



OBSERVATORIO DE LA SALUD MENTAL MENTAL HEALTH OBSERVATORY

TEMA DE TRABAJO: FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

SESIÓN DE TRABAJO DEL DÍA 22 DE MAYO DE 2023

En este artículo se desganan los pros y contras de la creación de la especialidad de Psiquiatría infantil y juvenil por el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto. Esta responde a una necesidad social y asistencial ya que según un metaanálisis publicado en 2021 la edad de comienzo de un trastorno mental es entre los 8 y los 15 años con lo que se hace imprescindible el reconocimiento de los profesionales que intervienen en estas edades.

Se refleja también la controversia actual de la psicología clínica que establece dos vías formativas (PIR y PGS) y su lugar en el sistema de salud público.

Presentes en la reunión: Jesús Artal, psiquiatra, JM Farré, psiquiatra, Diana Molina, psicóloga y Miquel Agulló, psicólogo

Jesús Artal: Después de varios años de trabajos era una necesidad deseada el contar con la especialidad de Psiquiatría en infancia y adolescencia y también disfrutar de un año más de formación. Ha salido la norma con 5 años

de formación y la orden que regula cuales son los itinerarios formativos de los psiquiatras tanto adultos como de infanto-juveniles. Detecta que podría manifestarse una disparidad de criterio entre los que pensaban que podría ser una nueva especialidad y los que consideraban que podría formar parte de un área de capacitación específica. Contamos con una normativa que no se ha desarrollado todavía en la cual es plausible la formar diferentes áreas de capacitación específica a propuesta de sociedades científicas, consejerías de gobiernos autónomos, etc. Se podría discutir si la Psiquiatría de la infancia y adolescencia sería una especialidad o un área de capacitación específica. Se optó por la especialidad y además ha coincidido con durar no solo 4 sino 5 años.

Estamos ante una oportunidad perdida; el hecho de contar con una formación de 5 años hubiera permitido una mejor capacitación en algunos ámbitos que no estaban desarrollados, como la psicoterapia o la psicogeriatría, hospitales de día, programas para primeros episodios... Sin embargo, lo que se ha conseguido es que al final todos los psiquiatras de infantojuvenil están obligados a rotar obligatoriamente



un mínimo de 8 meses por la especialidad de psiquiatría del adulto y los psiquiatras del adulto tienen que rotar al menos 8 meses por psiquiatría infantil y juvenil, sin que, además, a medio plazo puedan trabajar en ninguna de estas especialidades. Porque nosotros sí que somos especialistas en psiquiatría y, por tanto, podemos visitar también, en teoría, a los adolescentes. Eso es debido a la llamada "troncalidad": se ha estructurado una troncalidad con psiquiatría infantil con la que algunos no estamos de acuerdo. Éste es el punto de discusión. Es una oportunidad perdida el hecho de estar 8 meses dentro de una especialidad que no podrán ejercer, cuando podrían estar especializándose mejor. No considera que las áreas de capacitación sean una oportunidad perdida: son una herramienta que está presente en la legislación pero en que todavía no se ha concretado una propuesta en psiquiatría de ninguna área de capacitación, por ejemplo, Psiquiatría de enlace. Ésta es una herramienta que está ahí y, hasta donde yo sé, todavía nadie ha hecho una propuesta. Deberían acreditarse ciertos hospitales para impartir esta formación específica. Eso no está desarrollado todavía, en todo caso cuando nos adaptemos a los nuevos itinerarios deberán acreditarse grupos de centros para que puedan formar a los futuros psiquiatras infantiles. Porque de momento sabéis que solo se han ofertado 20 plazas en toda España y esas plazas se han ocupado muy tarde, se ha tardado en que fuesen escogidas, se confiaba en un mayor entusiasmo. Y las áreas de capacitación específica ya se desarrollarán.

JM Farré: En este sentido nuestra formación fue pionera en el Hospital Clínico de Barcelona donde el Dr. Toro, fue de los primeros no sólo en España sino en Europa de conformar una psiquiatría infanto-juvenil. De hecho, la psiquiatría infanto-juvenil coexistía con otras áreas de capacitación específica como la terapia cognitivo conductual o la psicossomática.

Jesús Artal: Se pierden muchas cosas, nosotros no hemos podido influir tanto. Actualmente hay que reacreditar a todos los centros. Nosotros queremos acreditar plazas de infanto-juvenil, debemos cumplir unos criterios como disponer de un número de psiquiatras infantiles, unos dispositivos, una lista de espera, una serie de datos... Pero cuando desee que acrediten nuestra unidad de docencia multiprofesional conformada por unidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería y solicitamos infanto-juvenil podríamos correr el riesgo teórico, y quizá práctico, de que no te acrediten la plaza de infantil y no te reacrediten alguna de las estructuras

con las que ya contabas. Suponiendo que todos podamos reacreditarnos, hay un proceso que no sé cuánto tiempo llevará que es reacreditar todos aquellos que quieran ampliar sus unidades docentes y va a ser un trabajo ímprobo. Creo que es una pérdida de oportunidades y de tiempo.

Diana Molina: He entendido que esto de rotar 8 meses unos en el servicio de otros, tenía que ver con la troncalidad.

Dr. Jesús Artal: El concepto de troncalidad correlación con otras áreas del conocimiento. Creo que deberíamos ser troncales con neurología o con alguna otra especialidad y eso es lo que no se ha desarrollado. Al final se ha quedado en que somos el mismo tronco, somos los mismos, no es que seamos troncos de nada. Si empezamos a buscar estas relaciones, seríamos nosotros el tronco de la psiquiatría infantil, por aquello de que somos más antiguos. Es un tema que me ha dejado mal sabor de boca o que no entiendo. La troncalidad ha muerto, desde luego en psiquiatría hemos abandonado esa idea por lo menos no se ha desarrollado.

JM Farré: De hecho, la psiquiatría infanto-juvenil la aceptábamos como tal en todos en los hospitales que la disfrutaban. Yo lo viví en el Hospital Clínico de Barcelona. Eso sí, hacían las mismas guardias que nosotros, estaban, se decía "están con el Dr. Toro"; estaban en infanto-juvenil y por tanto los reconocíamos como tales. Esta situación se ha reconvertido en una necesidad troncal en cada uno de los hospitales. Seguro que en el hospital de Valdecilla hay unos psiquiatras y unos psicólogos dentro de un "tronco" infanto-juvenil".

Jesús Artal: Sí, además sabéis que cuando salió el decreto, había una forma de acceder para ser psiquiatra infantil. Se accedía si habías acreditado trabajar en el hospital un número de años en infanto-juvenil, de forma monográfica. En nuestro hospital somos 32 psiquiatras y 5 de ellos han conseguido el título de psiquiatra infantil porque lo han acreditado, 4 porque se dedican sólo a eso y uno porque ha atendido muchos años a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

JM Farré: Recordad la sesión sobre la adolescencia y que se publicó en el No. 22 de nuestra revista con el psicólogo Dr. J. Puntí y el psiquiatra Dr. Pedro Ruiz que ahora es el jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza, o sea que en Zaragoza el jefe del Servicio de Psiquiatría va a ser un Psiquiatra infanto-juvenil reconocido. Lo que quiero decir es que no entiendo por qué se debe rotar 8 meses en infanto-juvenil cuando no se va uno a especializar en esta rama, eso es lo que no entiendo, cuando a lo mejor iría muy bien estar



un tiempo en los programas de enlace por dar un ejemplo. Estaría bien que pudieran estar en un hospital de día, conocer la posibilidad de la atención domiciliaria tanto en adultos o como adolescentes... Tendrán que hacer encaje de bolillos para conseguir que estas dos especialidades se pongan de acuerdo. Porque luego, en medio de todo esto estarán los psicólogos infante-juveniles, actualmente integrados dentro de la psicología general. ¿Existirá una especialidad vía PIR de infante-juvenil?

Diana Molina: Yo creo que los psicólogos estamos lejos, circulamos en una etapa previa. Considero que todavía no hemos llegado ahí porque debemos resolver algo anterior; estamos sumergidos en la controversia entre los que han conseguido la especialidad clínica mediante PIR, se llaman PEPC (psicólogos especializados en psicología clínica) y otra figura que son los psicólogos generales sanitarios (PGS). No estamos discutiendo si hay psicólogos infantiles, se está discutiendo la cohabitación de los PIR y PGS. De momento sólo pueden trabajar en el Sistema Nacional de Salud los PIR. A los PGS, aunque tengan competencia, formación y experiencia no se les permite trabajar en esta estructura pública, aunque hay alguna sentencia de la Audiencia Nacional que reconoce que los PGS están formados y pueden trabajar en prevención, promoción y difusión de la salud y que gozan de formación suficiente para poder emitir diagnósticos, para poder intervenir terapéuticamente. Hay una gran masa de PGS que están trabajando en consultas privadas, diagnosticando y tratando, pero no tienen un reconocimiento, con lo cual todavía no hemos llegado al otro tema. Se necesitan muchos más psicólogos clínicos, pero no pueden ser PGS al menos en el Sistema Nacional de Salud, aunque gocen de formación, en muchos casos en un Hospital público.

Jesús Artal: Esto se complica, porque en muchos sitios y desde luego, en Cantabria; vamos a contar con un grupo de psicólogos clínicos en atención primaria, que no sabemos si van a depender del servicio de psiquiatría o de primaria, entonces estos, ¿Por qué no podrían ser PGS?

Diana Molina: Por lo que yo sé, estos van a ser PGS y se llamarán "referentes del bienestar emocional"; en Cataluña se

llaman RBEC. Este colectivo parece ser que están muy enfadados porque no les van a dejar diagnosticar, aunque vean claro y meridiano el diagnóstico. Sólo podrán participar en grupos de intervención en habilidades sociales, autoestima y van a tener que afrontarlo junto al colectivo de enfermería que, hasta ahora, en algunos centros de atención primaria, desarrollan estas funciones y les gustan.

Jesús Artal: Si os dais cuenta, la Historia está llena de oportunidades perdidas

JM Farré: Yo creo que el tema es que no hay suficientes plazas para PIR. Hay muchos psicólogos, se ha creado un PGS y se han precipitado una serie de inconvenientes.

Jesús Artal: En psicooncología, se puede abordar de dos maneras: con psicólogos clínicos de plantilla o mediante convenios con la Cruz Roja o con la Asociación española Contra el Cáncer. Valdecilla siempre ha optado por convenios. Pues bien, como la mayoría no son clínicos están ahí visitando pacientes, pero dicen "no diagnostiques, ojo con la historia"... van a estar siempre en un sin vivir en mí.

Diana Molina: Encorsetados, observando problemas y no pudiendo intervenir. Se crean unas leyes que son contradictorias.

Jesús Artal: Respecto a los PGS, es posible que dentro de unos pocos años se presente una especie de convocatoria en la que aquellos que puedan acreditar PGS que están trabajando x años en centros y los jefes corroboren... igual les pasan a ser clínicos, porque habrá falta de clínicos; ya la hay.

JM Farré: Algunos de ellos muy bien formados, tanto en clínica como en investigación. Pero claro, no les puedes dar más. Pero lo que dice Jesús es que va haber un movimiento que se resolverá con una convocatoria. Yo creo que sería oportuno convocar, además, más plazas de PIR a fin de conseguir más psicólogos clínicos oficiales. Y, mientras, buscar una forma digna de cohabitación PGS- PIR:

Diana Molina: Los datos de que yo dispongo: PIR=4359 y PGS= 28157.

JM Farré: Estas cifras por sí mismas suponen un problema y la verdad es que no sé cómo se puede resolver.