.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría publicó en 2008 sus criterios para la obtención del certificado de terapeuta y para la obtención de la Acreditación para Intervenciones Psicoterapéuticas⁴.

Objetivos

La formación en Psicoterapia abarca los siguientes objetivos:

- Conocer las bases teóricas, la teoría de la técnica, las indicaciones y la eficacia de diversos enfoques psicoterapéuticos, incluyendo enfoques integradores así como otros de orientación psicodinámica, sistémica, cognitivo-conductual e interpersonal, en las modalidades individual, de pareja, de familia y de grupo.

- Realizar la exploración, el diagnóstico, la formulación y la indicación terapéutica según cada uno de los enfoques mencionados y ejecutar intervenciones psicoterapéuticas en al menos dos de ellos con un nivel de responsabilidad completo.
- Reconocer el terapeuta, sus limitaciones profesionales y personales y buscar apoyo y supervisión cuando sea conveniente para mejorar los servicios que presta a sus pacientes y tomar conciencia de la necesidad de su cuidado personal.
- Adaptar su práctica a las necesidades de la población que le demande asistencia y al marco de los servicios sanitarios públicos o privados en los que se desenvuelva.
- Desempeñar su papel como miembro de un equipo multidisciplinar para recibir y derivar pacientes, realizar tratamientos compartidos y combinados y actuar de consultor en su especialidad.
- Planificar, organizar, administrar, dirigir y evaluar un servicio o sección de Psicoterapia, incluyendo tareas de docencia y supervisión.
- Mantener permanentemente actualizado su nivel de conocimientos y de destrezas.

Criterios de Acreditación en España

Como se señalaba un poco más arriba, en España y teniendo en cuenta los criterios de otras agencias europeas (Unión Europea de Médicos Especialistas, Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapia), las asociaciones profesionales más importantes en el campo, han definido sus propios criterios de acreditación. En el texto que sigue nos hemos basado en los criterios de acreditación de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP), en los criterios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y de los Colegios profesionales de Psicología y de Medicina. Se diferencian entre sí en el número de horas que se exigen para cada nivel formativo, en el énfasis que se pone en unos u otros dominios de conocimiento, o en los profesionales a los que va dirigido, pero todas

exigen de una u otra forma la garantía de formación en ciertos aspectos clave para la certificación. En general las asociaciones acreditadoras recomiendan, diferentes periodos de tiempo para cada una de ellas, pero todos ellos distribuidos en los siguientes campos:

- Una licenciatura en Medicina o Psicología se considera lo más adecuado como base formativa y especialmente las titulaciones de Psiquiatría o de Psicología Clínica. Otras titulaciones universitarias –de primer y segundo ciclo- constituyen la vía de excepción, al no ser ni la más habitual, ni la más recomendada, para acceder a la formación de psicoterapeuta y a estas otras titulaciones se les piden requisitos diferentes.
- Haber participado en un programa teórico-práctico de formación que sea coherente y desarrollado a lo largo de un tiempo determinado y que incluya al menos un número de horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia. Se diferencian así estos programas de la mera recopilación de cursos o del acopio de horas de cursos sin un mapa formativo detrás, sea cual sea la escuela o sea cual sea la perspectiva desde la que se trabaje.
- Un tiempo acreditado de participación en actividades clínicas. Es decir de práctica profesional con pacientes.
- Un tiempo dedicado al trabajo personal del terapeuta que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la psicoterapia, mediante métodos que contengan elementos de autorreflexión, terapia o experiencia profesional.
- Un tiempo dedicado a la supervisión de su actividad terapéutica.

La supervisión, como método de integración de conocimientos cognitivos y experienciales es considerada por la mayoría de los modelos psicoterapéuticos como

una actividad central en el desarrollo de los futuros terapeutas. Se define el proceso de supervisión como: “Una intervención en que un terapeuta experto y uno o más terapeutas que están en formación, establecen un diálogo centrado en los problemas relacionales y de la salud que plantea un consultante con el objetivo simultáneo de mejorar la capacitación y el desempeño profesional del terapeuta en formación, monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos a los consultantes que él o ella atienden y evaluar las competencias que el supervisando va adquiriendo dentro de la actividad psicoterapéutica y su proceso de aprendizaje”⁵.

En general es recomendable que:

- La supervisión esté adaptada al nivel de experiencia del terapeuta.
- Que haya más de un supervisor implicado para que el terapeuta se beneficie del entrenamiento en diferentes estilos de supervisión.
- Que se combinen actividades de supervisión grupal con individual.
- Que el terapeuta adquiera durante su formación alguna experiencia introductoria como supervisor a través de actividades de supervisión-supervisada, de un terapeuta con menos experiencia.
- Que el informe final de supervisión, elaborado por el propio supervisor, se considere como una parte importante en la evaluación.

La supervisión en este contexto debe cuidar tres aspectos.

1. En primer lugar ha de orientarse a la capacidad del supervisando para detectar problemas y elegir soluciones. Es el momento de controlar y facilitar la aplicación de lo aprendido a este respecto.
2. La supervisión debe orientarse también a la utilización de las habilidades. El uso de registros en audio o video de las sesiones, facilita formidablemente este objetivo. Como señalábamos antes es muy frecuente que soluciones bien pensadas a problemas bien planteados se frustren por haberse llevado a cabo a través de

intervenciones deficientemente construidas.

3. Por último, la supervisión debe orientarse a detectar las interferencias que puedan aparecer por la implicación inadecuada de la persona del terapeuta en el proceso de terapia. Los posibles conflictos personales del supervisando que se manifiesten en la supervisión sólo serán objeto de la vista si producen una interferencia reiterada en su trabajo como psicoterapeuta. Pero si sucede esto, deberán ser al menos señalados por el supervisor que podrá además contribuir a esclarecerlos o señalar el lugar o procedimiento que le parece adecuado para hacerlo.

Investigación y Psicoterapia

Aunque algunas escuelas psicoterapéuticas fueron inicialmente reacias a someterse a contrastación empírica, hoy la psicoterapia ha sido objeto de investigación desde múltiples puntos de vista.

La investigación de eficacia ha permitido poner de manifiesto que diversas formas de psicoterapia son más eficaces que la ausencia de tratamiento, que la lista de espera y que el placebo (placebo-píldora o placebo-psicoterapia), son al menos tan eficaces como los psicofármacos y, la combinación con éstos es más eficaz que cualquiera de las dos (como hemos revisado en este mismo manual, en el módulo de herramientas) ^f. En base a estos estudios se han desarrollado criterios para validar empíricamente formas concretas de intervención psicoterapéutica y ello se ha traducido en que la psicoterapia sola o en combinación con los psicofármacos se ha convertido en una alternativa terapéutica considerada (muchas veces como primera elección) en las Guías de Práctica Clínica que han proliferado a la luz de lo que se conoce como Medicina Basada en la Evidencia (o en las Pruebas) ⁶. Esta *validación empírica* se ha convertido en un objetivo clave de la investigación sobre todo desde la década de los ochenta. Ello ha hecho que la investigación se organice casi

siempre sobre sujetos caracterizados por una categoría diagnóstica reconocida en las grandes clasificaciones de consenso (DSM o CIE), y utilice una metodología rigurosa de ensayo clínico aleatorizado en una de cuyas ramas se aplica la intervención que va a ser puesta a prueba realizada de acuerdo con un *manual* que garantiza que la intervención pueda considerarse la misma aunque sea aplicada por terapeutas diferentes y que va poder ser replicada en un futuro. Se han señalado las limitaciones de esta metodología que, aunque ha servido para demostrar la legitimidad de la práctica de la psicoterapia ha aportado poco al conocimiento del modo en el que puede resultar beneficiosa ^{6, 7, 8}.

Hay intervenciones sobre cuya eficacia se acumulan más pruebas que sobre otras (muy señaladamente las cognitivo-conductuales) porque se han realizado con ellas muchos más trabajos de investigación. Sin embargo, la sistemática superioridad de las aproximaciones basadas en un modelo psicoterapéutico sobre las de otros, sigue sin haber podido demostrarse ⁶.

Hay una creciente cantidad de pruebas, en cambio, que apuntan el sentido de que las técnicas específicas que los manuales intentan sistematizar son responsables sólo de una pequeña parte de su efecto - Lambert la fijó en un 15%- y la mayor parte de éste puede ser atribuida a aquello que las psicoterapias de todas las orientaciones comparten y que se conoce como *factores comunes*, que han sido objeto de una cantidad muy importante de investigación en los últimos años ⁹. La psicoterapia además se utiliza con mucha frecuencia en combinación con psicofármacos. En la medida en la que ha sido comparada con las dos modalidades de tratamiento aisladas, la combinación ha demostrado mejores resultados que cada una de ellas por separado, a pesar de que esta diferencia tiende a ser enmascarada con la metodología utilizada en los trabajos que la han puesto de manifiesto ¹⁰.

La investigación de proceso, que se orienta a estudiar lo que sucede en el curso

de la terapia y el modo en el que los participantes y la relación entre ellos contribuye a él – y más concretamente la que intenta poner en relación éste con los resultados –, ha desarrollado metodologías sofisticadas que permiten una reflexión sobre la práctica más allá de la mera consideración de su utilidad en la forma estática consagrada en un manual^{7, 8}. Uno de los fenómenos que se han desarrollado en ese campo es el de una utilización creciente de las metodologías de investigación cualitativa⁷.

Una vez bien establecida por la investigación que la psicoterapia es un tratamiento eficaz para la mayor parte de los trastornos mentales, de modo recursivo, la formación de los futuros terapeutas se hace imprescindible para la implementación de programas terapéuticos de calidad.

FORMACIÓN EN REHABILITACIÓN

El modelo comunitario de atención en salud mental que se ha ido desarrollando en las últimas décadas en nuestro estado ha constituido el escenario en el que ha empezado a actuar una, en su origen, atrevida y optimista nueva modalidad de atención a las personas que padecían un trastorno mental grave: la rehabilitación psicosocial. En su inicio cuestionada o al menos observada con ojos recelosos desde visiones más tradicionalistas de la salud mental, su crecimiento a lo largo del desarrollo del modelo o modelos comunitarios ha sido imparable. Imparable en varios sentidos: en primer lugar y de forma muy visible, con la creación de numerosos recursos, dispositivos y programas a lo largo y ancho de todo el Estado. En segundo lugar ha habido un importante desarrollo conceptual y metodológico en el campo de la rehabilitación psicosocial, con nuevos progresos que no tanto han ido invalidando modelos anteriores sino que los han ido integrando y superando. Y en tercer lugar la rehabilitación psicosocial ha ido sustentando sus prácticas no tanto sobre el buen hacer y el sentido común, sino sobre pruebas científicas que paso a paso fueron

avalando, justificando y apuntalando la rehabilitación psicosocial como un elemento esencial en el tratamiento integral de las personas que padecen un trastorno mental grave. La rehabilitación psicosocial ha ido recorriendo un camino difícil y lleno de obstáculos desde las periferias de los modelos de atención hasta ocupar un lugar central en dichos modelos. Prueba de ello es por ejemplo la consideración de la rehabilitación psicosocial como prestación sanitaria en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud¹¹ o que las principales guías clínicas o de manejo del trastorno mental grave contemplan la rehabilitación psicosocial junto al abordaje farmacológico como los tratamientos de elección en la atención a esta población.

Este indiscutible avance de la rehabilitación psicosocial ha propiciado la irrupción de un cantidad importantísima de nuevos profesionales de lo “psi” y de lo social que en muchos casos se han puesto a desarrollar programas de rehabilitación con una formación, experiencia y capacitación en rehabilitación obtenida, en el mejor de los casos, de fuentes diversas y heterogéneas, y en el peor de los caso de su sentido común. Parece un sinsentido que una parte imprescindible de la atención al trastorno mental grave, los servicios y profesionales de la rehabilitación, no cuenten con un sistema reglado de capacitación específica en esta área.

Esta falta de regulación ha producido una importante heterogeneidad en la práctica cotidiana de la rehabilitación, calificándose como rehabilitadoras actividades, programas o estrategias de dudosa utilidad para la mejora e integración de las personas con un trastorno mental grave. Un posible remedio para afrontar esta situación, junto a otros que habría que poner en marcha, pasaría por una regulación y acreditación de profesionales, recursos y prácticas en rehabilitación psicosocial. Un primer problema que se toparía esta regulación sería consensuar el modelo de capacitación y las bases filosófi-

cas/conceptuales, metodológica y técnicas sobre las que éste debería sustentarse. A nuestro entender dicha capacitación debería basarse en sólidos principios filosóficos (integración, autonomía, normalización, individualización, capacitación y la recuperación), metodológicos (evaluación funcional, planificación individualizada, desarrollo de competencias/habilidades y trabajo con el paciente y su entorno) y técnicos (de programas e intervenciones que estén avalados por evidencias científicas).

Por todo lo anterior la capacitación en rehabilitación psicosocial debería combinar acciones para la formación teórica, acciones para la práctica profesional y supervisión por profesionales expertos en la materia. Lógicamente tres deberían ser los escenarios donde esta propuesta debería llevarse a cabo:

- La formación pregrado: con la inclusión de asignaturas específicas en grados universitarios sobre rehabilitación psicosocial en los programas docentes complementadas con periodos de prácticas en dispositivos de rehabilitación. También la creación de algún módulo de formación profesional en rehabilitación psicosocial podría favorecer la mejor cualificación de algunos profesionales de vital importancia en los procesos de rehabilitación como son los monitores, educadores o auxiliares de rehabilitación.
- La formación postgrado: con una potenciación de las rotaciones en rehabilitación de los programas de formación PIR, MIR y EIR, y la posibilidad de crear áreas de capacitación específica en rehabilitación psicosocial. En el ámbito Universitario, la implementación de másteres en rehabilitación supondría una alternativa válida para que los profesionales que se acercasen al campo de la rehabilitación lo hiciesen con un importante bagaje de conocimientos y capacidades.
- La formación continuada: como elemento imprescindible para el reciclaje y mejora de la atención que los profesionales pres-

tan en el abordaje del trastorno mental grave.

En resumen, una regulación de la especialidad de rehabilitación psicosocial se hace imprescindible por la gran y variada cantidad de profesiones que trabajan en este ámbito, por su heterogeneidad de capacitación y por una mejora de la atención al trastorno mental grave. Dicha regulación debería basarse en una combinación de conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridas por un proceso de aprendizaje estructurado, específico, progresivo y supervisado.

7.3.4 EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN SALUD MENTAL

El trabajo social como profesión surgió vinculada al mundo de la salud hace más de un siglo, incluso las primeras escuelas de formación para trabajadores sociales fueron fundadas por médicos o estaban vinculadas a hospitales. El desarrollo histórico del trabajo social lo ha ido consolidando como una figura profesional de referencia dentro del sistema de Servicios Sociales, en la medida que éste se iba consolidando como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, consolidación en riesgo en los momentos actuales.

El trabajo social en el ámbito sanitario y en concreto en la atención a la salud mental de los ciudadanos ha ido desarrollándose simultáneamente acentuando su carácter clínico, la vinculación de su intervención a los procesos de salud-enfermedad.

La definición del trabajo social en sanidad ha ido recorriendo un largo camino desde entenderlo como el “trabajo social en el ámbito de la salud” desde una visión generalista de la profesión al concepto de “trabajo social clínico” para llegar al momento actual donde se asume con cierta unanimidad el concepto de trabajo social sanitario. Que es definido por Dolors Colom como “la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del

término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado de Bienestar dentro del cual se inscribe. La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras. Es preciso evitar la confusión del trabajo social sanitario con el practicado en otros ámbitos, como los servicios sociales, la educación, el trabajo o la justicia¹².

El trabajo social sanitario ha estado marcado en los últimos años por el desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que excluía al trabajo social de las profesiones sanitarias, sin tener en cuenta la larga tradición de los trabajadores sociales en los equipos multiprofesionales de salud, ni el concepto biopsicosocial de la salud defendido por la OMS. Es en el ámbito de la salud mental donde se observa de manera más evidente el carácter multiprofesional y biopsicosocial de las intervenciones sanitarias. Estando los trabajadores sociales insertados en los equipos de salud mental desde hace décadas y formando parte de los equipos básicos de atención a la enfermedad mental en todos los planes y programas desarrollados tanto a nivel estatal como internacional.

La ley de ordenación de profesiones sanitarias ha supuesto una clara dificultad para el desarrollo de esta visión de la atención en salud mental, ha dificultado en algunas comunidades autónomas el adecuado ejercicio de la intervención de los trabajadores sociales sanitarios (acceso a historias clínicas limitado, dificultades para la formación continua...) y la consiguiente incidencia en un adecuado trabajo en equipo con una integración del diagnóstico social en las intervenciones terapéuticas.

Desde el Consejo General del trabajo social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud se está desarrollando la so-

licitud de especialización en Ciencias de la Salud del trabajo social sanitario como vía para su reconocimiento como profesión sanitaria¹³. Es imprescindible el desarrollo de una formación especializada de los trabajadores sociales sanitarios de los servicios de salud mental. El desarrollo del Grado en Trabajo Social abre la puerta a la posibilidad de especialización, pero es importante que la misma pueda insertarse en el sistema de formación especializada del sistema sanitario español vía sistema de residencia. Residencia en trabajo social sanitario que ya existe en otros países. La misma debe consolidar la formación en salud mental de los trabajadores sociales, permitiendo un tiempo de formación en dispositivos específicos.

En cuanto a la formación continua los trabajadores sociales deben participar en la formación integrada de los equipos multiprofesionales. Deben aportar además formación en el ámbito propio del trabajo social a compañeros de otras disciplinas, siendo de gran interés la aportación desde el trabajo social, rehabilitación, intervención comunitaria, intervención familiar... que los trabajadores sociales pueden hacer en la formación de residentes de psicología, psiquiatría y enfermería.

Los trabajadores sociales deben participar, así mismo, en la investigación de los determinantes sociales de la enfermedad mental; pero no solo, también investigar y analizar las consecuencias sociales de la enfermedad mental en el individuo, la familia, el grupo y la comunidad. Investigación que permita establecer estrategias en la lucha contra la exclusión social de las personas que padecen enfermedades mentales graves y crónicas.

El papel de los trabajadores sociales sanitarios en el desarrollo de los modelos de atención comunitaria a las personas que padecen una enfermedad mental grave y crónica ha generado una amplia formación en los modelos de gestión de casos, coordinación sociosanitaria, trabajo en red,

continuidad de cuidados... Creemos que la formación continua en modelos de atención comunitaria y continuidad de cuidados (case management) debe afianzarse y consolidar modelos homogéneos y avalados de formación. Es de vital importancia el desarrollo de modelos formativos en atención temprana en psicosis, donde una rápida intervención sobre el entorno social y laboral de los pacientes garantiza la prevención de futuras situaciones de marginación social.

La formación específica en salud mental infanto-juvenil es una línea importante a desarrollar. Los trabajadores sociales sanitarios intervienen con las familias y con los niños y niñas que son atendidos en los servicios de salud mental, con especial incidencia en las situaciones de riesgo social. Es importante, más que en ningún otro sector de población, que en la atención a la infancia la formación de los profesionales sea integrada y multiprofesional.

Otros ámbitos como la violencia de género, la inmigración, las personas sin hogar... son ámbitos prioritarios de formación para los profesionales de la salud mental y donde los trabajadores sociales deben cumplir un papel fundamental.

Por otra parte no debemos dejar de lado la importancia de formación en salud mental de los trabajadores sociales del sistema de Servicios Sociales Generales, profesionales que atienden cotidianamente a personas con enfermedad mental y que son muchas

veces el referente profesional que detecta situaciones de desatención de pacientes excluidos o que no han accedido a la red sanitaria.

Deben existir asignaturas relacionadas con la salud mental en la formación pregrado de los trabajadores sociales y desarrollar actividades formativas conjuntas entre el sistema sanitario y el social que permitan el intercambio de experiencias y un marco de conocimiento integrado en torno a las necesidades sociosanitarias de los pacientes.

RESUMEN

Existen áreas de formación especializada que aun no cuentan con una regulación para su adquisición en nuestro país y que son de suma importancia para la formación de los profesionales que deben desempeñar su actividad en servicios de salud mental comunitarios.

En el presente capítulo se revisaran los aspectos más relevantes de algunas de estas áreas no regladas, como:

- Salud Mental del Niño y del Adolescente.
- Formación de terapeutas e investigación en Psicoterapia.
- Rehabilitación.
- Trabajo social.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Rodríguez Vega B, Salvador I, Pérez F. Acreditación en Áreas Profesionales Específicas (Sección de acreditación ESMAEN). En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Escuela de Salud Mental de la AEN. Cuaderno técnico 11. AEN, Madrid, 2009. 29-54. Repasa los criterios de acreditación de la Escuela de Salud Mental de la AEN en áreas no regladas actualmente (psicoterapia, rehabilitación psicossocial y atención al área del Niño y Adolescente) pero que han tenido un mayor desarrollo técnico, asistencial e histórico en el campo de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rothenberger A. The training logbook of UEMS section/board on child and adolescent psychiatry (CAPP) progress concerning European harmonization. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Sep;10(3):211-3 (nota de los editores).
- (2) Fernandez Liria A, Rodríguez Vega B. Aspectos esenciales de la formación psicoterapéutica para la clínica en salud mental. En: Espino A, Olabarría B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, pp. 331-47. ISBN 84-95287-15-3

- (3) "Real Decreto 63/1995 BOE 10/2/95," 1995.
- (4) Gómez Beneyto M (coord). La Escuela de Salud Mental de la AEN. Madrid: Cuaderno Técnico AEN n 11; 2009.. Pag 31-35.
- (5) Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF). Documento marco de consenso para la acreditación de psicoterapeutas. Septiembre 2011. Puede consultarse en: <http://www.feap.es/noticia.php?id=109>
- (6) Lambert MJ & Olges BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp 139-193). New York: Wiley; 2003.
- (7) Hill C. Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M Lambert (ed). *Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp 84-135). New York: Wiley; 2004.
- (8) Orlinsky D, Ronnestad M & Willutzki. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M Lambert (ed). *Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp 307-389). Wiley, New York, 2004.
- (9) Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work; therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press: 2002.
- (10) Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2008). La era de los tratamientos integrados: combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVII (II), 39-148.
- (11) REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Puede consultarse el texto en: <http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>
- (12) Colom, Dolors. *El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Ed. Ekaina, 2010.
- (13) Consejo General del Trabajo Social. *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Puede consultarse en http://www.cgtrabajosocial.es/madrid/documentos/La_especializacion_en_Ciencias_de_la_Salud_del_Trabajo_Social.pdf. 2011.