

Papeles del Psicólogo Papeles del Colegio

MADRID - SEPTIEMBRE 1983

Nº 10/11



...a fondo

SALUD MENTAL Y REFORMA SANITARIA

**UTILIDAD DE LA CIENCIA
PSICOLOGICA,** Nicolás Seisdedos

**CONFLICTO EN EL
AYUNTAMIENTO DE
SAN FERNANDO DE HENARES**

Sumario

Editorial	
● Salud y psicología	1
Revista de prensa	
● Colegios profesionales	2
Papeles de los psicólogos	4
A fondo, salud mental y reforma sanitaria	
● 1/Criterios generales para la Ley de Bases desde la perspectiva de los psicólogos. <i>Informe del Colegio Oficial</i>	5
● 2/Atención primaria y salud mental. <i>J. A. Espino, J. C. Fraile, I. Mateo y A. Moriñigo</i>	9
● 3/Participación del psicólogo en equipos interdisciplinarios de salud. <i>J. R. Fernández Hermida, J. R. Martínez Camino y Marino Pérez Álvarez</i>	11
● 4/Programas en entrenamiento de autocuidado en atención primaria de salud. <i>Miguel Costa, Ernesto López, Blas Agüera y Rosario González</i>	19
Reflexiones	
● Utilidad de la ciencia psicológica. <i>Nicolás Seisdedos</i>	27
La profesión	
● Informe sobre el trabajo de un equipo de psicólogos en San Fernando de Henares. <i>Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos</i>	35
Encuentros científicos	39
Debate	
● Psicología y fracaso escolar. <i>Antonio Pérez y Emilio Ciudad</i>	49
Experiencias	
● Los niños límites y su problemática escolar. <i>Ana María Llopis</i>	51
● Consideraciones teóricas sobre ciertos aspectos del proceso de inserción de un equipo técnico en el área de salud comunitaria. <i>Emilio Irázabal</i>	53
Información colegial	59
Documentación	
● Papel del psicólogo en el equipo médico. <i>Comité Europeo de Salud Pública del Consejo de Europa</i> ..	65
● La psicología de la salud en Cuba. <i>Lourdes García Averasturi y Loretta Rodríguez Almeyda</i>	75
Sala de lecturas	79
Anuncios breves	85
Entrevista	87

“Papeles del Colegio. Psicólogos” se distribuye gratuitamente a los colegiados de aquellas delegaciones que lo solicitan.

Suscripción para todos los demás: cinco números, uno doble, 900 ptas. Número suelto, 200 ptas. Número doble, 300 ptas.

Editorial

Salud y psicología

Director:

Adolfo Hernández

Director adjunto:

Carlos Camarero

Redacción:

Alfredo Fierro

Fernando Gállego

Daniel Iribar

(redactor jefe)

Ricardo Lucas

Colaboran en este número:

B. Agüera, F.J. Alba, E. Ciudad,
M. Costa, J.C. Duro, C. Escudero,
J.A. Espino, J.R. Fernández
Hermida, J.C. Fraile, L. García
Averasturiz, R. González, E. Irazábal,
A. Lassaletta, E. López,
A.M. Llopis, J.R. Martínez Camino,
I. Mateo, A. Morínigo, A. Pérez,
M. Pérez, L. Rodríguez Almeyda,
E. Salat y N. Seisdedos

Edición y diseño:

Daniel Iribar

Portada:

Daniel Iribar a partir de la
pintura de Erich Heckel
"Hombre enfermo"

Depósito Legal:

M-27453-1981.

ISSNº 211-7851.

Redacción y Administración:

Fernández de los Ríos, 87

Tfno.: 244 58 13. Madrid-15.

Distribución:

Secretaría de la Delegación de
Madrid del Colegio Oficial de
Psicólogos.

Fotocomposición e impresión:

Stelvio, Impresores. Matilde

Hernández, 28. Madrid.

Edita:

Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

De este número de "Papeles del
Colegio", se han editado 8.150
ejemplares.

Los editores no se hacen
responsables de las opiniones
vertidas en los artículos
publicados.

**Junta Rectora de la
Delegación de Madrid del
Colegio Oficial de Psicólogos:**

Carlos Camarero

—presidente—

Alejandro Avila

—vicepresidente—

Adolfo Hernández

—secretario—

José María Prieto

—vicesecretario—

Antonio Pérez

—tesorero—

Y los vocales:

Julio Alvarez

Juan Carlos Duro

Consuelo Escudero

Luis Llavona

Victor Pérez

Pablo del Río

Mariana Segura

Encarnación Vázquez

**Responsable de Publicaciones
y Documentación:**

Adolfo Hernández

CUATRO Leyes Básicas van a configurar la Reforma de la actual administración sanitaria: las de Defensa del Consumidor, de la Sanidad, del Medicamento y de la Sanidad Alimentaria. La segunda de ellas, la Ley Básica de la Sanidad, atañe muy directamente al futuro de nuestra profesión.

Si tal Ley se limitara a revisar el lado administrativo y gerencial del sistema sanitario no tardaríamos en oír lamentos sobre la nueva "ocasión perdida" para la reforma sanitaria. Es cierto que la actual gestión de los entes sanitarios no resiste la crítica de cualquier persona medianamente familiarizada con las normas administrativas generalmente admitidas; establecer controles y racionalizar el gasto son tareas imprescindibles y urgentes. Pero la reforma sanitaria no puede reducirse a esas "imprescindibles y urgentes" tareas: busquen afanosamente debajo de las alfombras, lleven a los tribunales a los defraudadores; pero no se limiten a eso: definan, sobre todo, un nuevo modelo sanitario que parta de unas bases distintas a las del actual.

Afortunadamente ese parece ser el criterio del ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, a tenor de sus declaraciones públicas.

La medicina exclusivamente curativa que se ha venido practicando en España está mostrando día a día su inadecuación para resolver los problemas de la salud y de la enfermedad. En los foros científicos en que se analizan estos problemas se afirma que no pocos factores del comportamiento contribuyen a la salud o enfermedad de los ciudadanos; algunos de los trastornos más importantes surgen en función del estilo de vida o, al menos, reciben de él variados estímulos: hábitos tales como el de fumar, el consumo de bebidas o de drogas son factores de riesgo importantes; ciertos modelos de alimentación o regímenes de vida en los que el ejercicio es insuficiente, conducen a la enfermedad; ante extremas exigencias sociales los individuos responden inadaptativamente, empujados a senderos en los que la medicación excesiva es inevitable; su destino es el "stress"...; hablar, en 1983, de enfermedades cardiovasculares o renales sin referirse a las causas de la hipertensión, o estudiar traumatismos con pérdidas funcionales, o el cáncer, sin traspasar el "sagrado recinto" del modelo médico tradicional es situarse ante el dilema de la enfermedad y la salud como lo haría la estatua de Lot: inmóvil y mirando hacia atrás.

Hay que hablar de salud, no sólo de enfermedad, aunque, eso sí, sin emular a la estatua de Lot, ni a ninguna otra, es decir situándose en la contemporaneidad. Un enfoque contemporáneo del problema integrará en la salud lo físico y lo psicológico con el contexto social; se referirá, al estudiarla, tanto al individuo como a la familia, tanto a los grupos como a las instituciones, a la comunidad en su conjunto.

Un nuevo modelo sanitario tendría que tener como objetivo fundamental la promoción de la salud. Lo asistencial se complementaría con la prevención, la rehabilitación y la reinserción social.

Al necesario giro de la política sanitaria, que acerque tal modelo, los psicólogos y la psicología pueden aportar un capital de primer orden: existe en nuestra profesión un potencial de saberes y de personas subempleados. Su utilización plena modificaría importantes aspectos negativos de la actual administración sanitaria, tanto al ejercer sus técnicas con los ciudadanos, como al utilizarlas en la mejora de la interacción entre los diversos participantes en el sistema de salud.

Salud y ciencias del comportamiento tienen más puntos en común de los que ciertas tradiciones sanitarias reconocerían. Este es el momento, cuando se va a elaborar una Ley Básica de Sanidad, de recordarlo.

Colegios profesionales

Presentamos en estas dos páginas de Revista de prensa las posiciones editoriales de los más importantes diarios nacionales sobre una posible propuesta de modificación de la legislación sobre Colegios Profesionales.

La última idea represora

"Diario 16", 12/6/83

El Gobierno pretende amordazar a los colegios profesionales impidiéndoles intervenir en la vida política, a través de una ley que limitaría sensiblemente las libertades de expresión y asociación, de forma contraria a la Constitución.

Este periódico ha denunciado muchas veces la utilización de ciertos colegios —el de médicos, la propia Asociación de la Prensa— como plataforma de intereses reaccionarios. Creemos que el corporativismo es uno de los rasgos más insolidarios de la sociedad actual y apurando un poco las cosas, nada nos gustaría tanto como que estas instituciones desaparecieran por falta de vertebración y apoyo real.

Pero el hecho de que algo no nos guste —a nosotros o al Gobierno— no puede dar pie a cercenar artificialmente su desarrollo. Si cualquier ciudadano tiene derecho a exponer públicamente su opinión sobre la OTAN, y todo el mundo encuentra perfectamente normal que también lo haga la UGT, no hay ninguna razón legítima por la que se pueda prohibir hacer otro tanto al Colegio de Arquitectos.

El Gobierno parece a punto de caer en la típica trampa de quienes activan mecanismos represores. Estamos seguros —siguiendo con el ejemplo— de que muy pocos arquitectos desearán que su corporación se pronuncie sobre la OTAN, excepto si alguien lo prohíbe.

El colmo de la incoherencia llega cuando, tras pretender constreñir a los colegios al ámbito estrictamente profesional, el proyecto de ley impide a sus presidentes estar en ejercicio. Alguien en el Gobierno debería crear el Colegio de Legisladores Paranoicos.

Editorial

La tentación del corporativismo

"El País", 14/6/83

Los comentarios sobre el borrador de un proyecto de ley corren el riesgo de arar en el mar. Estos documentos de trabajo suelen sufrir cambios, no sólo de detalle, sino también doctrinarios, antes de que el Consejo de Ministros envíe al Congreso el proyecto definitivamente concluido. Esperamos que tal suceda con el borrador del proyecto de ley Reguladora de los Colegios Pro-

fesionales, de cuyo contenido dio un amplio resumen "El País" el pasado sábado.

El borrador se ocupa del régimen jurídico de los colegios profesionales, a fin de delimitar su ámbito de actuación y de establecer un sistema democrático en su funcionamiento y estructura interna. El ejercicio de las profesiones tituladas será objeto de una futura ley básica. Los profesionales que sean funcionarios públicos y los profesionales que mantengan una relación laboral de vínculo único y continuado con una empresa quedan separados totalmente de los profesionales que se dediquen al ejercicio libre de su actividad, únicos a quienes se exigirá la pertenencia a los colegios profesionales, corporaciones de derecho público en las que "el Estado delega, entre otras funciones, la garantía del ejercicio profesional libre frente a la sociedad".

El documento critica la legislación anterior sobre esta materia con el argumento de que respondía a "una época superada en la que la ausencia de libertad institucional determinó, a través del corporativismo, la atribución a dichos colegios de funciones políticas ajenas a su normal actividad profesional". No parece, sin embargo, que los contenidos de este documento hayan roto las ataduras con el pasado. El borrador, con notable incongruencia en sus propios términos, establece que "el ejercicio libre de cualquier profesión titulada requerirá la previa incorporación al colegio profesional en cuyo ámbito territorial se pretenda ejercer libremente dicha profesión". Esa obligación de inscripción que se exige a los profesionales libres para poder ejercer su actividad está aparentemente compensada por otra medida coercitiva simétrica, consistente en que los "colegios profesionales incorporarán obligatoriamente a quien lo solicite", previa acreditación de estar en posesión del título correspondiente. La incorporación al colegio profesional "llevará unida la obligación a contribuir a su sostenimiento" mediante el pago de las cuotas establecidas. Tras la lectura de ese esquizofrénico parágrafo, que alterna las referencias a la obligación y a la libertad con gracioso desenfado, sólo queda preguntarse por qué las universidades y escuelas técnicas entregan diplomas de licenciatura y doctorado a quienes sólo podrán ejercer, sin embargo, su profesión a costa de someterse a la disciplina de un único colegio.

Cada colegio recibirá un completo

monopolio en su campo correspondiente, ya que "dentro del ámbito territorial que tenga adscrito cada colegio no podrá constituirse otro de la misma profesión". Para asegurar el control de ese feudo, el borrador prohíbe cualquier "denominación coincidente o similar a la de otros colegios anteriormente existentes, o que no corresponda a la titulación poseída por sus componentes, o sea susceptible a inducir a error". Se fija como condición para la creación de un colegio profesional que el colectivo en cuestión "precise de un control deontológico y disciplinario", al colegio corresponderá no sólo "velar por el cumplimiento de las normas deontológicas y ejercer la facultad disciplinaria", sino también proponer a la Administración "la cuantía de los honorarios mínimos y máximos" y combatir el intrusismo.

A cambio de esa consagración del poder de los colegios profesionales, el borrador comienza a estas privilegiadas instituciones a una despolitización de sus actividades. Tampoco en este terreno los inventores de la fórmula se hallan tan lejos como suponen de la "época superada" que critican. La actividad de oposición al régimen anterior en el seno de los colegios profesionales se realizó en contra de la letra de las leyes y gracias a los esfuerzos de los profesionales demócratas por entroncar sus problemas sectoriales con la vida pública en su conjunto. El borrador socialista también prohíbe a los colegios desempeñar "funciones políticas ajenas a su normal actividad profesional", con el absurdo argumento de que la Constitución consagra a los partidos políticos y a los sindicatos como "entidades esenciales y únicas de expresión política y económica, ajenas a la Administración del Estado". Todos los premios que desea establecer el presidente del Congreso para animar la creatividad de los ciudadanos podrían acumularse para recompensar al audaz investigador que demostrara fehacientemente que la Constitución contiene semejante disparate.

El borrador no se conforma con exponer esa doctrina de apolitismo, sino que pone manos a la obra para aplicarla, exhibiendo el mismo horror que la Administración franquista solía mostrar hacia las manifestaciones sociales que transgredían las fronteras profesionales para invadir otros sectores de la vida social. Se establece "un sistema de tutela administrativa a favor del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social" o del órgano autonómico correspondiente, que deberán aprobar los estatutos de los colegios profesionales. El Gobierno podrá disolver las corporaciones existentes que no se adapten a la nueva legislación. Se excluye "toda actividad de participación polí-

tica, sindical o económica" de los colegios, que podrán "formular o distribuir declaraciones o manifestaciones de carácter político general". Los estatutos de los colegios "prohibirán" que los órganos colegiales deliberen o tomen acuerdos sobre esas materias nefandas. Se prohíben "las federaciones o uniones de colegios profesionales o consejos generales de distintas profesiones", y las federaciones de consejos generales autonómicos. Por misteriosas razones, cuya lógica no resulta fácil desentrañar, pero que pueden guardar relación con las ansias de control, el cargo de presidente, decano o síndico "será totalmente incompatible con el ejercicio de la profesión". El Ministerio de Trabajo, finalmente, podrá revisar o suspender los actos de los colegios profesionales y consejos generales y disolver sus juntas de gobierno.

El documento configura, de esta manera, un doble corsé del más rancio sabor corporativista. Se impide el ejercicio libre de la profesión a cualquier titulado que no esté inscrito en un colegio y se concede a estos gremios un monopolio absoluto de representación territorial. Pero esos colegios, a quienes el Estado concede poder disciplinario, son minuciosamente reglamentados por la Administración, a fin de evitar que, lejos de agradecer el monopolio de representación que se les dispensa, utilicen su fuerza contra el Gobierno. En definitiva, un catálogo de monstruosidades jurídicas y políticas digno del Gobierno de Arias Navarro, y hasta del de Carrero Blanco, que se ha sacado de la manga el ministro del cambio, señor Moscoso. Que Dios le conserve la vista.

Editorial

Proyecto anticonstitucional

"ABC", 14/6/83

Según noticia aparecida en un medio de comunicación próximo al Poder, el Gobierno prepara un proyecto de ley reguladora de los colegios profesionales que, de cristalizar, supondría la práctica desaparición de las actividades de estos Cuerpos. En el borrador del referido texto se señala que los colegios profesionales no podrán tener actuaciones políticas o sindicales, como negociaciones colectivas y huelgas, ni formular declaración alguna de carácter político general. Además se confiere al Ministerio de Trabajo, en el proyecto que se prepara, función de tutoría de estas organizaciones profesionales.

Evidentemente estamos ante la respuesta del Gobierno a la creación de la Unión Profesional, que agrupa a todas estas organizaciones profesionales, y, también, en la réplica al



aluvión de actos, declaraciones y tomas de posición en que los colegios se han producido sobre materias que afectan de lleno al ejercicio de las actividades que les son propias.

Una acción oficial en un sistema democrático puede ser acertada o errónea, justa o injusta, oportuna o inoportuna, pero nunca anticonstitucional. Y este proyecto en cuestión, además de ser erróneo, injusto e inoportuno, es, básicamente, anticonstitucional. Sus inspiradores olvidan que existe una Constitución con ciento sesenta y ocho artículos, aparte el treinta y seis, que ordena la regulación del régimen jurídico de los colegios profesionales. El desarrollo de este mandato constitucional no puede hacerse a espaldas del artículo noveno, donde se establece que los poderes públicos promoverán las condiciones para que la libertad de los grupos sociales sean efectivas; del artículo vigésimo segundo, que establece el derecho de asociación; del artículo vigésimo, que defiende la libertad de expresión, o del artículo vigésimo octavo, en el que se reconoce el derecho de huelga. Todo ello sin olvidar que estamos más bien ante un mandato para que se regulen las "peculiaridades propias" de los colegios profesionales.

La Constitución reconoce el papel de los grupos sociales, atribuyéndoles derechos y deberes, que el proyecto que consideramos no puede olvidar ni, mucho menos, cercenar. La democracia no empieza ni termina en los partidos políticos, y el texto constitucional sanciona la legitimidad de los distintos niveles de asociaciones. La función moderadora y correctora del Poder que juegan los colegios profesionales era definida en la segunda ponencia del Congreso de la Unión Profesional en los siguientes términos: "El objetivo directo de la actuación profesional debe ser el mantenimiento de la libertad y el equilibrio en la atribución del Poder, mediante la moderación de las exageraciones que pueda resultar de una burocracia compulsiva o de una empresa omnipotente." Ello es claro, máxime en un momento en que el poder político, municipal, sindical y autonómico aparece en manos de un solo partido.

Editorial

Algo más que estrictamente profesionales

"Ya", 14/6/83

Ha trascendido a los medios informativos el proyecto, al parecer existente, sobre colegios profesionales. Esa norma, prevista en el artículo 36 de nuestra Constitución, ha

provocado, inmediatamente, una polémica que, sin embargo, se ha centrado en si puede admitirse que los decanos de estas corporaciones sean incompatibles con el ejercicio profesional. Por importante que sea defender qué debe ser un profesional en ejercicio, como parece no sólo coherente con lo que una actividad profesional, por definición, es, sino, incluso, por utilidad, propia de la experiencia del ejercicio de aquella para dirigir el colegio que ha de vigilarla, es mucho más sustancial plantearse si no habrá detrás del texto conocido otras intenciones que pudieran tener su prolongación en la ley del profesional, que, asimismo, se dice que pronto será presentada por el Gobierno al Parlamento.

En principio nada podría alejarse, salvo lo dicho en sus presidencias, sobre el texto conocido. Se reconoce el carácter de corporaciones de derecho público que los colegios ostentan, se proclama el principio de colegiación obligatoria para el ejercicio profesional, una de las cuestiones siempre debatida, y se asignan a aquéllos las competencias usuales sobre defensa de intereses tanto de la profesión —mediante la vigilancia de la ética en su ejercicio— como de los profesionales. Pero donde puede surgir la cuestión es en la limitación de los colegios al ámbito estrictamente profesional, al prohibirse toda ingerencia en los ámbitos político, sindical e, incluso, económico. So pretexto de una "profesionalización" a ultranza y de la pureza de estas corporaciones ¿no se estará cercenando toda posibilidad de presencia pública de las mismas? Eso que personas tan dispares como los liberales en nuestra España decimonónica y por pruritos de libertad de ejercicio, los parlamentarios franceses de la convención revolucionaria, en su mayoría abogados, o un modesto letrado de San Petersburgo, llamado Lenin, extremaron al suprimir los colegios entonces existentes.

Efectivamente, puede existir el riesgo de que estas corporaciones se conviertan en organizaciones elitistas, pero ¿no es justo reconocer como elite a quienes han sabido adquirir un "status" social con su esfuerzo de preparación y ejercicio profesional? Puede existir en ellas la tentación de incidir, más allá de sus funciones, en la vida pública, en forma de "grupo de presión" o defensor de privilegios, pero, por temor a abusos, riesgo de la libertad? No puede dejar de oírse ni prohibirse la voz de estas corporaciones —por algo se proclaman de "derecho público" y "corporación"— en las cuestiones de interés general, sean políticas o económicas, o simplemente, sociales, desde la formación cualificada de sus miembros. Otra cosa será confundir o tratar de eli-

minar el exacto papel que corresponde a dicha presencia desde hace siglos. Como error sería confundir colegio y sindicato o tratar de sindicarlo a los profesionales colegiados, convirtiéndolos de independientes en "masificados" y "proletarizando", sin poner en ello ningún sentido peyorativo, su actividad.

Piénsese en el contrasentido de aceptar la opinión sobre temas tan distintos a su cometido como, por ejemplo, la UGT en su reciente Congreso pronunciándose contra el ingreso en la OTAN o algunos ayuntamientos a favor del aborto.

En suma, si hemos defendido siempre la creación y multiplicación de organizaciones intermedias entre el individuo y el Estado y su superestructura política, como respaldo de un indispensable entramado social, tenemos que defender que los colegios, como entidades profesionales —producto típico de las clases medias, sustancia importante del tejido social— y, por serlo, independientes de ideologías y partidos, no sólo existan y tengan presencia social activa, sino que puedan hacer oír su voz en todas las cuestiones que, desde su condición de corporación y en la especialidad de sus actividades, sirvan para que el pluralismo de opciones subsista y se enriquezca y los objetivos comunes de nuestra convivencia sean conseguidos.

Editorial

Colegios profesionales "Vanguardia", 15/6/83

El Gobierno prepara un proyecto de ley reguladora de la actividad de los colegios profesionales que, no bien conocido por los medios de comunicación, ha sembrado la alarma y el escándalo. Si unos lo tachan sin rodeos como portador del más "rancio sabor corporativista", otros ven en él un peligroso "salto en el vacío". Y hay quien lo califica, sin más preámbulos, de anticonstitucional.

Si siempre es arriesgado emitir juicios sobre un borrador susceptible todavía de incorporar no pocas correcciones antes de quedar definitivamente listo para su presentación a la comisión correspondiente del Congreso tras los últimos retoques gubernamentales, una cosa sorprende al observador menos atento: y es la unanimidad de la repulsa que el anteproyecto del ministro de la Presidencia, señor Moscoso, ha merecido a críticos situados prácticamente en todas las posiciones del espectro político.

Este desacuerdo inicial, referido, claro está, a diversos aspectos de la futura ley según de donde partan las censuras, es altamente significativo y no depara siquiera la oportunidad

de fundamentar una tibia defensa basada en la obviedad de que quien a todos logra agraviar, a nadie perjudica en definitiva. No se entiende muy bien, por ejemplo, en qué experiencias o corruptelas están pensando los redactores del anteproyecto para impedir a los presidentes de los colegios profesionales el ejercicio, precisamente, de su profesión. ¿En qué pueden basar su elección los miembros de un colectivo liberal, como los médicos o los abogados, sino en la competencia y el prestigio profesional de los eventuales candidatos a representarles? ¿Y no estará más preparado un profesional cualificado para asumir la presidencia de un colectivo de estas características que aquel que sólo ha destacado en menesteres burocráticos o administrativos?

El proyecto, que tan unánimes críticas desata, no se caracteriza ciertamente por su espíritu liberal y su "laissez-faire" en materias tan relacionadas con el espíritu de iniciativa y el libre ejercicio profesional como las que está llamado a regular; y la desconfianza que revela hacia las actividades de los colegios en cuanto no se limiten al ámbito estrictamente profesional de sus asociados, resulta ofensiva al prohibirles toda injerencia en los ámbitos político, sindical e incluso económico. Es patente en todo el texto, esmaltado de "requerimientos" compulsiones y obligaciones, que a veces incluso se superponen caprichosamente unas a otras —como aquella que prohíbe el ejercicio libre de la profesión a quien no esté colegiado para aclarar acto seguido que el colegio incorporará obligatoriamente a quien lo solicite sin más que exhibir el título correspondiente— el resquemor gubernamental por actuaciones recientes de determinados colegios —como el de Médicos en el caso de la despenalización del aborto o el de Economistas en el de RUMASA—; así como su decisión de que en el futuro la actividad de la Administración se desenvuelva sin tantas censuras y llegue a buen puerto sin tener que sortear tantos escollos.

Una sociedad no estará sana y no podrá desenvolverse sin excesivas convulsiones si entre los órganos gubernamentales y el pueblo llano se impide la proliferación de toda corporación, asociación o cuerpo intermedio que, aparte de enriquecer y vivificar el tejido social, proporcione al conjunto la necesaria lubricación y contribuya a articularlo. Con el anteproyecto que comentamos, nacido de la desconfianza e inspirado en el intervencionismo más arcaico y que a todos disgusta, los mejores no avanzarán, ciertamente, a los puestos de representación de nuestros cuerpos profesionales. Inhibición que no beneficiará al país.

Editorial

La atención primaria y los centros de salud

En estos últimos cuatro años la actividad desarrollada por los Centros de Salud se puede considerar, sin triunfalismos, como muy positiva en su globalidad; si bien hay que señalar situaciones de fallo que tienen varias causas, y sobre las que sería necesario reflexionar, para que ante este nuevo período que se abre para las "nuevas" corporaciones —mayoritariamente refrendados en las urnas—, junto con el cambio cualitativo de la existencia de un Gobierno Autónomo con competencias transferidas de la Diputación y en un futuro del INSALUD, estos fallos se pudiesen subsanar, y la integración de todo el sistema de atención sanitario fuese un hecho coordinado, que ni mermase competencias a los ayuntamientos ni llevase a la duplicación de servicios con olvido de otros, acercando, al mismo tiempo, la atención a zonas de Madrid hoy desatendidas.

El primero de los problemas, lógico por otra parte, era el de la inexperiencia, que algunos malintencionados han querido identificar con incompetencia profesional. Los Centros de Salud eran una experiencia nueva en España y el tiempo necesario de rodaje es momento propicio para el fallo, más por exceso de ilusión que por falta de preparación, tanto de responsables políticos como de profesionales. Hoy ese importante punto está solventado tras cuatro años de trabajo sobre el terreno.

Otro importante problema venía derivado de la heterogeneidad de profesiones a trabajar sobre el mismo objeto: la salud, y con tan diversos enfoques, que si aparentemente eran los mismos sobre el Centro de Salud, en la realidad tenían muy poco que ver; desde los que opinaban que un Centro de este tipo tendría que ser una especie de Casa de Socorro perfeccionada, hasta los que sólo querían que el Centro se ocupase en aquello que la Seguridad Social no ofrecía: planificación, salud mental..., o los que ante la falta disyuntiva de asistencia o prevención se agarraban a la segunda hasta convertir el Centro en una oficina de información sobre

como llegar al paraíso de la salud.

La dispersión de enfoques sumado a la variedad de proyectos arrojados bajo el genérico de Centro de Salud ha llevado en unos casos a que bajo este epígrafe se ponga planificación familiar, salud mental, asistencia social, salud materno-infantil o escolar; en otras ocasiones se ha aislado la salud escolar y en concreto en su área psicológica y se han creado Centros Psicopedagógicos que se han ocupado exclusivamente del retraso escolar y la rehabilitación logopédica; en otras ocasiones ha sido la planificación la que se ha "llevado el gato al agua" erigiéndose el centro de todas las demás actividades. En no pocas ocasiones han coexistido y coexisten Centros de Salud con Centros Psicopedagógicos o con Centro de Planificación, con la dispersión de esfuerzos, profesionales y dinero que esto supone. Incluso en algunas ocasiones, se ha llegado a que diferentes concejales elaborasen programas paralelos para un mismo Centro de Salud; así se han visto un programa de prevención de alcoholismo competir con otro de prevención de toxicomanías, y dirigidos ambos por la misma persona. Situación ésta que ha estado, no pocas veces, motivada por el reparto de las diferentes concejalías en distinto partido y que hoy sería deseable que se unificasen criterios de actuación.

A las diferentes formas de entender la idea de Centro de Salud, que ocasionaba diversas maneras de plantear un programa dentro de un mismo Centro, habría que sumarle como elemento distorsionador la descoordinación intermunicipal; de tal manera que dos Centros con el mismo teórico referente y con el mismo nombre hacían uno al lado del otro, pero en diferentes municipios, a los que sólo les separaba una calle, programas con el mismo nombre y distintos planteamientos para "descolectar" de la población receptora del servicio.

Esta descoordinación, superposición de programas, personas y dinero, han tenido a pesar de todo ello un indudable éxito, tanto en la forma de atención como en la labor de educación e información sanitaria.

Otra situación foco de problemas y de malestar es la inseguridad laboral de los trabajadores de los Centros de Salud, con la permanente amenaza de los plazos, como si de una letra se tratase, del vencimiento a 30, 60 ó 90 días. Situación ésta que se ha querido resolver en algún caso como

el de Madrid, en donde con política miope, se pretende funcionarizar mediante oposición a los trabajadores, con olvido de que en su momento el funcionamiento de la Beneficencia con su anacrónico concepto de la sanidad boicoteó descaradamente la puesta en marcha de los Centros de Promoción de la Salud en Madrid; y que el problema de la situación laboral no se resuelve vía la creación de nuevos funcionarios "de por vida", con independencia de que sean o no necesarios en el siempre dinámico sistema de atención sanitaria y salud pública.

Por último y sin con ello agotar los puntos a revisar sobre el funcionamiento de los Centros de Salud, quisiera hacer referencia al que quizás sea más polémico y más frustraciones haya producido: la participación ciudadana. El lograr constituir los Consejos de Salud, la acción con AA.VV., APA,s, grupos de maestros, amas de casa o entidades culturales o juveniles ha sido la mayoría de las veces un pulso entre la demanda a "tumba abierta" de estos y las limitaciones que la realidad del Centro imponía y por otro lado entre la ilusionada presentación del Centro y la escéptica acogida de algunos grupos. Este es el punto más difícil de tratar y de dar soluciones, y en donde sólo por vía de educación sanitaria y a través de los concejales de participación ciudadana se logre articular un sistema de trabajo no competitivo entre asociaciones y Centro de Salud.

**Ricardo Fernández
Diez de la Lastra**

Denuncia desde Segovia

El objeto de estas líneas es denunciar y evidenciar, una vez más, las formas incorrectas, injustas e ilegales con que nos tiene acostumbrados a actuar el INEM (Instituto Nacional de Empleo), al menos en lo que a contratación de psicólogos se refiere.

El día 24 de mayo de 1983 se realizaron en la sede de la Asamblea de Cruz Roja, en Segovia, una serie de pruebas para seleccionar un **psicólogo infantil** para trabajar en dicha entidad.

De esta "convocatoria" habría que señalar que:

1) No fue tal convocatoria, puesto que no fue anunciada públicamente en los medios de comunicación.

2) Se hizo a nivel de "coto cerrado". Hay que señalar que el número de candidatos era de 10 u 11 solamente, dado

que parece ser que sólo se avisó a los psicólogos en paro, apuntados en el INEM de Segovia (cuando lo lógico y legal sería haber convocado a los psicólogos de toda España).

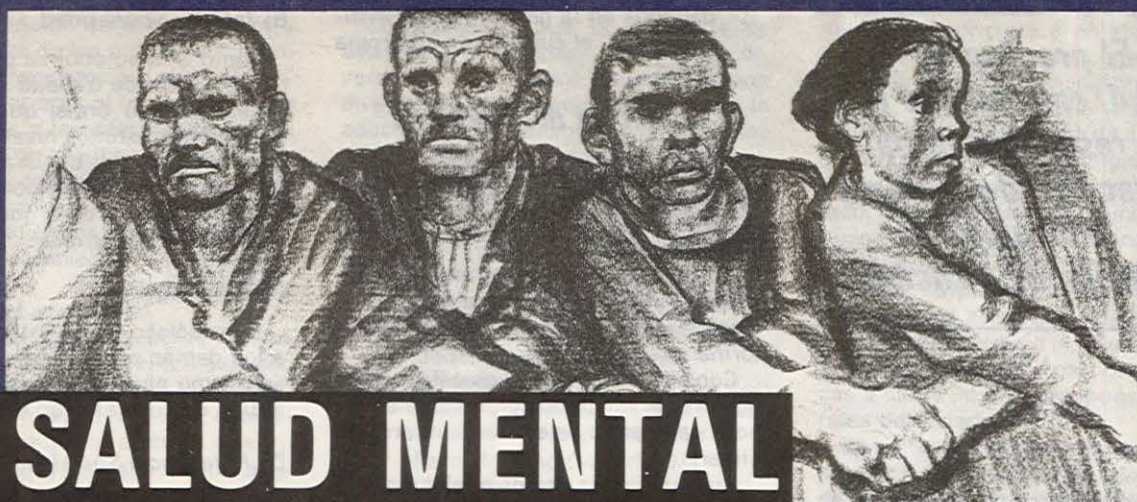
3) Desde antes de convocarse la plaza, se rumoreaba ya por todo Segovia y más en los reducidos medios psicólogos, "que la plaza estaba ya dada" y que iba a recaer en determinada "señorita". Hasta tal punto esto es así que psicólogos de gran prestigio en Segovia, como don Antonio Manso Luengo, se negaron rotundamente a formar parte del tribunal por considerar el asunto "corrupto y poco claro".

4) El jurado o tribunal, compuesto por un representante del INSERSO en Segovia, una representante del INEM en Segovia y una representante de la Asamblea Suprema de Cruz Roja, de Madrid, no dio en momento alguno muestras de su solvencia científica ni de su imparcialidad ideológica, ya que tanto las preguntas del examen escrito (que eran 8) como las de la entrevista personal (de veinte minutos) hicieron gala de un conductismo impenitente. Y esto hasta tales extremos, que uno de los miembros femeninos del tribunal (cuyo nombre omito, aunque conozco) llegó —refiriéndose a un candidato con amplia formación psicoanalítica— y en comentarios privados (pero que llegan) a afirmar que dicha "formación analítica había sido una enorme rémora y que hubiera hecho mejor tachando de su currículum todo cuanto hiciera alusión a su formación y experiencia en Psicoanálisis".

Me pregunto, ¿así se siguen convocando las plazas en este país? ¿Este es el "cambio" del que ya empachan nuestros gobernantes? ¿Hasta cuando va a tolerarse tanta corrupción e inoperancia? ¿Cuándo va a valorarse la formación integral del psicólogo sin mostrencos oposicionismos entre conductismo y psicoanálisis? ¿Cuándo van a formarse tribunales cuyos miembros tengan más conocimientos, formación y experiencia que los candidatos a los que se supone deben evaluar y seleccionar?

Suplico a este Colegio de Psicólogos que realice las averiguaciones oportunas respecto al caso que describo, impugnando la citada "convocatoria" y tomando cuantas medidas crea oportunas de cara a arreglar este desafuero y evitar los que puedan venir (que vendrán...).

Fernando Rodrigo



SALUD MENTAL Y REFORMA SANITARIA

1

Criterios generales para la Ley de Bases desde la perspectiva de los psicólogos

INFORME DEL COLEGIO OFICIAL (*)

ESTAMOS asistiendo en nuestro país a un interés creciente por el cuidado y defensa de la salud, que se evidencia tanto a nivel de sensibilidad ciudadana como a nivel de preocupación política e institucional.

Esto viene siendo así en los últimos años, por la conjunción entre otros factores tales como:

- La pervivencia hasta nuestros días de un modelo sanitario anacrónico, inadecuado y costoso, que teniendo como objeto de intervención la enfermedad, da prioridad a la asistencia hospitalaria, tecnificada y farmacológica.
- La posibilidad de crítica y, la elaboración de modelos alternativos es bido a la cada vez mayor participación de los partidos políticos, instituciones democráticas y de los ciudadanos en general, en los temas relevantes como es el de la salud.
- Creemos que los psicólogos y la Psicología como Ciencia deben incorporarse de lleno a este movimiento en defensa de la salud y a la tarea de construir un nuevo modelo sanitario, aportando nuestro específico nivel de análisis y competencia profesional.

Para articular los servicios psicológicos de una manera efectiva y al servicio de los ciudadanos, el nuevo sistema de salud ha de estar basado en las siguientes líneas generales:

- a) El valor básico de la política sanitaria ha de ser la salud y no la enfermedad; por lo que ha de incluirse junto al nivel asistencial, la promoción de

salud, la prevención, la rehabilitación y la reinserción social.

- b) La salud ha de ser entendida de una manera integral asumiendo los niveles físico y psicológico en su contexto social, tanto del individuo como de las familias, los grupos, las instituciones y la comunidad en su conjunto.
- c) La atención a la salud es un derecho de todos los españoles (Art. 43 de la Constitución) al que deben tener acceso con absoluta igualdad como Servicio Público gratuito, integrado y coordinado en sus diferentes niveles.

Un Servicio Nacional de Salud, debe reunir las siguientes características:

- 1.º Ha de *priorizarse la atención primaria* en salud, como ya recomendó la O.M.S. en su conferencia de Alma Ata, siendo el primer eslabón en el que debe descansar el sistema de salud. La atención primaria permite detectar las necesidades de la población y adecuar a ellas los servicios sanitarios.
- 2.º La atención y protección de la salud en un Servicio Nacional de Salud cobrará verdadero sentido en la medida que mejore la calidad de vida de la población, cota inalcanzable si no se articulan verdaderos cauces de participación de los ciu-

(*) Informe del Colegio Oficial de Psicólogos al excelentísimo señor ministro de Sanidad y Consumo, elaborado bajo la dirección de Carlos Camarero.

El proceso de salud/enfermedad es la resultante de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales

dadanos en la gestión de las instituciones y el cuidado de su propia salud.

Actuación del psicólogo

Entendemos el proceso de salud-enfermedad como resultante de la interacción compleja de factores biológicos-psicológicos-sociales.

Un plan de salud debe atender conceptual y técnicamente a estos tres niveles y ser abordado, por tanto, de forma interdisciplinar.

Consideramos que el psicólogo debe desarrollar funciones profesionales específicas dentro de esa tarea interdisciplinar.

Sus funciones profesionales específicas pueden comprender aspectos de: prevención, diagnóstico, terapéutica, rehabilitación, investigación y enseñanza en el campo de la salud. Asimismo, distintos grados de intervención y/o asesoramiento en los organismos encargados de la definición de objetivos, planificación, organización y evaluación de los planes sanitarios generales y específicos y en la implementación de los mismos.

En cuanto a las instituciones y programas de atención a la salud, el ejercicio profesional del psicólogo se desarrollará en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario.

La esfera de acción abarca a los diferentes equipamientos que atienden una finalidad preventiva, curativa o rehabilitadora tales como los centros de atención primaria, los centros de salud mental, los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos, así como aquellos otros que puedan constituirse con las finalidades señaladas.

Las líneas generales de intervención psicológica en este ámbito sanitario son: la exploración de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad; la orientación psicológica para la prevención y promoción del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales, y el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad. Es decir, todo aquello que hace referencia a la conducta, entendida desde las ciencias del comportamiento humano.

El papel de los psicólogos, aún dependiendo del nivel de trabajo en el que esté inserto y de las características institucionales donde desarrolle su función, ha de reunir las siguientes características:

A) Autonomía y especificidad.

El psicólogo es un profesional que se ocupa del nivel psicológico de los fenómenos humanos en sus manifestaciones individuales, grupales, institucionales y socio-comunitarias; por lo que a nivel laboral y legal ha de gozar de completa autonomía y especificidad para desarrollar su labor científica no estando supeditada su función a ningún otro profesional en tanto que tal.

B) Interdisciplinaridad.

Junto a la autonomía profesional, el psicólogo ha de trabajar en equipo interdisciplinario en el que se complementan los distintos niveles de análisis que aportan las distintas disciplinas (medicina, biología, sociología) según el campo de trabajo en el que ha de incidir y la tarea a desarrollar.

C) Homologación.

El psicólogo ha de estar homologado a los demás profesionales que tengan su mismo nivel de titulación en cuanto al tipo de contratación y retribuciones.

D) Relevancia Social.

Serán la demanda social y problemática específica más relevante en cada momento, las que deban orientar la labor de investigación e intervención de los equipos interdisciplinarios de salud y por tanto de los psicólogos integrados en ellos.

E) Rigor profesional.

Se debe garantizar un adecuado nivel profesional a través de programas de formación y reciclaje, así como por los mecanismos de evaluación pertinentes en cada caso, integrando dicha formación en prácticas en instituciones y Centros de Salud.

El sistema sanitario

Entendemos como ejes a través de los cuales se articula la intervención del psicólogo en el sistema sanitario los siguientes:

1. La atención a los aspectos psicológicos, en cualquier tema o problema de salud.

Dicha atención se extiende a:

- a) Las actividades de educación sanitaria, en las que el psicólogo actúa en el diseño, seguimiento y evaluación, así como, en determinados casos, en su realización.
 - b) La mejora de la calidad de la acción de los diferentes profesionales sanitarios y de la organización interna de los dispositivos, con el fin de evitar el hospitalismo y el efecto que genéricamente denominaremos como yatrogenizante, así como favorecer las interrelaciones tanto con los usuarios como entre el personal que allí trabaja.
- Se trata, pues, de una actividad de carácter preventivo profiláctico destinada a optimizar el nivel terapéutico de las condiciones en que se produce la asistencia y a evitar la disociación entre los aspectos somáticos y emocionales, disociación que se produce frecuentemente tanto en la asistencia primaria como en la de especialidades (secundaria).
- c) La orientación para aquellos usuarios que necesitan asistencia psicológica.



d) La intervención en el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos provocados por el hospitalismo, o anteriores al internamiento o vinculados a la enfermedad o a las acciones terapéuticas planteadas. Esta actividad comprende la asistencia directa, la inclusión en el diagnóstico de los aspectos emocionales y el establecimiento de pautas de conducta relacional a seguir por el personal asistencial.

Lo señalado genéricamente en los apartados b), c) y d) nos parece indicado para el conjunto de servicios asistenciales. Consideramos, no obstante, oportuno especificar algunos ámbitos o servicios asistenciales en los que estas actividades revisten, si cabe, una importancia mayor; en este sentido citaríamos los servicios hospitalarios infantiles y la actividad específica de psicoprofilaxis quirúrgica mayor y menor, así como los servicios de urgencia y de cuidados intensivos en los que tanto la acción dirigida al personal, como a los pacientes y sus familias, nos parece pertinente a las problemáticas que en estos servicios se presentan.

2. La atención a los aspectos psicológicos.

La mayoría de los autores contemporáneos engloban los aspectos psiquiátricos, psicológicos, sociales y su relación entre ellos en el concepto de Salud Mental. El comité de expertos de la O.M.S. dice: "La denominación de salud mental incluye la problemática de la salud y la enfermedad mental, su ecología, la utilización y evaluación de instituciones y su personal, el estudio de sus necesidades y los recursos para satisfacerlas, la organización y la planificación de los servicios para tratamiento y prevención de la enfermedad o para la promoción de la salud". Por este motivo hemos preferido utilizar esta misma denominación de salud mental al referirnos a la asistencia psicológica.

La atención a la salud mental se desarrolla mediante el reconocimiento de los componentes psicológicos en los distintos niveles sanitarios del Servicio Nacional de Salud. En este marco, la salud mental se integrará en el S.N.S. como un subsistema, abarcando desde la asistencia primaria hasta los distintos niveles de intervención.

Dicha asistencia estará configurada por diferentes recursos asistenciales a cargo de equipos multidisciplinarios, como una modalidad necesaria para desarrollar la asistencia en forma preventiva, curativa y rehabilitadora. Igualmente tendrá que contemplar las necesidades de docencia, formación e investigación.

La planificación sanitaria para la salud mental tendrá que ser: completa, sectorial, comunitaria y multidisciplinaria, respetando dentro de estas coordenadas las diversificaciones técnicas y el funcionamiento institucional propio de cada equipamiento.

Considerando que la demanda de asistencia es compleja, polimorfa y diversificada, precisará igualmente una diversificación de recursos en base a la adecuación de funciones y condiciones técnicas con los objetivos terapéuticos. Cada área asistencial, definida precisamente según sus peculiaridades poblacionales, constará de los siguientes recursos:

- Centros de Asistencia Primaria.
- Equipamientos ambulatorios.
- Unidades de internamiento:
 - Corta estancia:
 - Total : Unidades Terapéuticas de Hospitalización.
 - Parcial: Hospitales de Día.
 - Larga estancia:
 - Total : Unidades Terapéuticas de Hospitalización.
 - Parcial: Centros de Día.
 - Pisos terapéuticos.
 - Talleres protegidos.

Las instituciones existentes: ambulatorios, hospitales generales, hospitales psiquiátricos u otros, deberán adecuarse para poder asumir una o varias de las funciones propias de los recursos enunciados anteriormente. La integración en la planificación global de la asistencia a la salud mental se hará de acuerdo con sus posibilidades y recursos técnicos institucionales que le son propios, y tendrá en cuenta las limitaciones impuestas por la dinámica y topología institucional; todo ello a fin de poder asumir, desde un punto de vista técnico y estructural, los objetivos, medios y acciones necesarios para cubrir los tres niveles asistenciales: preventivo, curativo y rehabilitador, o alguno de ellos. Además de la adecuación de las instituciones mencionadas será imprescindible la creación de nuevos equipamientos extrahospitalarios asentados en la comunidad y destinados a completar el proceso terapéutico, los cuales, a pesar de utilizar técnicas y recursos provenientes, en una parte importante, del ámbito social, son, por su esencia, pertenecientes al sistema sanitario.

En el momento actual planteamos la implementación de la salud mental comunitaria como un subsistema, a fin de:

- 1.º Posibilitar la integración de todos aquellos recursos y equipamientos que, por razones históricas, han sido asumidos de forma desorganizada por distintos organismos.
- 2.º Contribuir al avance en la práctica sanitaria de la filosofía asistencial general que se define en el S.N.S., y asimismo a la atención del nivel psicológico de los problemas de salud de la población de forma integrada, ordenada y eficiente.

La gestión tendrá que estar definida en los cuatro niveles institucionales: supramunicipal, municipal, ya sea centrado en el municipio en sí o en los distintos distritos municipales; en las mancomunidades de municipios; integrados en un organismo Nacional.

Las competencias de gestión, planificación y control de cada uno de los

niveles se concretará en el desarrollo posterior de la Ley, previniendo la participación de los usuarios y de los técnicos.

Mientras la asistencia en salud mental no se financie directamente a través de los Presupuestos Generales del Estado, se utilizarán los recursos económicos destinados actualmente a la salud mental: INSALUD, Entidades Autonómicas, Diputaciones y Municipios. Los recursos adicionales para poner en marcha la atención a la salud mental se arbitrarán mediante partidas específicas a cargo de los Presupuestos Generales del Estado.

Es conveniente determinar un plazo de seis meses a partir de la aprobación de la presente Ley para establecer las disposiciones relativas a:

- Prioridades.
- Fases o periodificación.
- Vías de financiación necesarias para el desarrollo de la Ley.

La implementación de esta Ley presupone necesariamente la derogación expresa de la Ley de Internamiento Psiquiátrico vigente desde octubre de 1931.

Entendemos que, en relación a la atención a la salud mental, además del sistema sanitario, la comunidad debe disponer de otros recursos referidos a ámbitos o sistemas tales como el educativo, el de servicios sociales o el de la administración de la Justicia.

En la organización del sistema sanitario deben preverse la relación a desarrollar que permita la complementariedad entre los recursos que, desde diferentes ubicaciones y/o dependencias, tengan como finalidad la atención a la salud. La necesidad de dicha previsión viene dada por la tendencia a la compartimentación de los diferentes recursos, enraizada tanto en su diversa dependencia como en la específica modalidad de desarrollo de las tareas que realizan.

El tratamiento de este tema guarda relación, por otra parte, con el diseño de gestión de los recursos. Consideramos que es en torno al municipio, bien a nivel municipal, inter^o o supra municipal, desde donde puede alcanzarse una modalidad de gestión que facilite la coordinación y utilización complementaria de los recursos dedicados específicamente a la atención de la salud de una población determinada.

Funciones del psicólogo

Con las características expuestas en los apartados anteriores, tanto de modelo de salud como del papel del psicólogo en el mismo, pasamos a enumerar algunas de sus funciones en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Educación y promoción de la salud. Dentro de la nueva concepción de salud es importante potenciar el cambio de actitudes de la población respecto a su ancestral pasividad y dependencia de los técnicos, de manera que los ciudadanos emprendan un proceso de auto-

La salud necesita de los conocimientos de las ciencias del comportamiento

cuidado de su salud. Esa es la tarea de la educación para la salud donde el psicólogo, además de aportar contenidos sobre los distintos aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, ha de aplicar y posibilitar que otros profesionales lo hagan con las técnicas idóneas que favorezcan el cambio de actitud antes citado.

En esa línea el psicólogo es un profesional indispensable en la formación de "agentes de salud", es decir aquellas personas que por su responsabilidad o rol social tienen una participación importante en la vida comunitaria.

Las Escuelas de Padres, grupos de discusión, seminarios, grupos operativos, trabajo con profesores, con Asociaciones de Vecinos, medios de comunicación, etc.; son ejemplos de colectivos de relevancia social con quienes llevar a cabo la educación para la salud y su promoción.

Aún cuando la educación de la salud es una de las fórmulas de promoción de la salud de una población, también aquí nos referimos a la participación del psicólogo en la planificación de aspectos urbanísticos, educativos, culturales, etcétera, que son factores responsables de la aparición de problemas de salud en una zona determinada (problemática sexual, toxicomanía, trastornos psicosomáticos, etc.).

La inserción de psicólogos en programas y campañas de prevención deberá aumentar su eficacia y, por ello, el nivel de salud de la población.

Igualmente la intervención en las distintas instituciones de la comunidad (enseñanza, ocio y tiempo libre, etc.) permitirá elevar el nivel de salud de los ciudadanos.

Investigación y docencia. Para aplicar correctamente los recursos a las necesidades de una comunidad, el psicólogo aportará su especificidad a los diagnósticos que se realicen y a la necesaria y permanente investigación epidemiológica, que redundará en programas integrados de salud.

La docencia para otros psicólogos que puedan rotar en los diferentes niveles institucionales en un programa de postgraduados, así como para otros profesionales de la atención primaria (médicos, ATS, asistentes sociales, etc.) es otra tarea a desarrollar por los psicólogos.

Actuación coordinada y complementaria con otros profesionales de atención primaria (Unidades de Medicina de Familia Comunitaria), con el objetivo de detectar problemas psicológicos, asesorando, orientando y canalizando los problemas de una manera adecuada.

Actuación en Salud Materno Infantil con psicoprofilaxis del embarazo, parto y puerperio y seguimiento en los primeros años de vida del niño de manera que se pueda hacer un diagnóstico precoz de los niños con problemas, así como una orientación e intervención idóneas.

Actuación en Planificación y Orientación Familiar, de consejo genético, orientación anticonceptiva y sus efec-

tos psicológicos, así como asesoramiento psicosexual.

Actuación en Salud Mental específicamente, bien por demanda directa de las personas con problemas psicológicos, bien por derivación de otros profesionales de atención primaria u hospitalaria.

Esta asistencia primaria sería extrahospitalaria, sectorizada y de duración limitada.

En este nivel asistencial es básica la coordinación de todos los recursos existentes en la comunidad (servicios sociales, juventud, cultura, deporte, etc.).

Atención hospitalaria. En el medio hospitalario, la labor del psicólogo se desarrollará según las características de cada hospital, así como dependiendo de su inclusión en los distintos Departamentos y/o en el Servicio de Psicología. En cualquier caso el trabajo del psicólogo debe abarcar:

- a) Atención en forma de orientación, diagnóstico y tratamiento psicológico a la persona ingresada, así como asesoramiento a los servicios que los demanden (Cirugía, Cardiología, Dermatología, etc.) o a través de interconsulta médico-psicológica.
- b) Análisis psicológico institucional a fin de promover la salud intrahospitalaria, prestando especial atención a las relaciones humanas del equipo asistencial y de éste con la persona ingresada.
- c) Investigación y docencia, dirigida tanto a los psicólogos en régimen de formación como a los restantes profesionales de la salud.

Atención especializada. Referida a determinados problemas de conducta, tales como el tratamiento del alcoholismo, drogodependencias, etc.

Rehabilitación. Intervención psicológica en todas aquellas situaciones derivadas de traumatismo, minusvalías, etcétera, en las que la rehabilitación funcional suponga una reestructuración de la persona en relación a sí misma y a su entorno familiar, social y laboral.

La intervención psicológica debe contemplar la utilización de los distintos recursos comunitarios orientando su utilización hacia una rehabilitación integral de la persona.

Conclusión

El presente Informe sólo pretende señalar aquellos aspectos en los que la concepción de Salud entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, necesita de los conocimientos de las ciencias del comportamiento, cuyos técnicos son los psicólogos, para que se alcance un modelo adecuado de Servicio Nacional de Salud y una adecuada integración de todos los factores que inciden en la persona y en la comunidad para prevenir, promover y mantener la salud.

Será en el desarrollo de la Ley de Bases de la Sanidad donde, de manera pormenorizada, se incidirá en cada uno de los aspectos aquí esbozados.



Atención primaria y salud mental

ESPINO GRANADO, J. A. (*); FRAILE FRAILE, J. C. (**)
MATEO MARTIN, I. (*); MORIÑIGO DOMINGUEZ, A. (*)

La Atención Primaria ocupa un lugar de importancia capital en las actuales concepciones de la Salud. De manera global son las instituciones médicas sofisticadas ubicadas en el medio urbano las que cuentan con mayores y mejores recursos sanitarios, lo cual no favorece, en principio, el logro de un nivel aceptable de salud para la colectividad.

Se trata de lograr que todos los individuos de la comunidad accedan a la protección de su salud de acuerdo con la norma constitucional (Art. 43 - Constitución española).

Toda la actuación psiquiátrica ha de estar encaminada al desarrollo, protección y cuidado integral de la salud mental, tanto individual como colectiva, que contribuya a mejorar los niveles de bienestar, y a superar el rechazo social existente frente al enfermo mental, desarrollándose prioritariamente en el seno comunitario.

Atención primaria

"La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamentalmente Asistencia Sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La Atención Primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad." (ALMA - ATA, 1978) (1). Así comienza el informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma - Ata (URSS), en 1978 bajo los auspicios de la O.M.S. y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, documento que ha de ser considerado como referencia, en la materia que nos ocupa, en la medida en que constituye una declaración y sistematización de principios-guía en materia de cuidados básicos de salud.

Dos serían los objetivos fundamentales de la APS:

- La mejora de la calidad de vida.
- La obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos.

Para ello la APS debe facilitar básicamente los siguientes servicios:

- Fomentar una nutrición apropiada y suficiente abastecimiento de agua potable.
- Saneamiento básico.
- Asistencia materno-infantil, incluyendo la planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención de las enfermedades endémicas de la comunidad, y lucha contra ellas.

- Enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes, y a los métodos de prevenirlos y luchar contra ellos.
- Tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones más habituales.

Interconexión con la salud mental

Hay una serie de objetivos sanitarios en materia de Salud Mental (SM), que el Equipo de Atención Primaria (EAP) ha de cubrir, entre ellos se destacan:

- Destacar la existencia de trastorno mental en el seno de la unidad familiar.
- Diagnosticar precozmente las oligofrenias.
- Abordar los aspectos psicológicos de la dinámica de grupo y las interrelaciones sociales.
- Motivar a la población, para que todos los individuos y familias estén dispuestos a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud.

El alto porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios Sanitarios por problemas emocionales y psicológicos, da una idea de la relevancia del problema. Golberg y cols. (2) en sus estudios epidemiológicos señalan que la morbilidad psiquiátrica general es de un 25 por 100 (prevalencia estimada para el período de un año); sólo el 23 por 100 de pacientes deciden visitar al médico general, que detecta el 14 por 100 del total de casos (morbilidad psiquiátrica efectiva), es decir, que de cada 1.000 casos vistos el médico general encontrará 140 con problemas emocionales, de los que 17 serán remitidos al psiquiatra, tratando él al resto. De los 17 casos enviados al especialista (1,7 por 100 del total) sólo 6 (0,6 por 100 del total) requerirán de ingreso hospitalario (3).

Desde los datos anteriores y habida cuenta de su carácter preventivo y asistencial el EAP deberá tener encomendadas, en materia de Salud Mental, las siguientes funciones:

- Identificar el trastorno psiquiátrico.
- Tratar de realizar el seguimiento de aquellas alteraciones emocionales que no precisen de atención especializada.
- Establecer relaciones con el Equipo de Salud Mental (ESM) y solicitar su apoyo, asesoramiento y participación clínica para un mejor acceso a los problemas de Salud Mental.
- Remitir al paciente al ESM cuando requiera asistencia especializada.

(*) Médico psiquiatra.

(**) Psicólogo clínico. Miembro de la Secretaría Permanente de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.



Lograr que todos los individuos accedan a la protección de su salud

- Colaborar en el seguimiento clínico de los pacientes atendidos por el ESM, que, temporalmente, no necesitan de cuidados especiales.

Cuando el EAP remite al paciente a un ESM, pretende obtener una opinión experta, un tratamiento especializado y compartir responsabilidades para con ese paciente por el que él poco puede hacer. La comunicación existente EAP - ESM es poco adecuada, ambos equipos, en el momento actual, no saben qué tipo de información mutua les es útil. Los profesionales de la Salud Mental, quieren conocer, cuando un paciente se les remite, la naturaleza y duración de la sintomatología presente, si ha recibido tratamiento médico y cuál, así como, su historia anterior. Por su parte, cuando el EAP recibe un paciente con un informe de alta del ESM, desea que se le señale un diagnóstico, un pronóstico, la conducta terapéutica a seguir y si existe o no riesgo de suicidio (4).

Los factores de mala comunicación, junto con la estigmatización social del tratamiento psiquiátrico, provocan que el EAP no solicite más colaboración de los ESM y remita en consecuencia un mayor número de pacientes.

Es de esperar un apoyo progresivo de los ESM a la medicina de primera línea, al igual que de los EAP hacia los problemas emocionales de sus pacientes.

Modelos de interrelación

Se acepta globalmente que los ESM tienen un papel que cumplir en el manejo de los pacientes con alteraciones emocionales relevantes, que en la actualidad no les son remitidos; se proponen tres modelos de interrelación para lograrlo:

1. *Modelo de reemplazamiento*, según el cual los psiquiatras mismos son los que ven la mayoría de pacientes, reemplazando a los profesionales de primera línea. Dentro de este modelo se han sugerido dos estrategias: a) La psiquiatría es una especialidad de atención primaria (punto de vista que prevalece en USA). Estrategia no compartida por la O.M.S.; b) Hay que estimular al EAP, para que envíe más pacientes al ESM, y subsiguientemente los profesionales de la Salud Mental puedan colaborar más efectivamente con los de

primera línea, reforzando la efectividad del médico de Atención Primaria, como un miembro más del Equipo de Salud Mental.

2. *Modelo educativo*: La mayoría de los EAP sea por falta de preparación o de motivación, están mal preparados para tratar con problemas psiquiátricos o psicosociales. Este modelo supone una cercana colaboración ESM - EAP, en la que los miembros del ESM actúan como educadores con la finalidad de mejorar la formación en el área de Salud Mental de los profesionales del EAP.

La formación puede consistir en una serie de seminarios en los que los profesionales del EAP se reúnen regularmente para discutir los casos con un líder (Grupos Balint).

Con este modelo se tiende, por parte de los EAP, a lograr:

- El aprendizaje de mejores técnicas de entrevista.
- Una mejor comprensión de los problemas emocionales de los pacientes.
- Una mejora en la relación médico-enfermo.
- Un mejor uso de la remisión de pacientes al especialista.

3. *Modelo de enlace*. Los miembros del ESM se desplazan hacia el EAP, para trabajar cerca de los profesionales de primera línea. La misión del ESM es ver pacientes previamente seleccionados, o tiene primariamente un papel consultivo, discutiendo los casos clínicos y aconsejando al EAP.

El modelo presenta muchas ventajas:

- El EAP puede participar en el proceso de toma de decisiones del ESM.
- El EAP contribuye directamente al conocimiento del paciente por parte del ESM.
- El ESM aprende un estilo nuevo de relación con el EAP.
- El ESM ofrece apoyo directo al EAP.

Este modelo de enlace es el que resulta más adecuado, para lograr una integración óptima de la Salud Mental, en la asistencia primaria, teniendo en cuenta las condiciones socio-sanitarias actuales y el proceso de reforma en curso. En base al mismo se está diseñando y planificando su concreción en el marco de la Reforma Sanitaria. En la segunda parte del trabajo, se aborda dicho problema.



Bibliografía

ESPINO GRANADO, J. A.; FRAILE FRAILE, J. C.; MATEO MARTIN, I.; MORINIGO DOMINGUEZ, A.

Atención primaria y salud mental (1).
Revista "Papeles del Colegio Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 10/11, septiembre, 1983. Pág. 9 a 10.

- (1) "Atención Primaria de Salud". Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS), septiembre - 1978. O.M.S., Ginebra, 1978. ISBN 92-4-354128-5
- (2) Goldberg, D. & Huxley, P. "Mental illness in the Community". The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock publications, London, 1980.
- (3) Mason, P. "Mental Health in Primary Care". Working group on first Contact Mental Health Care. Tampere, April - 1983. WHO (united. ICP/MNH 059 (1) / 10).
- (4) Williams, P. "The interface between Psychiatry and General Practice". SK & F Publications. Vol. 2. Number 7; London, 1979.
- (5) Langsley, D. "Primary Care and Psychiatry". Social Psychiatry (1982) 17: 89 - 94.

Participación del psicólogo en equipos interdisciplinarios de salud

JOSE RAMON FERNANDEZ HERMIDA, JOSE RAIMUNDO MARTINEZ CAMINO Y MARINO PEREZ ALVAREZ

ANTE la próxima discusión en las Cámaras legislativas de la Ley de Bases de la Sanidad es conveniente, según nuestro punto de vista, que se conozca la opinión de los psicólogos. Como ya apuntaron Costa y López (1983) es evidente la inadecuación del modelo médico tradicional para dar cuenta de toda la problemática que plantean la prevención, tratamiento y recuperación de los trastornos y enfermedades contemporáneos más importantes desde el ángulo de la incidencia (enfermedades cardiovasculares, traumatismos con pérdidas funcionales, cáncer, etc.).

El propósito de este artículo es ser una continuación del anteriormente mencionado, tratando de definir y enmarcar lo que es la Medicina Conductual. Describiremos, además, con el detenimiento que nos permite el espacio de que disponemos, tres áreas de intervención significativas en el campo de la salud y de la terapéutica.

Medicina conductual

Es posible dentro de la Bibliografía existente obtener varias definiciones de la disciplina, aunque en aras de la brevedad y con el propósito de no ser exhaustivos citaremos sólo dos bastante representativas:

— La Medicina Conductual consiste en la aplicación "del conocimiento y técnicas de la Ciencia Conductual para la comprensión de la salud física y la enfermedad y para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Taylor, 1982).

— "La Medicina Conductual es un conjunto interdisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración de las Ciencias biomédicas y conductuales y del conocimiento de las técnicas relevantes y su aplicación, tanto para la salud, como para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades" (Schwartz, 1978).

Del análisis de ambas definiciones se puede derivar que la Medicina Conductual supone:

- a) Un área de integración de las ciencias biomédicas y la Psicología experimental.
- b) Que las técnicas de intervención que se utilizan en Medicina Conductual no difieren en general de las que utiliza la Modificación de Conducta en los objetivos más tradicionales de su campo de acción (relajación progresiva, técnicas de biofeedback, refuerzo positivo, reestructuración cognitiva, contratos conductuales, etc.).
- c) Que la atención es integral a todos los aspectos de la asistencia sanitaria: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En el último número de 1982 del "Journal of Consulting and Clinical Psychology" se hace un análisis detallado de cada uno de los tópicos más frecuentes de la Medicina Conductual, siendo la relación de estos la siguiente:

- Terapias del fumar
- La obesidad
- La hipertensión esencial
- Las cefaleas



Los objetivos de la Medicina Conductual pueden estar tanto en el campo del tratamiento como de la prevención

- El insomnio
- El dolor crónico
- El asma
- El síndrome de Raynaud
- El tipo A conductual
- Programas para conseguir el cumplimiento de las prescripciones médicas en los tratamientos a largo plazo
- Los trastornos gastrointestinales
- Las dimensiones psicológicas de la artritis
- Los factores psicológicos de la diabetes
- Los factores psicológicos en el cáncer.

Es evidente a la vista de esta lista la amplitud del campo de la Medicina Conductual y el enorme desarrollo que ha adquirido en los últimos años (Reig, 1981).

Un análisis de textos (Pomerleau and Brady (1979), Rachman (1980), Golden (1981), Eiser (1982), Ferguson (1979), McNamara (1979)) algunos altamente significativos en esta disciplina nos da igualmente una visión extensa de la amplitud del campo de aplicaciones de la Medicina Conductual en la asistencia sanitaria. Sólo cabría añadir algunos tópicos no incluidos en la lista anterior para acotar el campo temático de los autores anteriormente citados:

- La Psicología conductual en la Pediatría
- Epidemiología conductual
- Disfunciones sexuales
- Alcoholismo y drogodependencias
- Neuropsicología clínica
- Evaluación de procesos terapéuticos.

Como ya se espuso anteriormente los objetivos de la Medicina Conductual pueden estar tanto en el campo del tratamiento como de la prevención. Partiendo de esta distinción Reig (1981) propone la siguiente división de los objetivos y de la temática de la Medicina Conductual:

1. Intervención de la enfermedad:
 - a) En el sistema cardiovascular
 - Enfermedades coronarias (infarto de miocardio y oclusiones cardíacas)
 - Hipertensión esencial
 - Disarritmias funcionales (taquicardia, bradicardia y arritmias)
 - Espasmos vasculares
 - Síndrome de angina
 - Migraña
 - Síndrome de Raynaud
 - b) En el sistema musculo-esquelético
 - Dolores producidos por tensión muscular
 - Tics, torticolis espasmódica
 - Trastornos neurológicos que precisen rehabilitación muscular.
 - c) En el sistema gastrointestinal
 - Vómitos crónicos
 - Anorexia nerviosa
 - Úlcera gastrointestinal
 - Encopresis

- d) En el sistema genito-urinario
 - Enuresis
 - Disfunciones sexuales
 - e) En el sistema respiratorio
 - Asma bronquial
 - f) En el sistema nervioso
 - Epilepsia
 - Insomnio
 - g) Estudio y tratamiento del dolor crónico
 - h) Adherencia a los tratamientos médicos
2. Intervención en salud
 - a) Manejo y reducción de stress psicosocial
 - b) Terapias del fumar
 - c) Implementación y desarrollo del ejercicio y la actividad física
 - d) Terapias contra la obesidad
 - e) Alcoholismo
 - f) Estudio y tratamiento del estilo conductual tipo A.

A pesar de la amplitud de los temas que aborda la Medicina Conductual los objetivos perseguidos por los programas terapéuticos de intervención pueden circunscribirse a estos cinco:

1. Implantar habilidades de enfrentamiento al stress
2. Alterar y modificar hábitos de comportamiento nocivos
3. Implantar hábitos de comportamiento saludables
4. Hacer que se cumplan las instrucciones y prescripciones médicas
5. Desarrollar habilidades de autocontrol de determinadas funciones vitales.

La tecnología al uso dentro del área de la Modificación de Conducta permite la consecución de estos objetivos con un nivel de éxito notable.

A partir de este punto desarrollaremos con cierto detalle tres de los tópicos tratados dentro de la Medicina Conductual.

La hipertensión esencial

La hipertensión es una causa de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y renales que causan gran número de muertes todos los años afectando según Agrad y Jacob (1979) y J. Vilas (1981) a entre un 5 y un 15 por 100 de la población adulta. Por otra parte, según estudios U.S.A. (Kaplan, 1980) cerca de un 85 por 100 de los hipertensos son hipertensos esenciales [dato coincidente con el suministrado por Farreras (1982)] con interés para la Medicina Conductual, aunque en toda forma de hipertensión es útil el control de los factores psicológicos.

La definición de hipertensión es arbitraria, variando la línea divisoria de colocación entre normotensos e hipertensos según los autores. Agrad y Jacob consideran que un individuo es hipertenso cuando detenta una presión sanguínea superior o igual a 160 sistólica y 95 diastólica. Farreras (1982) recomienda seguir el criterio de la O.M.S. que coincide con lo anteriormente expuesto. Los autores mencionados tam-



bién establecen que un individuo es normotenso cuando su presión sanguínea es igual o menor que 140 sistólica y 90 diastólica.

El cuadro de hipertensión esencial es fundamentalmente tratado actualmente por medio de fármacos. Estos aunque efectivos no carecen de efectos secundarios e inconvenientes (Shapiro y Goldstein, 1982):

- No son efectivos en todos los pacientes.
- Pueden producir ajustes fisiológicos complejos que necesitan de otras drogas para compensarlo.
- Pueden producir efectos fisiológicos desagradables y molestos junto con alteraciones psicológicas como somnolencia, impotencia sexual, incapacidad para concentrarse, etc.
- No todos los pacientes siguen la prescripción de las drogas.
- Son sintomáticos por naturaleza y no atacan la etiología del trastorno.

Smith (1977) estima que un 10 por 100 de los pacientes rechaza tomar la medicación. Una vez planteado el problema que se deduce del cuadro de inconvenientes bosquejado más arriba, se hace evidente la necesidad de otros abordajes.

Las técnicas conductuales actúan sobre algunos de los fenómenos y conductas que covarian con la hipertensión esencial y cuyo control produce un descenso de los niveles de tensión arterial tanto sistólica como diastólica. Estos fenómenos y conductas son:

- Inadecuado manejo del stress (Halroyd and Gorkin, 1982)
- Mantenimiento de dietas inadecuadas (dietas altas en sodio, adición al alcohol y a la cafeína)
- Obesidad
- Estilo conductual tipo A.

Las técnicas conductuales que se aplican, atacan los fenómenos y conductas anteriormente mencionados, buscando al menos un corte en la progresión en ascenso de las cifras de presión arterial reduciendo las posibilidades de lesiones cardiovasculares y renales.

Una enumeración de las técnicas conductuales (Shapiro y Goldstein, 1982) se dará a continuación estando en cada caso enmarcada por el objetivo terapéutico a conseguir:

- Manejo adecuado del stress.
 - Técnicas de relajación: Relajación progresiva, Entrenamiento autógeno, Prácticas meditativas con control de la respiración, hipnosis, relajación con EMG.
 - Técnicas de manejo del stress: Desensibilización sistemática, Entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales, técnicas de autocontrol de la respuesta al stress.
 - Técnicas de biofeedback asociadas a reducir la actividad del sistema nervioso simpático.
 - Terapia combinada con algunas

de las técnicas de los tres grupos anteriores (Patel y col., 1981).

- Control directo de la presión sanguínea mediante biofeedback.
- Manejo de la obesidad y control de la dieta de sodio.
- Potenciación de la actividad física.
- Mejora de la adherencia al tratamiento drogo-terapéutico.

Un análisis exhaustivo de los resultados de los tratamientos conductuales de la hipertensión excedería los propósitos que nos hemos marcado. Existe una buena revisión de los trabajos efectuados tanto con los métodos de relajación como con biofeedback en el capítulo de Hipertensión de Agrad y Jacob en Behavioral Medicine (citado en Bibliografía). El trabajo de Patel y col. (1981) es un buen exponente también de los tratamientos combinados. No cabe duda de la efectividad de los tratamientos conductuales, aunque estos aún deben de contemplarse como complemento necesario de la drogoterapia. (Shapiro y Goldstein, 1982).

Por último, cabría citar los trabajos de Brengelman y cols. cuya referencia se verá en el capítulo siguiente.

"Tipo A de personalidad" y enfermedad cardio-coronaria

Al final de los años 50 y principios de los 60, los cardiólogos M. Friedman y R. H. Rosenman han observado que la enfermedad cardio-coronaria (ECC) estaba, en muchos casos, asociada a ciertas pautas conductuales características, que se denominarían "patrón A de conducta" o "tipo A de personalidad"

(Friedman y Rosenman, 1959 y Rosenman y Friedman, 1961). En estudios prospectivos sobre personas caracterizadas con tal patrón, se ha encontrado, en seguimientos de ocho años y medio, que la ocurrencia de ECC era el doble en los individuos "tipo A" respecto de los "B", el patrón conducta opuesto (Rosenman y col., 1975), una vez controlados otros factores de riesgo conocidos (antecedentes familiares, el fumar, presión sanguínea, colesterol, etc.). Actualmente, se acepta como bien establecida una asociación significativa entre "patrón A" y ECC (The Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981), convirtiéndose en el factor individual de riesgo más importante en individuos asintomáticos (Rosenman y col., 1975), que hace, además, que se intensifiquen los otros, por ejemplo, el stress, el colesterol, triglicéridos, etc. (Kannel, 1981).

El "tipo A de personalidad", se refiere a un conjunto de marcados rasgos de agresividad, hostilidad, impulso competitivo, ambición, urgencia del tiempo, autoimplicación profesional y vigoroso estilo del habla. Su habla, en condiciones elicitantes apropiadas, por ejemplo, si el interlocutor contradice o apura el diálogo, se convierte en rápida, explosiva, con cortas latencias de respuesta, manierismos musculares y subrayados verbales, derivando en un (intento de) dominio de la conversación. Es independiente de la profesión, estatus socio-económico y del sexo, aunque determinadas ocupaciones pueden ser más "provocadoras", y parece ser una pauta tempranamente identificable (Lunberg, 1983).

Una descripción informal puede encontrarse en Friedman y Rosenman

JOSE RAMON FERNANDEZ HERMIDA, JOSE RAIMUNDO MARTINEZ CAMINO Y MARINO PEREZ ALVAREZ.

Participación del psicólogo en equipos interdisciplinarios de salud. Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 10/11, septiembre, 1983. Págs. 11 a 18.

Bibliografía

- (1) Agrad, S y Jacob, R.: Hipertensión. En Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (eds.): "Behavioral Medicine. Theory and Practice. Williams and Wilkins Co. Baltimore. 1979.
- (2) Alfidi, R. J.: Informed consent: a study of patient reaction. J. of the Amer. Med. Ass. 216: 1325, 1971.
- (3) Bas Ramallo, I.: Las terapias cognitivo-conductuales: una revisión. "Estudios de Psicología, 7" 92 - 114, 1981.
- (4) Bayes, R.: "Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto". Barcelona. Fontanella, 1979.
- (5) Bennett, A. E. (ed.): "Communications between doctors and patients". London: Oxford University press for the Niffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- (6) Bradshaw, P. W., Ley, P., Kinney, J. A. y Bradshaw, J.: Recall of medical advice: comprehensibility and specificity. "Brit. J. of Soc. and Clin. Psychol.", 14: 55, 1975.
- (7) Brengelmann, J. C.: Stress y terapia contra el stress: un proyecto internacional (STRESA). "Análisis y Modificación de la Conducta, n.º extr.", 171-196, 1981.
- (8) Brengelmann, J. C.: Aportaciones del análisis y modificación de conducta al deporte. "Revista de Psicología General y Aplicada, 17 (3), 417-436, 1982.
- (9) Butt, H. R.: A method for better physician-patient communication. "Ann. of Int. Med.", 86: 478, 1977.
- (10) Carrobes, J. A. I.: Modificación de Conducta: Enfoques y perspectivas actuales. "En Mesas y Comunicaciones del 7º Congreso Nacional de Psicología". Santiago, 1982.

Las pautas conductuales y los procesos fisiológicos concomitantes no son independientes del entorno

(1974, cap. 6, 7 y 8), pero una investigación o trabajo clínico ha de pasar por una evaluación formal, que, actualmente, se basaría en (alguna de) dos pruebas específicas, si bien hoy otras disponibles. Las dos más reconocidas son la *Entrevista Estructurada*, originaria de Friedman y Rosenman, que incluye información de contenido de los rasgos "tipo A" y observación directa del estilo de responder, y la *Encuesta de Actividad de Jenkins*, que ha sido factorizada, resultando en tres factores (Impaciencia, Autoimplicación en el trabajo y Hostilidad competitiva). Ambas medidas reúnen satisfactoriamente los requisitos técnicos de fiabilidad y validez, aprecian aspectos comunes (su concordancia en la asignación de casos es de 60-65) y diferenciales, por lo que se recomienda, en lo posible, aplicar las dos. La primera tiene las ventajas de una prueba conductual y la segunda las de un test psicológico convencional (ver Kembroski y col., 1978). Por tanto, la "pauta A de conducta" se presenta como un dato epidemiológico de índole conductual perfectamente identificado y operativizado.

A pesar de la precisión alcanzada en el diagnóstico, el "tipo A de personalidad" no ha sido sólidamente conceptualizado en términos psicológicos. Se ha vinculado a los trastornos de ansiedad, pero, clínicamente, está más relacionado con desórdenes adictivos, en los que la pauta conductual conlleva el propio refuerzo (inmediato), o caracteriológicos, donde el problema es visto por los otros sin que el interesado lo asuma como tal. Además, la ansiedad, en cuanto que trastorno, es normalmente vista como un constructo inhibitorio, mientras que la pauta "A" se

caracteriza, por el contrario, por la hostilidad interpersonal y conductas de competitividad abiertas. En cualquier caso, aún existiendo un "fondo de ansiedad", emocionalidad, el estilo de enfrentamiento cotidiano de un individuo "A", es diferente del estilo de una persona ansiosa, en sentido más tradicional (cif. Newlin, 1981).

El concepto de "motivación de logro", por sí mismo, tampoco cubre todo lo que se quiere decir con "patrón A" y, de hecho, Matthews y Saal (1978), no encontraron relaciones en tal sentido.

Matthews (1982), revisa cuatro conceptualizaciones psicológicas del "patrón A". 1., el enfoque del *Análisis de componentes*, que pretende ser exclusivamente empírico, en cuanto que datos conductuales predictivos. 2., la *Autoimplicación*, a partir de cuyo concepto se capitalizaría todo el síndrome, pero se critica por ser una variable moderadora más que básica. 3., *Incontrolabilidad*, que vería todo el patrón en función del control entorno. 4., *Normas ambiguas de evaluación*, que hace referencia a criterios vagos o muy altos de autoevaluación, que caracterizarían al tipo A, por lo menos, en determinadas situaciones, y que determinarían su estilo. En general, estas conceptualizaciones no han resultado satisfactorias, ni en términos teóricos ni empíricos, y, así, las nuevas líneas de investigación en este área se han reconducido en la dirección de las "relaciones funcionales" que vinculan variables sociales, pautas conductuales, mecanismos fisiológicos y, si es el caso, respuestas terminales de enfermedad, o su alternativa, la "salud crónica" (Glass, 1981, Matthews, 1982 y Denbroski y Mac Dougall, 1982).

Tres hechos introducirán a los procesos fisiológicos y sociales. Por una parte, si es cierto, como señaló Jenkins (1978) que, por primera vez en la historia de la Medicina, un patrón de conducta no directamente asociado con conductas consumatorias o síntomas clínicos predice consistentemente la enfermedad crónica, ello tiene que ser a través de algún proceso fisiológico intermedio. Por otra parte, puede resultar un tanto baldío e impreciso en la investigación actual estudiar factores subyacentes autosuficientes, al margen de las situaciones sociales concretas, como ya se insinuó antes. Finalmente, la incongruencia entre numerosos estudios (cif. Suin, 1982) pone en la pista de que, en muchos de ellos, no se ha manejado la "variable crítica" que pondría en funcionamiento todo el proceso conductual-fisiológico-sintomático (enfermedad).

En efecto, se han encontrado correlatos metabólicos, neuroendocrinos y cardiovasculares asociados al "tipo A de personalidad" (Friedman y Rosenman, 1974, Glass, 1977; cif., Suin, 1982 y Denbroski y Mac Dougall, 1982). Sin embargo, lo que es importante señalar aquí es que las pautas conductuales y los procesos fisiológicos con-

Bibliografía

- (11) Costa, M. y López, E.: Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. "Papeles del Colegio, 9", 11-21, 1983.
- (12) Denbroski, T. M. y cols. (eds.): "Coronary-prone behavior". N. York. Springer-Verlag, 1978.
- (13) Denbroski, T. M. y MacDougall, J. M.: Coronary-prone behavior, social psychophysiology and coronary heart disease. En Eiser, J. R. (ed.): "Social Psychology and Behavioral Medicine". Wiley, 1982.
- (14) Eliot, R. S.: "Stress and the major cardiovascular disorders". Nueva York. Mount Kisco. 1970.
- (15) Eiser, J. R.: "Social Psychology and Behavioral Medicine". Wiley, 1982.
- (16) Farreras, R.: "Medicina Interna". Marín, 1982.
- (17) Ferguson, J. M. y col. (eds.): "The Comprehensive handbook of Behavioral Medicine". N. Y. Spectrum Publication, 1979.
- (18) Friedman, M. y Rosenman, R.: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. "J. of A. Med. Ass.", 169", 1286-1296, 1959.
- (19) Friedman, M. y Rosenman, R.: "Conducta tipo A y su corazón". Barcelona. Grijalbo, 1976 (orig. 1974).
- (20) Glass, D. C.: "Behavior patterns, stress and coronary disease". Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- (21) Glass, D. C.: Type A behavior: Mechanisms linking behavioral and pathophysiological processes. En Siegrist, J. y Halhuber, M. J. (eds.): "Myocardial infarction and psychosocial risks". En Siegrist, Springer-Verlag, 1981.
- (22) Golden, Ch. J., Alcaparras, S. S., Strider, F. D. y Graver, B. (eds.): "Applied techniques in behavioral Medicine". N. York: Grune and Stratton, 1981.
- (23) Holroyd, K. A. y Gorkin, L.: Young adults at risk for hypertension: effects of family history and anger management in determining responses to interpersonal conflict. "Journal of Psychosomatic Research, Vol. 27, 2", 131-138, 1983.
- (24) Hermann, F., Hersheimer, A. y Lionel, N. D. W.: Package inserts for prescribed medicines:

mitantes ocurren en determinadas condiciones estímulares. No constituyen un rasgo o un estado consistente, independiente del entorno. Por el contrario, las situaciones, ciertas condiciones sociales, determinan la aparición de tales procesos en ciertos individuos. Así, en numerosos estudios (ver Denbroski y Mac Dougall, 1982) se ha encontrado que la "pauta" y los cambios fisiológicos sólo se elicitaban si se incorporaba a la situación algún componente de desafío y competencia interpersonal, y no, por ejemplo, ante amenaza o stress impersonales. La misma tarea puede producir más presión sanguínea y tasa cardíaca en dependencia de si se añade la indicación de su "dificultad" y del "reto" que supone. En otros estudios, la incorporación de "comentarios de desprecio" en una tarea competitiva cara-a-cara, evocó diversas respuestas fisiológicas, o la amenaza de la propia autoestima cambió más la presión sanguínea que la amenaza de shock eléctrico. En definitiva, *la pauta "A" y sus procesos físicos dependen de determinadas condiciones sociales que tienen que ver con autoestima, dificultad percibida y amenaza y desafío interpersonales.*

Se han propuesto diversos procedimientos de cambio del "patrón A de conducta". Es razonable pensar en el interés por la alteración del patrón, habida cuenta su importancia como factor de riesgo que puede iniciar una serie de procesos fisiológicos que terminen en enfermedad cardio-coronaria o intensifiquen otras variables predisponentes al daño crónico. Por lo demás, la psicología clínica actual está en condiciones de ofrecer una tecnología terapéutica eficaz, que, sólo hace unos años, no estaba disponible.

Son varias las técnicas que se han probado en este ámbito (Newlin, 1981 y Suin, 1982). Se pueden categorizar en cuatro tipos: Psicodinámicas, Ejercicio físico, Cognitivas y de Modificación de conducta.

Las *psicodinámicas*, originariamente defendidas por los propios Rosenman y Friedman, basándose en procesos inconscientes derivados de conflictos en la infancia, por ejemplo, en referencia a la relación con padre pasivo y madre dominante y agresiva (Roskies y col., 1978), han tendido a producir "insight" de la dinámica subyacente, en la idea de reorganizar las conductas externas ("mejorar" el patrón y sus concomitantes). Después de alguna intervención de tal tipo, Rosenman y Friedman (1977) han concluido que el "insight" es insuficiente para producir cambios en las conductas objetivo, de manera que ellos han elaborado un paquete de ejercicio concretos "conductistas" centrados en la mejora del estilo de vida cotidiano (ver Friedman y Rosenman, 1974, cap: 15, 16 y 17).

Hay, no obstante, diversos estudios (ver Suin, 1982) que muestran variada eficacia de procedimientos psicoterapéuticos. Sin embargo, dados los con-

sabidos problemas teóricos y metodológicos de la psicoterapia y la posibilidad de entender sus resultados positivos, si aún se presentan sin dudas técnicas, desde principios de aprendizaje y cognitivos más firmes, no se consideran básicas estas técnicas en este asunto, desde la perspectiva conductual.

El *ejercicio físico*, aunque no es un área originaria ni propia de la psicología, si tiene numerosos contactos con el psicólogo (Eliot, 1979 y Brengelman, 1982). En concreto, programas sistemáticos de ejercicios aeróbicos, se han mostrado exitosos en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular y sus secuelas, en la mejora de la funcionalidad circulatoria y en la modificación del "perfil cardiovascular de riesgo" (ver Newlin, 1981 y Martin y Dubbert, 1982). El psicólogo puede (y debe) participar en el diseño conductual de autoaplicación cotidiana de estos ejercicios, tal como ha sido probado por Turner y col., 1976 y Wysocki y col., 1979. De otra parte, el ejercicio físico puede ser utilizado como ocasión para introducir a "tipos A" excépticos en programas de cambio más específicos y psicológicos y, así mismo, para promover una toma de conciencia de las variaciones corporales, por ejemplo, relajación-tensión, etc. (Newlin, 1981).

Terapia cognitiva: se ha aplicado la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Jenni y Wollersheim (1979) han encontrado resultados significativos en la reducción de la pauta "A" (no así en índices fisiológicos). La Inoculación de stress (Meichenbaum, 1977) es otro procedimiento relevante al caso en cuestión, pues reduce el stress y otros componentes "tipo A", como la ira, la hostili-

dad y la impaciencia (ver Meichenbaum y Jarenko, 1982).

La técnica de modificación de conducta más caracterizada en su aplicación al tipo A y sus vinculaciones con la enfermedad es el "*Cardiac Stress Management Program*", CSMP, desarrollado por Suin y col. (Suin, 1975, 1978, 1980 y Suin y Bloom, 1978). (Esta técnica ha sido considerada "cognitiva", por ejemplo, Bas, 1982; Carrolles, 1982, y Pérez Alvarez, en prensa, si bien su autor la entiende en términos de condicionamiento —"no dependientes del control cognoscitivo"— Suin, 1976).

Básicamente consiste en condicionar y/o convertir los índices percibidos de stress (cardíaco) en estímulos y/o señales para generar respuestas incompatibles con las "pautas A". Ello se consigue a partir de un entrenamiento en relajación, seguido de la elicitación de respuestas "A" (de stress cardíaco), para a continuación cortocircuitarlas con nuevas respuestas de relajación física y autoinstruccionales. Se han referido resultados satisfactorios, en individuos sanos y enfermos, tanto en la reducción de la pauta "A", como en la alteración de índices fisiológicos, mostrándose más efectiva en seguimientos de seis meses que procedimientos alternativos (ver Suin, 1982).

La prueba final de las intervenciones psicológicas en este área, estará en los estudios de largo alcance (cinco años) que se están llevando a cabo con gran cantidad de pacientes cardiovasculares (más de 1.000), donde se probará su capacidad de prevención. Algunos datos parciales son alentadores (cif. Suin, 1982). Igualmente, las investigaciones del Instituto Max Planck de Psiquiatría

Bibliografía

- what minimum information do patients need? "Brit. Med. J.", 2": 1132, 1978.
- (25) Jenkins, C. D.: Behavioral risk factors in coronary artery disease. "Annual Review of Medicine, 29": 443-562, 1978.
- (26) Jenni, M. y Wollersheim, J.: Cognitive therapy, stress management training and Type A Behavior pattern. "Cognitive Therapy and Research 3", 61-73, 1979.
- (27) Kannel, W.: "Epidemiology of cardiovascular illness: Predictive, validity and risk factors". Stress and cardiovascular disease, Geigy Symposium, N. Orleans, Luisiana, 10, 1981.
- (28) Kintsch, W.: "Learning, memory and conceptual processes". N. York.: Wiley, 1970.
- (29) Kintsch, W.: Comprehension and memory of text. En Estes W. K. (ed.): "Handbook of learning and cognitive processes", Vol. 6. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1979.
- (30) Ley, P.: Comprehension, memory and the success of communications with the patient. "J. of the Inst. of Health Education, 10": 23, 1972.
- (31) Ley, P.: The measurement of comprehensibility. "J. of Inst. of Health Education, 11": 17, 1973.
- (32) Ley, P.: Psychological studies of doctor-patient communication. En Rachman, S. (ed.): "Contributions to medical psychology", vol. 1, Oxford: Pergamon Press, 1977.
- (33) Ley, P.: Giving information to patients. En Eiser, J. R. (ed.): Social Psychology and Behavioral Medicine. Wiley, 1982.
- (34) Ley, P.: The psychology of compliance. En Osborne, D. J., Gruneberg, M. y Eiser, J. R. (eds.): "Research in psychology and medicine, vol. 2", London: Academic Press, 1978.
- (35) Ley, P., Bradshaw, P. W., Eaves, D. y Walter, C. M.: A method for increasing patients recall of information presented by doctors. "Psychol. Med.", 3": 217, 1973.
- (36) Lundberg, U.: Note on Type A behaviour and cardiovascular responses to challenge in 3-6 years old children. "Journal of Psychosomatic Research, 27", 1, 39-42, 1983.
- (37) Lupker, S. J. y Katz, A. N.: Can automatic picture processing influence word judgements? "J. of Exp. Psychol.: Learn., Mem., and Cog. 8": 5, 418, 1982.

El médico necesita que el paciente siga unos determinados comportamientos

de Munich, presentan "resultados muy satisfactorios" en un seguimiento de veintidós meses para el tratamiento de la hipertensión, donde se ha manejado la variable "personalidad A" entre otros factores de riesgo (Mass y Brengelman, 1980). De igual manera, el programa STRESA, un proyecto internacional de terapia contra el stress (Brengelman habla del "tipo A" de stress), puede ser visto como un estudio relevante en esta área (Brengelman, 1981). Estos estudios de gran alcance incorporan procedimientos de modificación de conducta multimodales (de amplio aspecto), de modo que podría constituir un quinto grupo de técnicas de intervención psicológica en este asunto del "tipo A" y la enfermedad cardio-coronaria. Pero el interés, ahora, aquí, está en destacar e ilustrar las posibilidades del psicólogo en este ámbito de la salud.

La comunicación médico-paciente

El estudio de la interacción entre los diversos participantes en el sistema de salud, más concretamente entre profesionales y pacientes, constituye otra de las grandes áreas de interés de la reciente Medicina Conductual. Son varios los temas que han sido objeto de investigación desde los lineamientos de la Psicología Social, la Psicología de la Comunicación y del Aprendizaje. Sirvanos citar "las expectativas y confianza del paciente en su médico" y "las del profesional acerca de la eficacia de sus procedimientos", como ejemplos característicos de factores cognitivos implicados en esta relación y cuya incidencia sobre la eficacia del acto terapéutico ha sido probada (Bayés, 1979), poniendo en cuestión, una vez más, la concepción

reduccionista que iguala acto médico a prescripción farmacológica. Vamos a orientar esta breve exposición hacia otro tópico de mayor importancia, si cabe. Se trata del *intercambio de información profesional-paciente*.

Es indudable que, en la mayoría de los procesos terapéuticos el médico (u otros profesionales de la salud) necesita que el paciente conozca y siga unos determinados comportamientos; es decir, se requiere que el paciente asuma una función activa en su tratamiento, proporcionando información al profesional y encargándose de determinadas tareas. Como mínimo de la autoadministración de la medicación farmacológica. Consecuentemente, uno de los cometidos esenciales del profesional consiste en la provisión de información e indicaciones al paciente acerca de lo que este debe conocer y hacer.

Las investigaciones de Ley (1972, 74, 77, 82) han puesto de relieve un panorama de hechos poco alentador en lo que se refiere a la calidad de información transmitida por los profesionales, y que podríamos concretar en los siguientes puntos: 1. *Los clínicos proporcionan menos información de la necesaria*, incluso en aquellos casos en los que un error en seguimiento de las indicaciones (combinación de fármacos, por ejemplo) implica un riesgo grave. 2. *Los pacientes adquieren pocos conocimientos sobre su tratamiento*. Se ha comprobado en diversas poblaciones clínicas que incluso a los diez minutos de finalizada la entrevista, solamente se recuerda entre el 50 y 60 por 100 de la información pertinente recibida. 3. Las medidas directas sobre el conocimiento que los pacientes tienen de las instrucciones que se les proporcionan constatan que *no entienden lo que se les pretende informar*. Las fórmulas de ligibilidad aplicadas a los informes clínicos, "prospectos", etc. ponen de relieve su baja inteligibilidad para la mayoría de los usuarios, por su extensión, términos inusuales y complejidad sintáctica. 4. *La mayoría de los enfermos* (entre el 80 y 90 por 100) *desean más información* de la que se les da sobre la etiología, tratamiento y pronóstico de su dolencia y un considerable porcentaje (35 por 100) *se muestra insatisfecho de la comunicación que mantiene con su médico*.

Muchos clínicos entienden que una mayor provisión de información comporta "inconvenientes" importantes en la evolución del paciente, por lo que no están dispuestos a ser más explícitos. Entre otros, se han argumentado reacciones emocionales indeseables, reducción de la "colaboración" o entorpecimiento de los procedimientos y aumento en la referencia de efectos secundarios de la medicación, en contra del aumento y mejora de la información. Sin embargo, las investigaciones tendientes a probar estas hipótesis no las han confirmado como el resultado más frecuente de una mayor cantidad de información de la convencionalmente

Bibliografía

- (38) Maguire, G. P. y Rutter, D. R.: Training students to communicate. En Bennet, A. E. (ed.): "Communications between doctors and patients". London: Oxford University Press for the Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- (39) Maguire, G. P., Clarke, D. y Jolley, B.: An experimental comparison of three courses in history taking skills for medical students. "Med. Educ.", 11": 175, 1977.
- (40) McNamara, J. R. (ed.): "Behavioral Approaches to Medicine". N. York: Plenum Press, 1979.
- (41) Martin, J. E. y Dubbert, P. M.: Exercise applications and promotion in behavioral medicine: current status and future directions. "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 50, 6", 1004-1007, 1982.
- (41) Maass, M. y Brengelman, J. C.: "Terapia de conducta de la hipertensión". Análisis y modificación de la conducta. 13, 415-444, 1980.
- (42) Matthews, K. A.: Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. "Psychological Bulletin", 91", 2, 293-323, 1982.
- (43) Matthews, K. A. y Saal, F. E.: The relation ship of Type A coronary-prone behavior pattern to achievement power and affiliation motives. "Psychosomatic Medicine", 40", 631-636, 1978.
- (45) Meichenbaum, D.: "Cognitive-Behavior Modification". N. York: Plenum Press, 1977.
- (46) Meichenbaum, D. y Jaremsko, M. (eds.): "Stress prevention and management: A Cognitive behavioral approach". N. York: Plenum Press, 1982.
- (47) Newlin, D. B.: Modifying the Type A Behavior Pattern. En Golden, Ch. J., Alcaparras, S. S., Strider, F. D. y Graber, B. (eds.): "Applied techniques in behavioral Medicine". N. York: Grune and Stratton, 1981.
- (48) Patel, C. H., Marmot, M. G. y Terry, D. J.: Controlled trial of biofeedback - aided behavioural methods in reducing mild hypertension. "British Medical Journal", 6281", 2005-1008, 1981.
- (49) Pérez Alvarez, M.: Formulación de la modificación de conducta cognitiva desde el concepto de sujeto psicológico. La metáfora del cliente como científico. Envío para su publicación.

proporcionada. Stevens y cols. (1977) no pudieron encontrar diferencias de ansiedad, depresión e insatisfacción en un grupo de pacientes que tenían acceso a la totalidad de los datos de su historia clínica con respecto a un grupo de información convencional. Solamente el 3 por 100 de los enfermos rechazaron la exploración angiográfica, cuando fueron exhaustivamente informados sobre sus molestias y riesgos (incluida la muerte), frente a un 93 por 100 que vio satisfactorio el conocerlos de antemano (Alfidi, 1971). De las ocho investigaciones revisadas por Ley (1982), siete no constatan una mayor frecuencia de efectos secundarios referidos por el hecho de ser los pacientes previamente informados sobre los mismos.

Por otro lado, se han constatado múltiples efectos beneficiosos en relación directa o indirecta al aumento de la calidad y cantidad de información recibida por el paciente: 1. *Mejora de la cultura sanitaria*. Existe abundante evidencia de la carencia de conocimientos médicos en pacientes de consulta general (Ley, 1972). El 50 por 100 no conoce la localización de los riñones, pulmones, corazón, estómago... Solamente el 10 por 100 saben con claridad que el ácido péptico es secretado en el estómago. Mientras algunos afirmaban que venía de los dientes, al masticar, y otros, del cerebro, al tragar. Esto nos hace pensar que, juntamente con la perentoria necesidad social de unos programas eficaces de educación sanitaria en los que naturalmente es insoslayable la participación responsable de todos los profesionales vinculados a la sanidad y la educación, el clínico no puede dar por supuesto un conjunto de conocimientos elementales que juegan un papel básico en la comprensión y seguimiento de sus indicaciones y, consecuentemente en la eficacia de su labor asistencial. Se han experimentado métodos de entrenamiento a los pacientes para aumentar su nivel de participación en la consulta, consiguiéndose efectivamente que estuvieran mejor informados y fueran mejores informadores. (Roter, 1977). 2. *Aumento de la satisfacción del paciente*, que debe ser valorado y perseguido por el clínico en tanto un factor con valor "per se", en consecuencia con las más recientes concepciones de lo que es la salud, y por su probada influencia sobre. 3. *El aumento del cumplimiento de las prescripciones médicas*. El incumplimiento de las indicaciones médicas es un tema de especial importancia, tanto por su significación en términos puramente económicos, como por constituir una de las incongruencias inherentes a la concepción y práctica del vigente sistema asistencial. Siendo así que la ciencia médica cuenta con técnicas de diagnóstico y tratamiento eficaces en la mayoría de las dolencias, los resultados finales se alejan bastante de lo pronosticable por la (aparentemente sencilla) razón de que los pacien-

tes no cumplen las indicaciones de los clínicos. Las investigaciones han encontrado que entre el 40 y 60 por 100 no toman la medicación prescrita y que la mitad de quienes lo hacen cometen errores en su autoadministración, incluso en casos de enfermedades crónicas en las que se pone en riesgo la vida. Si esto es así con la administración de fármacos... ¿qué ocurrirá entonces con el seguimiento de dietas, hábitos higiénicos, abstinencia de tabaco o alcohol, etcétera cuyo cambio se ha mostrado resistente a la implementación de técnicas conductuales que, como mínimo, van más allá de las meras instrucciones o consejo? Ciertamente, el incumplimiento de las prescripciones es un problema que requiere soluciones de intervención comportamental. Se han propuesto y practicado diversas técnicas en función del tipo de paciente no cumplidor que inciden especialmente, en uno u otro caso, en el incremento persuasivo de la información proporcionada, estrategias de autocontrol y aumento de la motivación para la participación y automanejo del tratamiento.

Lo expuesto hasta aquí pone en evidencia la necesidad de una mayor calidad en el intercambio informativo, como un componente relevante de la comunicación clínico-paciente. Ahora bien, esta mejora deseable pasa por la resolución de un doble planteamiento: 1. La determinación de criterios claros y operativos para el profesional sobre el tipo de información que es pertinente proporcionar en cada caso y 2. El desarrollo de habilidades de comunicación que tiendan a favorecerla.

Parece igualmente claro que han sido los psicólogos, y en concreto los psi-

cólogos conductuales, quienes han desarrollado un mayor esfuerzo investigador sobre estos temas y su aplicación en la clínica. Veamos algunas de las aportaciones actuales.

Como respuesta al primero de los planteamientos antes formulados, Hermann y cols. (1978) sufieren que el profesional adopte un *criterio conductual*. Ello supone a) establecer los objetivos conductuales implícitos al tratamiento y b) especificar y formular operativamente los datos que el paciente debe conocer para alcanzar cada objetivo. Supongamos, como ejemplo, que se pretenda informar acerca de los efectos de un determinado tratamiento farmacológico... Se podrían considerar los siguientes *objetivos conductuales*: 1. El paciente ha de ser capaz de discriminar los hechos básicos de su enfermedad. 2. El paciente ha de poseer la habilidad de discriminar las posibles influencias de la medicación. La consecución de estos objetivos implicará, sin perjuicio de la práctica de otros procedimientos conductuales, una *información detallada* de: 1. Cuáles son los signos patognómicos de la enfermedad en cuestión. 2. Otros posibles síntomas o señales incidentales que presente el paciente, no significativas. 3. Cuáles son los indicios que muestran un cambio o efecto positivo. 4. Cuáles son los que muestran un efecto secundario o indeseado. 5. Qué puede y debe hacer el paciente en uno y otro caso.

Con respecto al segundo planteamiento hemos de decir que se han probado un gran número de técnicas o procedimientos como eficaces para mejorar la comunicación del clínico (cif. Bennett, 1976; Rachman, 1977, 1980; Osborne, 1979; Eiser, 1982). Estas téc-

Bibliografía

- (50) Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (eds.): "Behavioral Medicine. Theory and Practice". Baltimore. The Williams and Wilkins Co. 1979.
- (51) Rachman, S. (ed.): "Contributions to medical Psychology". Oxford: Pergamon Press, 1977.
- (52) Rachman, S. (ed.): "Contributions to medical Psychology". vol. 2. Oxford: Pergamon Press, 1980.
- (53) Reig, A.: Medicina Comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. "Análisis y Modificación de Conducta, 7", 14, 99-160, 1981.
- (54) Rosenman, R. y Friedman, M.: Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. "Circulation, 24", 1173-1184, 1961.
- (55) Rosenman, R. y col.: Coronary heart disease in the western collaborative group study: Final follow-up of 8.5 years. "Journal of the American Medical Association, 233", 872-877, 1975.
- (56) Rosenman, R. y Friedman, M.: Modifying Type A behaviour pattern. "Journal of Psychosomatic Research, 21", 323-331, 1977.
- (57) Roskies, E., Spevack, M., Surkis, A., Cohen, C. y Gilman, S.: Changing the coronary prone (Type A) behavior pattern in a nonclinical population. "Journal of Behavioral Medicine, 1", 201-216, 1978.
- (58) Roter, D. L.: Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction satisfaction and compliance. "Health Educ. Mon., 5", 281, 1977.
- (59) Schwartz, G. E.: Yale Conference on behavioral Medicine: a proposed definition and statement goals. "Journal of Behavioral Medicine, 1", 3-12, 1978.
- (60) Shapiro, D. y Goldstein, I. B.: Biobehavioral perspectives on Hypertension. "J. of Cons. and Clin. Psychol., 50", 6, 841-858, 1982.
- (61) Smith: Treatment of mild hypertension: Results of a ten year intervention trial. Circulation Research, 40, 89-105, 1977. Citado en Taylor, C. B.: Adult Medical Disorders. En Bellack, A. S., Hersen, M., Kazdin, A. E.: "Interna-

La salud es una meta que implica a todos: pacientes, terapeutas, ciudadanos, políticos, técnicos...

nicas pueden suponer un aumento importante de la eficacia profesional, especialmente cuando se combinan con otros programas de entrenamiento destinados al paciente, ya sean de orientación formativa de carácter amplio, ya de habilidades específicas para su desempeño en el contexto asistencial (Roter, 1977). La mejora de eficacia de la *transmisión oral de información* se ha constatado con el manejo consistente del conocido "efecto de primacía". Se sabe que resulta más eficaz proporcionar la información de mayor interés al comienzo de la entrevista, cuando la pretensión del informador es influir sobre decisiones que han de tomarse en un momento diferido en el tiempo, como ocurre habitualmente con las prescripciones del clínico. Igualmente, se ha comprobado el efecto beneficioso sobre el recuerdo de la información, cuando ésta se transmite en forma de "categorizaciones explícitas" (Cfr. Ley, 1977, Ley y cols., 1973). Es decir, cuando se establecen primero los tipos o epígrafes en que se califica la información y a continuación se proporcionan las indicaciones pertinentes a cada categoría. Veamos un ejemplo...

—"Ahora voy a hablarle de lo siguiente:

—En qué consiste su problema,
—Las pruebas que es necesario hacer,

—Qué tratamiento será preciso, y
—Lo que debe hacer usted para ayudarse a sí mismo.

—Primero, lo que le pasa a usted es...
—Segundo, será necesario...
—Finalmente, usted puede..."

Los conocimientos que soportan esta estrategia tiene que ver con las investigaciones sobre aprendizaje verbal y

procesamiento de memoria (cfr. Kintsch 1970). La provisión de *indicaciones específicas*, vinculadas a una conducta concreta, se ha mostrado más ventajosa para promover los comportamientos en cuestión que las indicaciones de tipo general, habitualmente empleadas por los clínicos (Bradshaw y cols., 1975). Asimismo se han desarrollado importantes investigaciones sobre la entrega de *información grabada* magnetofónicamente (Butt, 1977) que muestran un aumento en los conocimientos del paciente y el seguimiento de las indicaciones, y otras sobre "comprensión de textos" (Kintsch, 1979) y utilización de ilustraciones (Lupker y Retz, 1982) de las que se pueden obtener conclusiones de interés para la aplicación de estos medios como vehículos de información más adecuados a la población a que se destinan. Finalmente, hemos de hacer referencia a los programas experimentales desarrollados por McGuire y cols. (1976, 77) destinados a mejorar las habilidades de los clínicos como entrevistadores y que tuvieron como resultado significativo el aumento de la cantidad de información obtenida en entrevista por el profesional entrenado, que, por otra parte, fue juzgado más favorablemente por sus entrevistados, con la consiguiente influencia que ello puede comportar sobre el seguimiento de sus indicaciones.

Conclusión final

Como colofón de este artículo, los autores queremos realizar las siguientes precisiones:

- Hemos presentado sin carácter exhaustivo unos ejemplos de la contribución del psicólogo en el campo de la prevención, tratamiento y recuperación de los problemas de la salud. Estimamos como deducible de los hallazgos epidemiológicos y de los métodos y técnicas de intervención mencionados en cada uno de los apartados la importancia de tener en cuenta en el abordaje de los problemas sanitarios la vertiente conductual. No insistiremos en este aspecto ya tratado por Costa y López (1983) en esta Revista.
- La intervención dentro de los programas de salud exige por parte de los profesionales un conocimiento de los enfoques y técnicas conductuales, siendo plenamente exigible que se cuente con especialistas en este terreno sin cuyo concurso es inviable un abordaje integral de los aspectos preventivo y terapéutico. No es posible olvidar y desear lo que la Psicología y los psicólogos en concreto son capaces de aportar a la asistencia sanitaria.
- La salud es una meta que implica a todos, pacientes, terapeutas, ciudadanos, políticos, técnicos, etc. Sólo si esto es entendido así desde las instancias planificadoras y decisorias de la salud podremos decir que avanzamos en el sentido correcto.

Bibliografía

- tional Handbook of Behavior Modification and Therapy". N. York: Plenum Press, 1982.
- (62) Stevens, D. P., Staff, R. N. y Mackay, I. R.: What happens when hospitalized patients see their records. "Ann. intern. Med. 86": 474, 1977.
- (63) Suin, R.: The cardiac stress management program for Type A patients. "Cardiac Rehabilitation, 5" (4), 1975.
- (64) Suin, R.: Entrenamiento del manejo de la ansiedad para controlar la ansiedad general. En Krumboltz, J. D. y Thorensen, C. E. (eds.): "Métodos del consejo psicológico". Bilbao: DDB, 1981 (orig. 1976).
- (65) Suin, R.: The coronary prone behavior pattern: A behavioral approach to intervention. En Denbroski, T. y col. (eds.) ya citado anteriormente.
- (66) Suin, R.: Pattern A behaviors and disease: Intervention approaches. en Ferguson, J. y Taylor, C. (eds.), citado anteriormente.
- (67) Suin, R.: Intervention with Type A behaviors. "J. Of. Cons. and Clin. Psychol.", 50", 6, 933-949, 1982.
- (68) Suin, R. y Bloom, L.: Anxiety management training for pattern A behavior. "Journal of Behavioral Medicine, 1", 25-35, 1978.
- (69) Taylor, C. B.: Adult Medical Disorders. En Bellack, A. S., Hersen, M. y Kazdin, A. E.: "International Handbook of Behavior Modification and Therapy". N. York: Plenum Press, 1982.
- (70) The Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease. Coronary-Prone behavior and coronary heart disease: a critical review. "Circulation, 63", 1199-1215, 1981.
- (71) Turner, R. D., Polly, S. y Sherman, A. R.: Un enfoque conductual para programar el ejercicio individualizado. En Krumboltz, J. D. y Thorensen, C. E. (eds.), citados antes.
- (72) Vila, J.: Aplicaciones Clínicas del Biofeed-back. En Puerto Salgado, A.: "Psicofisiología". Madrid: UNED, 1981.
- (73) Wysocki, T., Hall, G., Iwata, B. y Riordan, M.: Behavioral management of exercise: Contracting for aerobic points. "J. of Applied Behav. Analysis, 12", 55-64, 1979.

Programas de entrenamiento en autocuidado en atención primaria de salud

MIGUEL COSTA, ERNESTO LOPEZ,
BLAS AGUERA, ROSARIO GONZALEZ (*)

LOS recientes avances en el estudio de los procesos de auto-regulación desde una perspectiva conductual han proporcionado alguna evidencia de que la gente puede ser directamente entrenada para funcionar como sus propios agentes de cambio y por tanto, ser competentes en desarrollar habilidades de autocuidado. La idoneidad de la puesta en práctica de programas tendientes a desarrollar este tipo de competencias en la población ya ha sido suficientemente enfatizado en otras colaboraciones en PAPELES, a propósito de caracterizar el Modelo de Competencia en Psicología Comunitaria (Costa y López, 1982) o apuntar algunos programas o líneas de intervención en el marco de la Atención Primaria (Costa y López, 1983).

Si en efecto, uno de los objetivos de la Reforma Sanitaria es el que los propios ciudadanos participen activamente en la vigilancia y protección de su salud, la

implantación de programas de este tipo supone un componente imprescindible de los necesarios cambios políticos y administrativos que dicha Reforma plantea. Decíamos en nuestra anterior colaboración en PAPELES que el protagonismo efectivo de la comunidad exigía un nuevo marco *político y cultural* (Costa y López, 1983). Sin embargo, mucho nos tememos que la inercia estructural del pasado y la impregnación "asistencialista" que caracteriza a algunos de los tímidos intentos de cambio (ver Rivera, 1983) pueden hacer fracasar una oportunidad histórica de desarrollar este marco y acceder a un modelo de salud que tenga por eje la comunidad y no una profesión. Bien es cierto por otra parte, que la Psicología, por sus indudables aportaciones teóri-

(*) Miguel Costa, psicólogo; Ernesto López, médico y psicólogo; Blas Agüera, psiquiatra, y Rosario González, asistente social.



CUADRO N.º 1

Marco Conceptual de Autores por revistas (Mac Clurely, 1980)

	AJCP	JCP	CMHJ	JASP	Total %
Nivel de sistemas					
Mejora de competencias	44,44	45,6	55,8	12,9	42,0
Remediación de déficits	11,1	12,3	16,3	3,2	11,4
Nivel tradicional					
Mejora de competencias	26,7	22,8	14,0	71,0	30,1
Remediación de déficits	17,8	19,3	14,0	12,9	16,5

AJCP : American Journal of Community Psychology (n = 45)

JCP : Journal of Community Psychology (n = 57)

CMHJ : Community Mental Health Journal (n = 43)

JASP : Journal of Applied Social Psychology (n = 31)

La Ciencia del Comportamiento propicia un modelo educacional de intervención

cas y metodológicas, puede contribuir positivamente a ese deseable cambio de actitud, pero también, a condición de ir abandonando el lastre de discursos endógenos y doctrinarios de difícil comunicación y socialización, propio de etapas precientíficas.

Afortunadamente, el auge que la Ciencia del Comportamiento está teniendo contribuye a asentar la Psicología sobre bases marcadamente científicas y enriquecer los soportes conceptuales y metodológicos de la Salud Pública y Comunitaria. Ya dijimos en otra parte que una de las virtualidades que la Ciencia del Comportamiento tiene en el marco de la Salud Pública es que propicia un *modelo educacional* de intervención, según un proceso de socialización del conocimiento científico, cada vez más en auge. En el cuadro n.º 1 puede verse, según la revisión de Mc Clurely (1980), como los objetivos educativos de mejorar competencias están despertando un creciente interés en los especialistas del trabajo comunitario.

Pero entremos ya en la presentación y descripción de lo que es el objetivo central de esta comunicación: evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades de autocuidado. Son varias las razones que hemos tenido al desarrollar un programa de educación para la salud de estas características:

1.º La existencia de una demanda asistencial creciente en los niveles primarios para problemas de ansiedad, depresión, etc. con peligro de colapsar los mecanismos asistenciales existentes, nos plantea la necesidad de desarrollar alternativas eficientes y que al mismo tiempo prevengan el cúmulo de efectos secundarios (yatrogenización, insatisfacción de los usuarios y de los propios profesionales, encronización de los cuadros, etc.) derivados de prescripciones no pertinentes. En este sentido nos parece abusivo la ligereza que se desprende de la carta del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de fecha 28 de mayo de 1983, al aconsejar a todos los Médicos el uso de recetas *sin limitaciones* (el subrayado es nuestro), o el solicitar talonarios sin explicar las causas o motivos de esa solicitud. Este consejo es un refuerzo más al uso escasamente racional con que en los niveles de atención primaria se viene utilizando la prescripción farmacológica, tanto más por cuanto este organismo Colegial no parece aconsejar medidas alternativas que prevengan un uso no pertinente de la medicación, o aseguren el seguimiento de las pertinentes. No podemos olvidar que los grupos de fármacos que han condicionado un mayor gasto en la Seguridad Social en 1982 son precisamente aquellos cuya utilidad es más dudosa: vasodilatadores periféricos, tónicos y reconstituyentes y neurotónicos. Grupos todos ellos que se utilizan para responder a la gran demanda de problemas de naturaleza conductual que saturan el escalón primario del sistema de salud.

El peligro de colapsamiento de estos mecanismos asistenciales se acentúa aún más cuando se centran en atenciones individuales o generan procesos reiterativos de demandas por la no pertinencia de las primeras atenciones o prescripciones sanitarias. El desarrollo y el diseño de los equipos básicos de salud previstos en el modelo de Atención Primaria no parece, por su composición, que vayan a resolver estos problemas.

2.º El desarrollo de una alternativa asistencial para ser socialmente efectiva ha de incluir elementos pedagógicos y educativos como elementos centrales y, de este modo, hacer compatible la respuesta a esta demanda asistencial con los principios y objetivos generales de *educación para la salud* previstos en las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud.

3.º Finalmente, existe, como ya dijimos en otra parte, abundante apoyo empírico que avalan la idoneidad del desarrollo de estrategias de mejora de las competencias sociales y recursos del individuo a fin de que maneje de un modo efectivo sus fuentes de stress. La competencia o habilidad social del ciudadano parece que juega un papel de cierta importancia en la prevención o desarrollo de problemas de salud. En un reciente trabajo, Bellack, Hersen y Himmeloch (1981) encontraron que el entrenamiento en competencia social era un procedimiento significativamente más efectivo que la medicación antidepresiva para el tratamiento de la depresión unipolar. Programas de similares características se están empleando y, al parecer, con resultados satisfactorios, en el tratamiento del alcoholismo, conflictos de pareja, etc.

El programa pues, se perfila como un intento de proveer una evaluación explícita de mecanismos alternativos (pedagógicos) a los planteamientos puramente "asistencialistas". Su desarrollo tiene lugar en un Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid y la inclusión de los usuarios que participaron en él, se hizo en base a los siguientes criterios (Guerney et. al., 1970, 1971; Brown, 1980):

— El criterio diagnóstico psicopatológico no fue un requisito básico en la admisión al programa. De hecho, en el programa participaron dos personas con cargos de responsabilidad en algunos Frentes de Entrada del distrito que no presentaban especiales problemas de salud. Sin embargo, hay que hacer notar que el resto de personas pueden ser definidas como "población clínica".

— Los participantes no son conceptualizados como "enfermos", sino como estudiantes con capacidad de aprender y aplicar las habilidades adquiridas durante el programa. El rol del técnico (psicólogo, psiquiatra, trabajadora social) es la de un enseñante que describe, demuestra y enseña habilidades a través de variadas experiencias de aprendizaje.

— Finalmente, el objetivo del programa



ma no sólo es proporcionar recursos y habilidades circunscritas a los problemas presentes, sino más bien enseñar habilidades que capaciten a los participantes en el manejo de futuros problemas y en la enseñanza de dichos recursos a otros conciudadanos.

Método

Personas que participaron.—Fueron 33 (27 mujeres y 6 hombres), que acuden al Centro de Promoción de la Salud demandando atención de cuidado de salud por diferentes problemas: estados de ansiedad, depresión, dificultades de relación interpersonal. El rango de edad está comprendido entre los diecinueve y cincuenta y tres años. El nivel de estudios es el "primario" en su mayoría, y la profesión de mayor frecuencia es la de "sus labores" (ver tabla I). Los criterios diagnóstico y la presencia o ausencia de sintomatología fue ignorado como criterio de selección. Sin embargo, en su mayor parte presentaban historial clínico consistente en tratamientos anteriores, bajo medicación en el momento de iniciar el programa, diagnósticos del tipo "neurosis obsesiva hipocondríaca", "neurosis de ansiedad", "depresión psicótica", "síndrome neurovegetativo", etc. Y sintomatología como insomnio, pérdida de peso, dispepsia, cefaleas, etc. En su mayor parte, habían fracasado con otros tratamientos en aliviar sus problemas.

Diseño, Material y Variables dependientes.—Los participantes fueron asignados a dos grupos: uno, *experimental*, de entrenamiento, y otro de *control*, "lista de espera", sin entrenamiento. La asignación fue realizada según orden de llegada al centro, es decir, las primeras 18 personas accedieron al grupo experimental y, por tanto, al programa de entrenamiento, y el resto, hasta un número de 15 configuraron una "lista de espera" que se utilizó como grupo control.

Las variables dependientes que se

utilizaron fueron: a) nivel de ansiedad (medido según la escala de Hamilton), b) nivel de temores (medido según la escala de Wolpe), y c) nivel de Habilidades Sociales (evaluado según el cuestionario diseñado por Segura, 1980). El procedimiento seguido fue el siguiente:

1.º A todos los participantes, al llegar al centro, se les pasó una entrevista estructurada, en donde se recababan datos demográficos y los pertinentes a su demanda de atención de salud. A todos, también, se les informó de los objetivos de los C.P.S. y, por tanto, la necesidad de ver sus problemas o sus demandas desde un enfoque de educación sanitaria.

2.º En segundo lugar se evaluó el nivel de ansiedad, de temores y de habilidad social de todos los participantes mediante los cuestionarios más arriba mencionados.

3.º En tercer lugar se inicia el programa de entrenamiento con el grupo experimental. el grupo de control permaneció en espera hasta finalizar dicho programa.

4.º Al finalizar el programa de entrenamiento se evaluó de nuevo los niveles de ansiedad, de temores y de habilidad social tanto del grupo experimental como del grupo control. A los participantes del grupo experimental se les administró un cuestionario adicional de evaluación, anónimo, con el que se recabó información sobre los contenidos del programa, instructores, metodología utilizada y resultados obtenidos.

En cuanto al material utilizado, además del material de evaluación mencionado, hicimos uso de cuadernos de anotaciones, pizarra y cintas de magnetófono grabadas con un método de relación.

Descripción del programa.—El programa duró doce semanas a razón de una sesión de entrenamiento por semana y con una duración de noventa minutos la sesión. El esquema seguido en cada una de estas fue como sigue:

1. Revisión de tareas
2. Introducción de temas nuevos

- Discusión
- Modelado
- Ensayo de conducta
- Refuerzo positivo discriminativo

3. Asignación de tareas

Los dos componentes fundamentales del programa fueron: a) Entrenamiento en habilidades de manejo del stress y b) Entrenamiento en habilidades de comunicación (entrenamiento asertivo, habilidades conversacionales, elementos de solución de problemas). Para una descripción más detallada de la ubicación temporal de ambos componentes, véase el cuadro n.º 2. El contenido específico de los ejercicios de entrenamiento se elaboró en base a simulaciones de la vida real de los participantes. Durante el proceso de entrenamiento se les facilitaba igualmente información de los recursos sociales disponibles en el distrito con el objetivo de habilitar contextos en donde pudieran practicar sus aprendizajes.

Resultados

La tabla I presenta las características demográficas de ambos grupos. En el análisis de los datos no se observan diferencias significativas.

La tabla II ofrece un análisis comparado de los puntajes de ambos grupos en las variables dependientes: ansiedad, temor y habilidad social. El nivel de significación obtenido no reveló diferencias significativas entre ambos grupos excepto en el componente "comportamiento adecuado" de Habilidad Social. Sin embargo, después del entrenamiento, las diferencias significativas entre ambos grupos fue evidente (ver tabla III). Por otra parte, así como en el grupo experimental hubo un cambio significativo entre las fases "pre" y "post-entrenamiento", en el grupo control no se observa este cambio. Una representación gráfica de los resultados puede verse en las figuras 1, 2 y 3.

Finalmente, en la tabla IV se muestra

NUMERO DE SESIONES[illegible]

Cuadro n.º 2: Esquema del lugar temporal en que fueron introducidos los diferentes componentes del programa.

TABLA II

Comparación de medidas dependientes del Grupo Experimental y el Grupo Control en la fase de preentrenamiento o primera evaluación.

	M	P
HAMILTON		
G. Experimental	2,38	
G. Control	2,54	NS
FSS		
G. Experimental	2,48	
G. Control	2,71	NS
HABILIDADES SOCIALES		
1. Comportamiento adecuado		
G. Experimental	26,11	
G. Control	17,33	.04
2. Comportamiento inhibido		
G. Experimental	46,38	
G. Control	54,00	NS
3. Comportamiento inadecuado		
G. Experimental	27,22	
G. Control	19,33	NS

M: Medidas. P: Nivel de significación.

Existen datos abundantes sobre eliminación o reducción de medicación

TABLA I		
Características Demográficas.		
Características	Grupo Experimental	Grupo Control
Edad		
M	41,66	35,73
S	14	10,65
Rango	19-59	23-53
Sexo		
Hombres	3	3
Mujeres	15	12
Estado marital		
Casados	11	10
Solteros	4	4
Viudos	2	1
Separados	1	-
Nivel de estudios		
M	4	3,73
S	4,16	4,21
Rango	3-6	2-6
Profesión		
Sus labores	11	8
Estudiantes	3	1
Empleados	2	4
Modista	-	1
Esteticista	-	1
En paro	2	-

M: Medias de puntuación directas;
S: Desviación estándar.

El nivel de estudios se evalúa según la escala siguiente: (1) "no sabe leer ni escribir", (2) "sabe leer y escribir con dificultad", (3) "sabe leer y escribir", (4) "tiene estudios primarios", (5) "tiene estudios medios" y (6) "tiene estudios superiores".

TABLA III				
Medias (M) de medidas dependientes en las fases de preentrenamiento (o 1.ª evaluación) y post-entrenamiento (o 2.ª evaluación) y sus significación estadística (P).				
MEDIDAS	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO DE CONTROL "Lista de espera"	
	M	P	M	P
HAMILTON				
Preentrenamiento	2,38	.01	2,54	NS
Postentrenamiento	0,56		2,54	
FSS				
Preentrenamiento	2,48	.01	2,71	NS
Postentrenamiento	1,54		2,68	
HABILIDADES SOCIALES				
1. Comport. adecuado				
Preentrenamiento	26,11	.01	17,33	NS
Postentrenamiento	65,27		16,33	
2. Comport. inhibido				
Preentrenamiento	46,38	.01	54	NS
Postentrenamiento	17,77		59,99	
3. Comport. inadecuado				
Preentrenamiento	27,22	NS	29,33	NS
Postentrenamiento	16,94		25,86	

Nota: Los apartados "preentrenamiento" y "postentrenamiento" corresponden a la 1.ª evaluación "sin" entrenamiento y a la 2.ª evaluación "sin" entrenamiento del Grupo Control.

TABLA IV		
Resultados del Cuestionario anónimo de evaluación.		
	N	%
I. CONTENIDO DEL CURSO		
1. Los temas tratados han resultado		
Muy interesantes	10	55,55
Bastante interesantes	8	44,44
Interesantes	—	—
Poco interesantes	—	—
Nada interesantes	—	—
2. Los temas han sido		
Totalmente nuevos	6	33,33
Bastante nuevos	3	16,66
Conocidos en parte	9	50,00
Bastante conocidos	—	—
Totalmente conocidos	—	—
3. Los temas los he entendido		
Muy bien	6	33,33
Bastante bien	12	66,66
Regular	—	—
Mal	—	—
Depende de los temas	—	—
II. METODOLOGIA		
4. El tiempo dedicado ha sido		
Excesivo	—	—
Suficiente	7	38,88
Escaso	11	61,11
5. La forma de dar los temas y explicarlos ha sido		
Muy adecuada	9	50,00
Bastante adecuada	7	38,88
Adecuada	2	11,11
Inadecuada	—	—
Muy inadecuada	—	—
6. El componente práctico ha sido		
Muy bueno	8	44,44
Bueno	7	38,88
Regular	3	16,66
Malo	—	—
Muy malo	—	—
7. La participación ha sido		
Excesiva	1	5,55
Bastante	10	55,55
Aceptable	7	38,88
Escasa	—	—
Nula	—	—
III. INSTRUCTORES		
8. La disposición para el diálogo		
Nula	—	—
Escasa	—	—
Aceptable	—	—
Buena	8	44,44
Optima	10	55,55
9. El instructor supo mantener a los participantes		
Muy interesados	14	77,77
Bastante interesados	3	16,66
Interesados	1	5,55
Poco interesados	—	—
Aburridos	—	—
IV. RESULTADOS		
10. En este seminario he aprendido		
Mucho	6	33,33
Bastante	12	66,66
Regular	—	—
Poco	—	—
Nada	—	—



el resultado del cuestionario anónimo de evaluación, contestado únicamente por los participantes del grupo experimental, y una vez finalizado el programa de entrenamiento. El análisis de estos datos ofrece las siguientes conclusiones:

1.º Los temas tratados resultaron "muy interesantes" y "bastante interesantes".

2.º Los temas tratados resultaron ser "conocidos en parte" o "totalmente nuevos".

3.º Los temas fueron entendidos "bastante bien" o "muy bien".

4.º El tiempo dedicado resultó ser "escaso".

5.º La forma de dar los temas fue "muy adecuada" o "bastante adecuada".

6.º El componente práctico fue "muy bueno" o "bueno".

7.º La participación fue "bastante" o "aceptable".

8.º La disposición para el diálogo por parte de los instructores fue "óptima" y "buena".

9.º Los instructores supieron mantener a los participantes "altamente interesados".

10.º En el seminario han aprendido "bastante" o "mucho".

11.º Lo aprendido lo van a utilizar con "bastante frecuencia" y "con mucha frecuencia".

12.º El curso ha influido en sus vidas y salud "positivamente" o "muy positivamente".

13.º Después del curso se encuentran "mejor" o "mucho mejor".

14.º Las relaciones con sus familiares "han mejorado bastante" o "han mejorado mucho". Para tres de ellos "están igual".

15.º Las relaciones con los demás

TABLA IV (Cont.)

	N	%		N	%
11. Lo aprendido lo voy a utilizar			Peor	—	—
Con mucha frecuencia	7	38,88	Igual	—	—
Con bastante frecuencia	8	44,44	Mejor	10	55,55
Algunas veces	3	16,66	Mucho mejor	8	44,44
Pocas veces	—	—	14. Las relaciones familiares		
Nada	—	—	Han mejorado mucho	4	22,22
12. Este curso ha influido en mi vida y mi salud			Han mejorado bastante	9	50,00
Muy negativamente	—	—	Están igual	3	16,66
Negativamente	—	—	Han empeorado	—	—
Nada	—	—	Han empeorado mucho	—	—
Positivamente	12	66,66	15. Mis relaciones con los demás		
Muy positivamente	6	33,33	Han mejorado mucho	5	27,77
13. Después de este curso me encuentro			Han mejorado bastante	10	55,55
Mucho peor	—	—	Están igual	3	16,66
			Han empeorado	—	—
			Han empeorado mucho	—	—

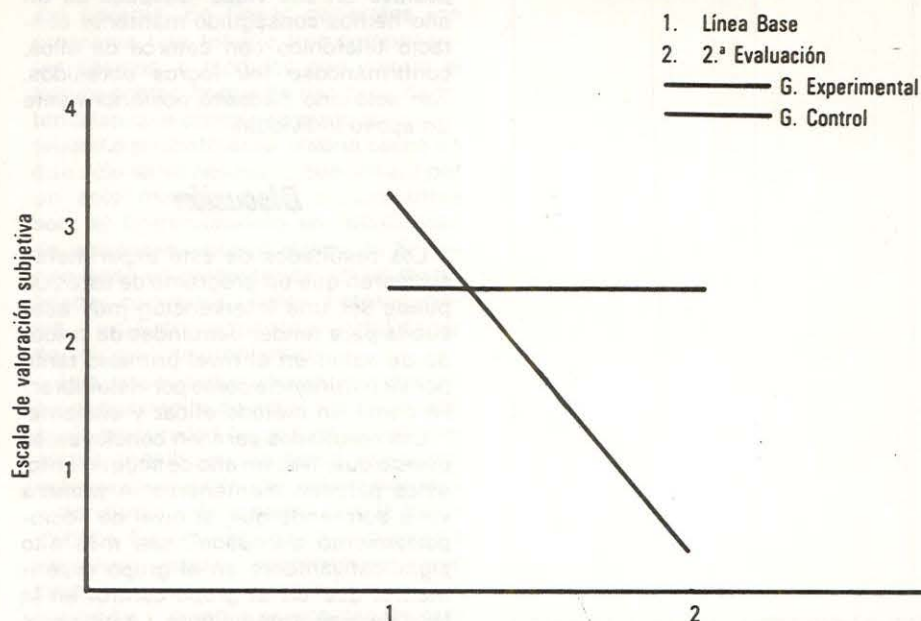


Fig. 1 ESCALA DE HAMILTON (para valorar la ansiedad)

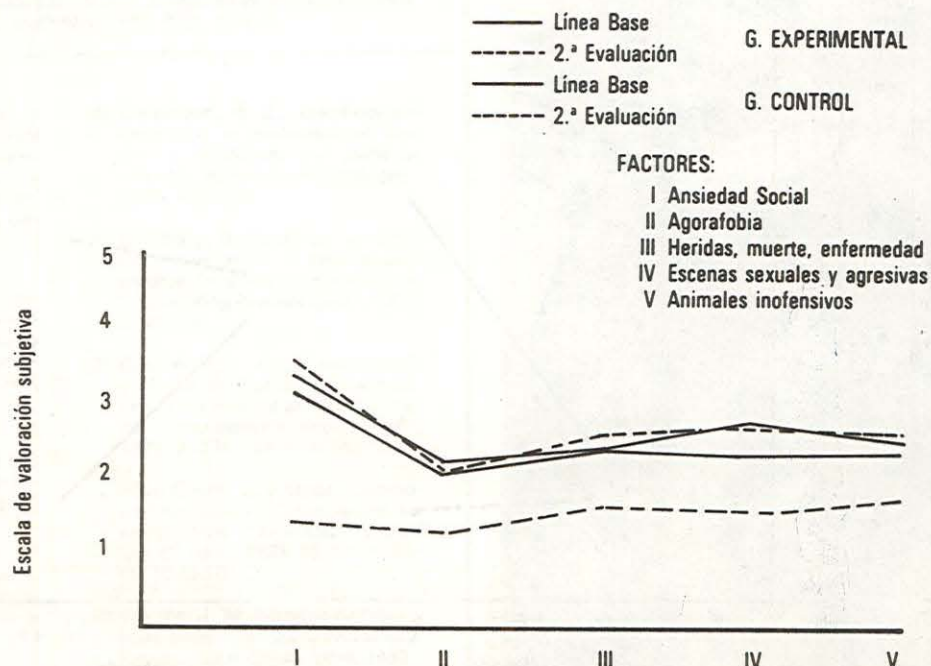


Fig. 2 ESCALA DE TEMORES (Wolpe)

La especificidad de los problemas será atendida de la manera más específica y concreta

han mejorado "bastante" o "mucho". Para tres de ellos están igual.

En las entrevistas post-entrenamiento se confirman estos resultados y se constatan reducciones significativas en su sintomatología: refieren niveles significativamente más bajos de ansiedad, miedos, y niveles más altos de competencia social. La mayor parte de los objetivo-motivo de consulta (cefaleas, insomnio, obsesiones, depresión, "mareos", etc.) habían sido satisfechos. Muchos de ellos habían prescindido de medicación después de mucho tiempo sin lograrlo. La mayor parte verbalizaron una mayor seguridad y confianza en sí mismos y existía cierto acuerdo de que el programa había supuesto un acontecimiento muy importante y muy positivo en sus vidas. Después de un año hemos conseguido mantener contacto telefónico con catorce de ellos, confirmandose los logros obtenidos. Tan sólo uno necesitó posteriormente un apoyo individual.

Discusión

Los resultados de este experimento surgieron que un programa de este tipo puede ser una intervención muy adecuada para tender demandas de cuidado de salud en el nivel primario tanto por su pertinencia como por vislumbrarse como un método eficaz y eficiente.

Los resultados parecen concluyentes puesto que, tras un año de seguimiento, éstos parecen mantenerse. A primera vista sorprende que el nivel de "comportamiento adecuado" sea más alto significativamente en el grupo experimental que en el grupo control en la fase de preentrenamiento. La hipótesis explicativa más verosímil que encontra-

mos es que esta diferencia puede ser debido a que la población del grupo control sea "más clínica", si bien no significativamente en el resto de variables, que la del grupo experimental. Hemos de recordar que entre los participantes del grupo experimental existían dos personas que accedieron al mismo por "curiosidad", por "deseos de aprender", y no tanto por resolver problemas interpersonales y/o de salud.

Existen relatos anecdóticos en autoinformes del tipo siguiente: "desde los dieciocho años estaba sin poder dejar de tomar pastillas..., por primera vez llevo dos semanas sin tomar nada y sin dolores de cabeza, durmiendo bien..." —una señora de cincuenta y dos años—; otras personas que estaban con medicación antidepresiva y con visitas repetidas al neuropsiquiatra desde hacía varios años comienzan a prescindir de su medicación y, lo que es más importante, a introducir cambios significativos en sus relaciones familiares y/o sociales. Hubiera sido deseable realizar controles rigurosos de medicación. Si bien existen datos abundantes como los referidos anteriormente sobre eliminación o reducción significativa de medicación, esta, por no estar controlada carece de significación a efectos de la evaluación general. En posteriores estudios habremos de avanzar, tanto en el rigor de la recogida de datos como en los criterios de evaluación (evaluar "apoyo social", "habilidad de enfrentarse a problemas", criterios de pertinencia, etcétera).

En cualquier modo llamamos la atención sobre la eficiencia del programa: su desarrollo ha precisado la intervención de un solo profesional, empleado durante una-dos horas/semana a los largo de doce semanas. La eficiencia se

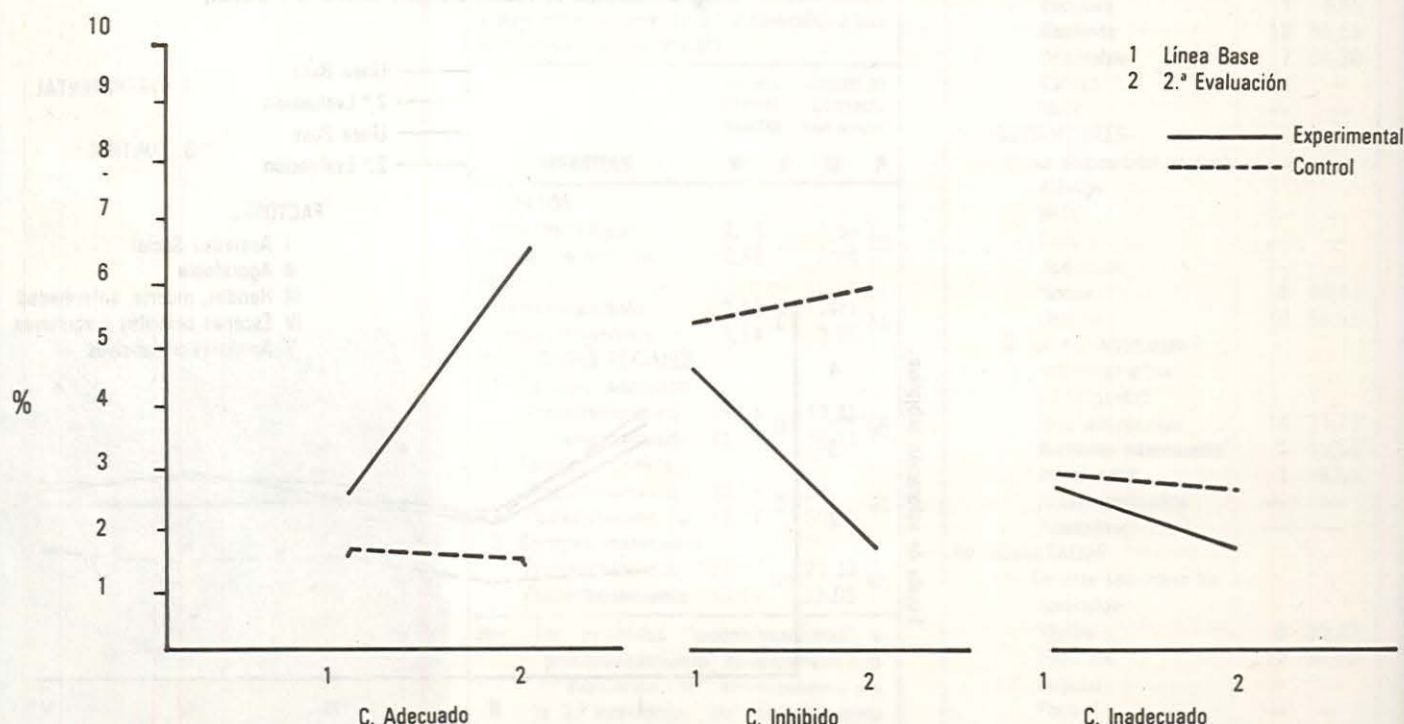


Fig. 3 CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

enfataría aún más si estos programas se contemplan en el contexto de una intervención comunitaria con la movilización de recursos humanos (voluntarios, paraprofesionales...), materiales, culturales..., de dicha comunidad, y sobre todo si se hace una estimación del ingente consumo de fármacos durante años que ocasionaría, y está ocasionando, prescripciones rutinarias y no pertinentes, así como del costo social derivado de la encronización de los problemas. En línea con este proceso argumental nos permitimos mencionar una investigación de sumo interés que se está realizando bajo la dirección de Ramón Bayés en la Universidad Autónoma de Barcelona. Han estudiado los hábitos de evacuación de la población estudiantil de la Universidad y han detectado un porcentaje relativamente alto de "estreñimiento crónico" con consumo también significativo de laxantes. Tras estos datos preliminares han diseñado un programa conductual alternativo a la utilización de laxantes sumamente simple y sencillo que, a pesar de estar aún esta investigación en proceso, se vislumbra con resultados muy prometedores.

Por nuestra parte, tenemos previsto desarrollar un programa experimental que evalúe la eficacia y eficiencia de la prescripción fármacos-ansiolíticos en cuadros con componentes de ansiedad. Davidson (1978) refiere dos modalidades en la ansiedad: cognitiva y somática. Sería interesante determinar para qué modalidad de ansiedad es más pertinente la prescripción de ansiolíticos y conseguir de esta manera que la prescripción de los mismos no resulte tan indiscriminada e inespecífica como a menudo ocurre en la red sanitaria. Por

otra parte, sería interesante comparar la eficacia relativa de un programa como el descrito en esta comunicación, con la prescripción de ansiolíticos. Las conclusiones obtenidas de estos y otros trabajos como el de Bayés podría orientar una mayor racionalidad en las decisiones de política sanitaria y farmacológica.

El programa en cuestión necesita aún de una mayor definición operativa de sus componentes y una delimitación funcional de la pertinencia de los mismos según el tipo de problema que se presente en Atención Primaria, de manera que la especificidad de los problemas sea atendida también de la manera más específica y concreta posible. Esto redundaría en una mayor rentabilidad de los recursos humanos y materiales del sistema. En líneas generales, un programa tipo tendría tres componentes básicos: o módulos que, según el tipo de población que demanda cuidado, tendrían que cumplimentarlo en su totalidad o parcialmente. Habría casos en que sólo sería necesario que pasara por un solo módulo. Estos componentes son: a) Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento al stress, b) Entrenamiento en competencia social (habilidades conversacionales, heterosociales...) y c) Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Las virtualidades preventivas que tiene el desarrollo de estas competencias en la comunidad ha originado una creciente sensibilización hacia estos programas por parte de instituciones y autoridades relacionadas con la Salud Pública. En algunos países comienzan a introducir estos componentes como parte integrante del currículum escolar, a perfilar y diseñar programas de este

tipo en períodos críticos de la vida del ciudadano (divorcio, embarazo, jubilación, inicio de relaciones matrimoniales, etc.). Y en general, a dedicar atención presupuestaria para impulsar investigaciones pertinentes en este área, de indudable rentabilidad para la Salud Pública.

Por todas estas razones, permítase-nos finalmente invitar, desde estas páginas, a cuantos estén interesados en el desarrollo de la salud en nuestro país, a reflexionar sobre la *pertinencia social* de introducir un nuevo y enriquecedor nivel de análisis en el Sistema Sanitario: el Psicológico o, para nosotros, el de la Ciencia del Comportamiento.

MIGUEL COSTA, ERNESTO LOPEZ, BLAS AGUERA Y ROSARIO GONZALEZ.

Programas de entrenamiento en autocuidado en atención primaria de salud. Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 10/11, septiembre, 1983. Págs. 19 a 25.

Bibliografía

- (1) Bellack, A. S., Hersen, M. y Himmelhoch, J.: Social Skills Training Compared with Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Unipolar Depression. "Am J. Psychiatry" 138: 12, December, 1981.
- (2) Brown, S. D.: Coping Skills Training: An Evaluation of a Psychoeducational Program in a Community Mental Health Setting. "Journal of Counseling Psychology", 1980, Vol. 27, 4, 340-345.
- (3) Costa, M. y López, E.: La Psicología Comunitaria: Un nuevo paradigma. "Papeles del Colegio", n.º 2, 1982.
- (4) Costa, M. y López, E.: Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. "Papeles del Colegio", n.º 9 1983.
- (5) Davidson, R. J.: Specificity and Patterning in Biobehavioral Systems. Implications for Behavior Change. "American Psychologist" 1978, 430-436.
- (6) Guernsey, B. G. et. al.: A format for a new mode of psychological practice: Or how to escape a zombie. "Counseling Psychologist", 1970, 2, 97-104.
- (7) Guernsey, B. G. et. al. Practicing psychologist as educator. An alternative to the medical practitioner model. "Professional Psychology", 1971, 2, 276-282.
- (8) Mac Clure, L. y otros. Community Psychology y Concepts and Research Base. "American Psychologist", Nov. 1980; 35, 11 (1980); pp. 1000-1011.
- (9) Rivera, J. M. Borrador de Proyecto de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud, junio, 1983.





DOSSIERS

- N.º 1 El hombre autorrealizado. Estudio de la Teoría de Maslow sobre jerarquía de necesidades.
 N.º 2 ¿Volver a Freud? (El inconsciente).
 N.º 3 Modificación de conducta cognitiva.
 N.º 4 El Zen, un nuevo humanismo.

PROXIMOS NUMEROS

- N.º 5 Aportaciones españolas al estudio de los superdotados.
 N.º 6 Técnicas de relajación.
 N.º 7 La informática al servicio de la Psicología.
 N.º 8 Orientación educativa.

Número suelto 250
 Suscripción (6 números) 1.200

Suscripción a la revista
 12 números 1.800
 Número suelto 200

PSICODEIA. P.º Habana, 66 - Madrid-16

PARADOX LIBROS

- SCHWARTZ, Marvin. Psicología Fisiológica. 2.100ptas.
- UPPER, Dennis, Joseph R. CAUTELA. Condicionamiento encubierto. 1.650 ptas.
- ZUK, Gerald H. Psicoterapia familiar. Un enfoque triádico. 935 ptas.
- BOSZORMENYI-NAGY, Iván, Geraldine M. SPARK. Lealtades invisibles. 2.850 ptas.
- MAHONEY, Michael J. Cognición y modificación de conducta. 2.000 ptas.
- BERNSTEIN, Douglas A., Thomas D. BORKOVEC. Entrenamiento en relajación progresiva. 400 ptas.

**C/ Santa Teresa, 2 (Pza. Santa Bárbara)
 MADRID-4. Tfno.: 419 06 92.**

ASESORIA JURIDICA

**Javier Mauleón y
 Luis Felipe Gómez**
 atienden las consultas
 de los colegiados los jueves,
 de 17,30 a 20,00 h., en
 nuestra sede. Es imprescindible
 acreditar la condición
 de colegiado.



P.º Habana, 66 - Madrid-16

inapp

Pruebas para el psicodiagnóstico
 Solicite catálogo y ficha profesional de INAPP.

Novedad

Cuestionario de Salud Mental (C.S.M.)
 Detección de reacciones neuróticas.

Manual 350
 Test 30
 Plantilla 60
 Juego completo . 440



TEA Ediciones, S. A.

Publicaciones Psicológicas - Tests

Material educativo - Librería especializada

MATERIAL DE DIAGNOSTICO PARA EDUCACION ESPECIAL

Escalas de desarrollo

- Etapas de la inteligencia sensorio-motriz (Piaget).
- Escalas de desarrollo infantil: Gesell y Bayley.
- Escalas Mc Carthy de aptitudes y psicomotricidad.
- Madurez Mental de Columbia.
- Escalas de Inteligencia de Wechsler.

Dificultades de aprendizaje

- Boehm-Test de conceptos básicos.
- Aptitudes cognitivas.
- Pruebas de diagnóstico preescolar.
- BAPAE. Aprendizaje escolar.
- Percepción visual (Frostig).
- Pruebas de lectura (nivel I y II).

Aspectos clínicos

- Test del Esquema Corporal.
- Test para el examen de la Afasia.
- Dominancia Lateral (Harris).
- Praxia constructiva.
- Test de Retención Visual (Benton).
- Figura Compleja de Rey.
- Formación de Conceptos (Hanfman-kasanin).

Evaluación de la personalidad

- CAT -A, CAT -H, TAT -Escolar.
- Fábulas de Duss.
- PN -Pata Negra.
- Cuestionarios: CPQ, ESPQ, EPQ-J.
- P. IP. Prediagnóstico infantil (Cuestionario para padres).

NOVEDADES

- CIPSA: Cuestionario de intereses.
- STAI: Cuestionario de ansiedad.
- CDS: Cuestionario depresión para niños.
- IPV: Personalidad de vendedores.
- VALETT: Desarrollo de las aptitudes básicas para el aprendizaje.
- "Evaluación clínica de los niños con las Escalas Mc Carthy" (A. S. Kaufman y N. L. Kaufman).
- Entrenamiento autógeno para niños, adolescentes y padres (R. Kemmler).

MADRID - Fray Benardino de Sahagún, 24. Tel.: 458.83.11. **BARCELONA** - Muntaner, 462. Tels.: 201.82.50 y 201.15.55. **BILBAO** - Hurtado de Amézaga, 3. Tel.: 432.01.72. **SEVILLA** - Monte Carmelo. 6. Tel.: 27.94.11.



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

INSTALE SU LABORATORIO

Disponemos de proyectos:

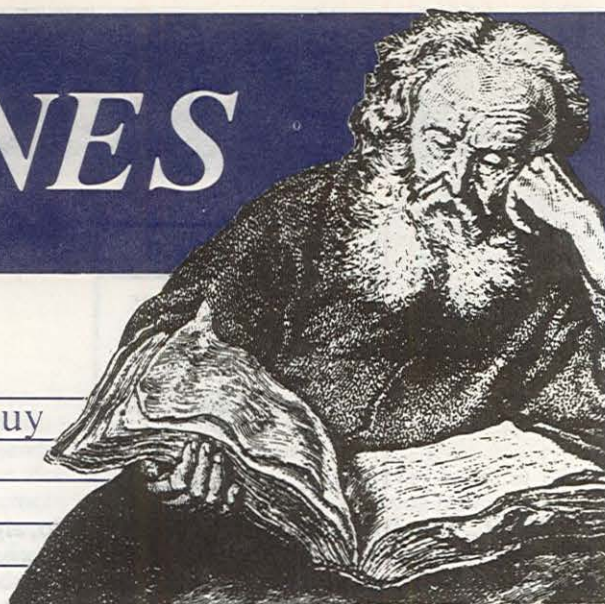
- Diagnóstico psicológico Preescolar-Escolar.
- Orientación profesional.
- Orientación profesional de Deficientes Mentales.
- Evaluación conductual.
- Evaluación de accidentabilidad (puestos peligrosos).
- Conductores.
- Psicopedagogía.
- Psicología Experimental.

ASESORAMIENTO Y FORMACION

OFICINAS Y EXPOSICION:

Franco Rodríguez, 47 — Madrid-20 — Teléfs. 4 59 52 80 — 4 50 94 49

REFLEXIONES



En una muestra de 1.000 personas de muy diversa procedencia, más del 90% afirmaron que la psicología es útil. Un resultado satisfactorio para nuestra profesión... PERO...

UTILIDAD DE LA CIENCIA PSICOLOGICA

Nicolás Seisdedos Cubero (*)

EL titular de estas páginas —utilidad de la psicología— fue introducido en una escala que intenta medir un abanico bastante amplio de las actitudes psicosociales (el instrumento es SPS, B. Giorgi y N. Seisdedos, 1982).

Los respondientes a la SPS y al titular "La utilidad de la ciencia psicológica" podían dar su opinión en una escala de cuatro puntos, sobre uno de los signos y especificaciones siguientes:

- MD Muy en desacuerdo 1 punto
- D En desacuerdo 2 puntos
- + A De acuerdo 3 puntos
- ++ MA Muy de acuerdo 4 puntos

En esta escala SPS se ha evitado, a propósito, la posibilidad de una respuesta de tipo intermedio, algo así como el interrogante (?) o el "No estoy seguro" de algunos cuestionarios de actitudes o conducta. Con ello pretendíamos evitar una acumulación excesiva de sujetos indecisos, o que no querían arriesgar una contestación comprometida. De todas formas, el sujeto podía hacerlo así (y en ocasiones lo hizo) dejando el elemento en blanco, no contestando. Pensamos que, si se creía conveniente, en los análisis estas respuestas en blanco se podrían considerar como un punto intermedio entre el 2 (D) y el 3 (A), entre el desacuerdo y el acuerdo, con valor de 2,50. Pero también consideramos que quien lo deja en blanco, como el que contesta "?" en otros cuestionarios, puede hacerlo también por ignorar el contenido del mismo elemento. Y por estas razones, creímos que

tal vez no mereciera la pena considerar estos sujetos en los análisis, sobre todo cuando el porcentaje de los mismos fuera pequeño.

En una muestra de más de mil sujetos (de muy diversa procedencia, edades y niveles culturales y profesionales), el citado titular sólo fue dejado en blanco por un 2,54%, es decir sólo 28 sujetos no contestaron a la cuestión.

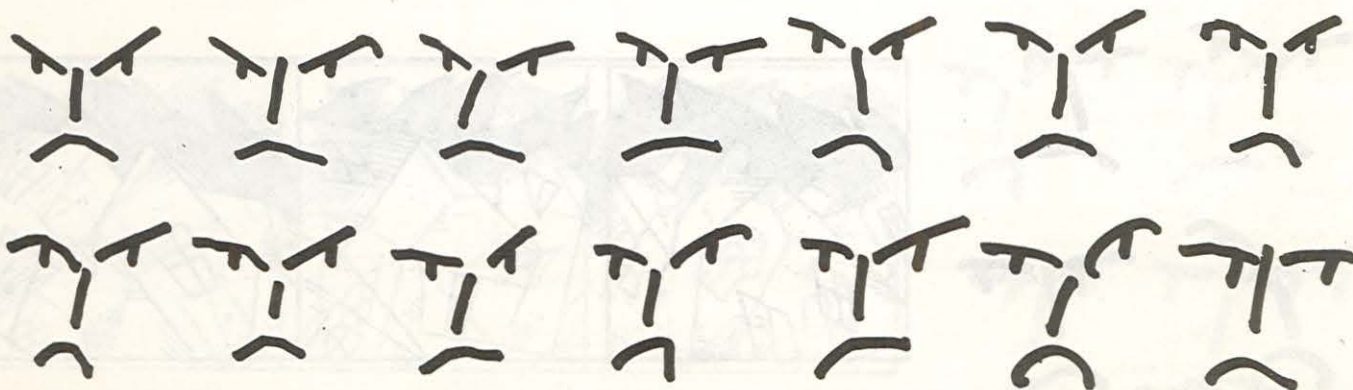
Así, pues, se desecharon esas 28 aplicaciones, y se analizaron las restantes (que todavía superaban el millar), tanto desde un punto de vista descriptivo como desde un intento explicativo.

La distribución de las respuestas al tema o titular en la citada escala de cuatro puntos, es de tipo asimétrico negativo; en forma de porcentajes presentaba los resultados de la tabla 1; en la base se encuentran la media ($\bar{X}$) y desviación típica (s_x) de los 1.076 encuestados.

Tabla 1. Porcentajes y estadísticos de las actitudes sobre el titular.

Teniendo en cuenta el significado de los puntos de esa escala (indicado al lado de las siglas), está claro que sólo el 8,45% de la muestra estaba algo o muy en desacuerdo con la "Utilidad de la ciencia psicológica", y que casi la mitad (48,79%) está "Muy de acuerdo" con su contenido, lo cual puede congratarnos a todos los que, de una manera u otra, estamos ligados profesionalmente con esta ciencia.

(*) De la sección de estudios de TEA ediciones.



Escala	%
MD — 1	1,95
D — 2	6,50
A — 3	42,75
MA — 4	48,79
$\bar{X}$	3,384
Sx	0,696

PERO... es probable que, al llegar a este punto, alguno de los lectores más "entendidos" de los *modos usuales de muestreo* con los que se ha venido normalmente elaborando la investigación psicológica, piense que el panorama tan positivo de esos resultados y porcentajes deban venir reducidos porque los respondientes han sido estudiantes universitarios. Esta fuente de muestreo, es cierto, ha sido muy corriente en el estudio de las variables psicológicas; incluso se han empleado los mismos estudiantes universitarios de la Facultad o Escuela de Psicología.

PERO... congratulémonos aún más, pues no han sido los estudiantes universitarios la fuente más numerosa de la muestra general (N = 1.104) utilizada en esta investigación. Para satisfacer la curiosidad de esos lectores "entendidos" (y también para determinar el alcance de los resultados de la tabla 1), conviene conocer la distribución de la muestra atendiendo no sólo a la fuente de procedencia, sino también a otras variables descriptivas o explicativas de los resultados.

Lugar de muestreo

EN cuanto a la *procedencia* de los casos analizados, se

observa que:

- En un 15,85% fueron encuestados cuando los sujetos cumplían el servicio militar en un campamento de tipo nacional (en el que hay que suponer una procedencia regional española muy diversa);
- En un 47,37% los sujetos eran profesionales (en ejercicio o en paro) en varios puntos de la geografía española y en empresas de tipo diverso;
- Aproximadamente, un 9% fue obtenido en situación muy variada: amistades, familia, compañeros docentes en EGB, pacientes en salas de espera de tres médicos particulares, etc.
- El resto, un 27,72%, eran escolares. Este es el grupo al que señalaba la sospecha de un sesgo el "entendido" en los modos usuales de muestreo. Entre ellos, un tercio eran adolescentes de formación profesional, otro tercio eran estudiantes de COU, y el resto (alrededor de un 9% de la muestra general) eran estudiantes universitarios de Pedagogía, o simplemente indicaron su condición de estudiantes universitarios cuando fueron encuestados en una situación voluntaria de amistad o familia.

Así, pues, a ese lector que nos señalaba su **PERO** le

decimos que, por el momento (ya que en las próximas fases pensamos acudir a los centros universitarios para aumentar nuestra muestra general), el estudiante de este tipo no ha sido casi tenido en cuenta. Lo hemos hecho a propósito.

Por tanto, el tono del último **PERO** no ha sido restrictivo en relación con la abrumadora mayoría que está de acuerdo con la utilidad de la ciencia psicológica. Si la fuente de muestreo hubiera sido el centro universitario (y, más aún, el de estudios psicológicos), hubiéramos tenido que pensar que esa mayoría disminuiría drásticamente al entrar la encuesta o escala SPS en otros ambientes menos cultivados, y nuestra preocupación está en éstos, donde la profesión psicológica tiene su aplicación y posible utilidad, donde el profesional tiene que ir ganando su puesto en la sociedad con una honesta y responsable labor práctica.

Al analizar los resultados de las tres principales fuentes de muestreo (ejército, empresa y centro escolar) en el tema o titular "La utilidad...", observamos los porcentajes y estadísticos de la tabla 2.

Tabla 2. Actitudes sobre el titular en tres fuentes de muestreo.

Escala	Ejército	Empresa	Escolares
MD — 1	2,10	2,29	1,31
D — 2	5,16	11,43	5,88
A — 3	40,73	44,57	42,48
MA — 4	49,14	37,71	48,69
$\bar{X}$	3,409	3,226	3,409
Sx	0,692	0,748	0,665

Había alguna razón cuando se pensaba que entre los escolares iba a ser mayor el porcentaje de sujetos que estaban de acuerdo con "La utilidad..."; entre éstos sólo están en desacuerdo un 7,19%, mientras que en los casos procedentes de la empresa este índice aumenta a un 13,72%. Los casos del ejército son bastante similares a los escolares en cuanto a su actitud sobre el titular.

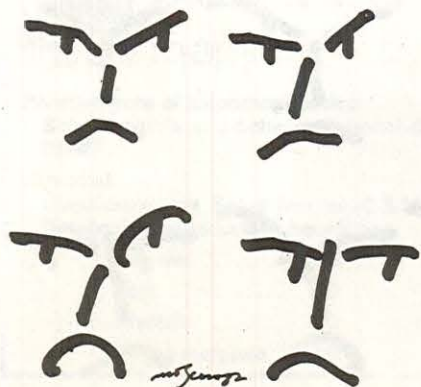
PERO... ¿es esto debido a la fuente de muestreo o a otras variables idiosincrásicas? El lector habrá intuido que entre los sujetos procedentes del ejército (reclutas en su gran mayoría) y los escolares, la edad debe ser naturalmente menor que entre los casos procedentes de la empresa. Así, convendría analizar si esta variable es la causante de la diferencia encontrada y señalada en el párrafo anterior.

Edad

SE clasificó la muestra general en cuatro grupos de

edades, y su denominación y ámbito en años fue la siguiente:

- E1 14-19 años (N = 266)
- E2 20-29 años (N = 514)
- E3 30-39 años (N = 164)
- E4 40-62 años (N = 116)





En cada uno de estos grupos se calcularon los porcentajes de acuerdo y desacuerdo, así como los estadísticos básicos, sobre el titular, y los resultados vienen en la tabla 3.

Tabla 3. Actitudes sobre el titular en cuatro grupos de edades.

Escala	E1	E2	E3	E4
MD — 1	2,26	1,56	2,44	1,72
D — 2	6,77	6,81	4,27	6,03
A — 3	40,23	41,83	36,59	50,00
MA — 4	50,00	46,50	52,44	35,34
$\bar{X}$	3,390	3,378	3,452	3,278
S_x	0,710	0,688	0,702	0,667

Parece como si entre los sujetos mayores (de 40 y más años, grupo E4) hubiera un menor acuerdo sobre la utilidad de la ciencia psicológica, por lo menos en cuanto a la media aritmética se refiere; aunque, también es verdad, en este grupo hubo un 6,90% que dejaron la cuestión en blanco. Es probable que esto sea debido a que en este grupo de más edad el nivel cultural era menor; había sido encuestado en situación laboral y su nivel profesional era menor que el de otros grupos de edad menor. Por ello, será conveniente atender a esta variable.

Profesión

ATENDIENDO a la actividad que desarrollaban en el

momento de ser encuestados, los sujetos fueron clasificados de menor a mayor nivel profesional; con los sujetos que, fundamentalmente, estaban estudiando, se formó un grupo separado y su codificación se situó por encima de las demás (sin que ello significara que, a nuestro juicio, su nivel profesional fuera mayor). Los grupos, cuantías y ocupaciones fueron las siguientes:

- P1 227 operarios y subalternos
- P2 185 administrativos y vendedores
- P3 115 oficiales y secretarías
- P4 85 jefes, técnicos y directivos
- P5 414 estudiantes

La tabla 4 ofrece los porcentajes de acuerdo y desacuerdo y estadísticos básicos en relación con el titular.

Tabla 4. Actitudes sobre el titular en cinco grupos de actividades.

Escala	P1	P2	P3	P4	P5
MD — 1	1,76	2,16	1,74	2,35	1,93
D — 2	9,69	4,32	5,22	2,35	6,52
A — 3	47,14	43,24	35,65	40,00	41,06
MA — 4	37,44	47,57	55,65	54,12	49,03
$\bar{X}$	3,252	3,400	3,478	3,476	3,392
S_x	0,709	0,682	0,683	0,667	0,700

Sí, parece haber una relación directa entre el mayor nivel de ocupación profesional y un mayor acuerdo con el titular, pues, dejando a un lado a los estudiantes (P5), las medias aumentan desde P1 (operarios y subalternos) hasta el P4 (jefes, técnicos y directivos), y hay una mayor homogeneidad (menor desviación típica) en la actitud.

Si esto fuera así en la población, habría que pensar que los psicólogos tendríamos mayor aceptación entre los profesionales de categorías superiores, aquellos que tienen que decidir sobre la intervención del psicólogo en la problemática de las empresas.

PERO... también podríamos sospechar que esto sea debido a otra variable íntimamente relacionada con la actividad profesional; nos referimos al nivel cultural. Por tanto, vamos a hacer intervenir este nuevo criterio de clasificación.

Estudios

SE incluyeron los estudiantes, y toda la muestra se clasificó por el nivel primario (Pr.), medio (Md.) o superior (Sp.) de la formación académica que tenía el sujeto en el momento de contestar a la escala SPS. En la tabla 5 se encuentran los porcentajes de acuerdo o desacuerdo y los estadísticos de cada grupo en el titular que venimos tratando.

Tabla 5. Actitudes sobre el titular según el nivel de estudios.

Tabla 5. Actitudes sobre el titular según el nivel de estudios.

Escala	359 Pr.	503 Md.	178 Sp.
MD — 1	3,06	1,39	1,12
D — 2	6,96	7,56	1,68
A — 3	44,01	40,56	42,14
MA — 4	42,06	49,10	53,37
$\bar{X}$	3,301	3,393	3,503
S_x	0,741	0,691	0,595

Ahora hemos encontrado otra variable o criterio que parece discriminar significativamente en las actitudes hacia la ciencia psicológica. Por un lado, el porcentaje de acuerdo sobre el titular (MA = A) pasa del 86,07% entre los sujetos con estudios primarios al 95,51% en el grupo con estudios superiores; y esto viene reflejado en sus correspondientes medias aritméticas. Se destaca también el que en este último grupo su homogeneidad en cuanto a la actitud es mayor (menor desviación típica) que en el grupo de menor formación académica. Esto corrobora nuestra anterior afirmación de que la utilidad de la ciencia psicológica parece



REFLEXIONES

más aceptada en los niveles superiores de ocupación profesional, puesto que esta variable está muy relacionada con el grado de formación académica.

PERO... ¿no vendrá esto afectado por otra variable, el sexo, en la que las diferencias actitudinales son, en ocasiones, bastante importantes? No podemos, pues, olvidar este criterio de clasificación y vamos a ver su influencia en el siguiente apartado.

Sexo

TANTO en la toma de datos como en los análisis de los resultados de la escala SPS, hemos controlado siempre esta variable para conocer su influencia en la estructura y manifestación de las actitudes.

Aunque la proporción de cada sexo es diferente, y ello es debido fundamentalmente a que en determinados ambientes o fuentes de muestreo el grupo de las mujeres ha sido más difícil de obtener, ambos grupos tienen un número de sujetos suficientes como para que los estadísticos obtenidos sean considerados bastante estables.

En la tabla 6 se recogen las cuantías de varones (V) y de mujeres (M), sus porcentajes de acuerdo y desacuerdo y los estadísticos de cada grupo.

Tabla 6. Actitudes sobre el titular en ambos sexos.

Escala	729 V	349 M
MD — 1	2,33	1,15
D — 2	7,13	4,30
A — 3	45,27	34,38
MA — 4	42,11	59,03
$\bar{X}$	3,313	3,530
s_x	0,712	0,638

La diferencia entre ambos sexos es estadísticamente significativa, y las mujeres están más de acuerdo sobre la utilidad de la ciencia psicológica; sólo hay un 5,45% que no está de acuerdo con la misma.

¿Por qué esta mayor atracción de las mujeres? Durante los años que en nuestro país llevan funcionando y están implantados los estudios de psicología, hemos constatado entre los alumnos una mayor proporción de mujeres; lo hemos comentado con nuestros compañeros profesores en las facultades, y las opiniones sobre el particular han sido diversas. (*)

Lo cierto es que en el presente estudio se vuelve a recoger este dato y por el momento no tenemos una explicación

(*) En los datos presentados descriptivamente por Adolfo Hernández en *Papeles del Colegio* nº 2, págs. 31-38, se constata también este hecho: un 50% de los colegiados encuestados son mujeres (porcentaje que sube al 66% en Cataluña) y el dato es mayor entre los psicólogos jóvenes (menores de 30 años); a nivel de formación o estudios, esta supremacía de la mujer surgió cuando comenzaron a salir las primeras promociones (1971) de licenciados universitarios.

plausible. El hecho puede resultar interesante para todos aquellos profesionales de esta ciencia; no es que el varón sea escéptico en cuanto a la utilidad de esta ciencia, sino que la actitud es más favorable entre las mujeres.

PERO..., como en ocasiones se ha demostrado que la mujer se mueve más por la intuición y el varón más por el raciocinio, ella se inclina por las humanidades y él por las ciencias exactas, etc., ¿podríamos sospechar que la razón está en que la psicología tiene una mayor carga de intuición y de creencia que la que nos gustaría que tuviese?

Por estos motivos, en nuestro afán de profundizar en la opinión sobre la utilidad de la ciencia psicológica, hemos tomado otra variable idiosincrásica o criterio que habíamos introducido en la SPS, la religión que decían profesar los encuestados.

Religión

VAMOS a centrarnos en tres grupos claramente diferenciados: uno formado por 132 sujetos que afirmaron ser no creyentes, otro por 304 que dijeron ser católicos practicantes y el tercero por 468 que se definieron como católicos no practicantes. En ellos hemos analizado los resultados de las actitudes sobre el titular; en la tabla 7 se incluyen los porcentajes y estadísticos básicos de los mismos.

Tabla 7. Actitudes sobre el titular según la religión.

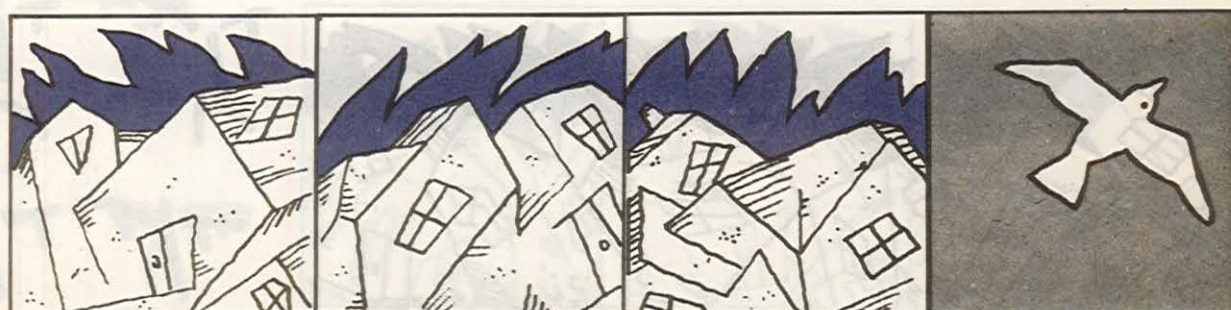
Escala	No creyentes	Católicos practicantes	Católicos no practicantes
MD — 1	2,27	1,32	1,92
D — 2	7,58	6,58	5,13
A — 3	43,94	40,79	42,31
MA — 4	45,46	49,34	49,15
$\bar{X}$	3,336	3,409	3,408
s_x	0,719	0,677	0,681

Aunque es pequeña, hay una ligera tendencia a que los sujetos que dicen tener unas creencias o religión estén más de acuerdo con la utilidad de la ciencia psicológica. Tanto entre los católicos practicantes como entre los no practicantes, los sujetos que están de acuerdo con el titular superan el 90%.

Esto nos ha hecho sospechar, en este momento de los análisis, el que en esta opinión sobre el titular hay un cierto grado de creencia, de fe en algo, aunque no se tengan las razones suficientemente claras para justificarlo. Y por eso pensamos ahondar más en este sentido en los párrafos siguientes.

Pero antes vamos a finalizar con las variables de tipo criterio o de clasificación introducidas en el estudio de las actitudes con la SPS. Nos referimos a la "idea política" de los encuestados.

No hemos indagado por el partido político en el que estaban afiliados, sino que les pedimos que nos señalaran, entre las propuestas, aquella idea política que les parecía "más atractiva".



Idea política

COMO alternativas se le indicaron al sujeto las siguientes ideas o conceptos: conservadora, liberal, socialista, comunista, nacionalista de izquierda, nacionalista de derecha y otra.

Las mayores agrupaciones se centraron en los cuatro primeros conceptos y en porcentajes no muy alejados de los que nos encontramos los españoles en las elecciones de octubre de 1982; lo cual viene a indicar que en la muestra general ($N = 1.104$), las proporciones del muestreo se han acercado, en este criterio, a la representatividad de la población general española.

En cuanto a la utilidad de la ciencia psicológica, los 96 sujetos que se adscribieron a la idea conservadora presentaban una media de 3,344 ($s_x = 0,715$), los 216 que se inclinaron a la idea liberal tenían una media de 3,453 ($s_x = 0,624$), los 373 que señalaron la idea socialista obtuvieron una media de 3,386 ($s_x = 0,683$) y, finalmente, los 47 que se apuntaron a la idea comunista (un 4,26% de la muestra total) tenían una media de 3,128 ($s_x = 0,969$) en sus actitudes sobre el titular.

Son pequeñas las diferencias existentes entre los distintos grupos, pero significativa cuando se comparan, por ejemplo, los sujetos de idea comunista con los de idea liberal, y éstos últimos tienen una actitud más positiva hacia el titular.

Análisis correlacional

DESPUES de esta amplia introducción sobre cómo se especifica aquel 90% que indicábamos al principio, el lector se habrá hecho cargo de los diversos criterios que hemos incluido para determinar la composición de la muestra encuestada.

PERO... a nosotros no nos parecen suficientes para intentar comprender la actitud hacia la utilidad de la ciencia psicológica, y por eso hemos acudido a otro enfoque, el del análisis correlacional.

Se han obtenido los 81 índices de correlación entre la actitud sobre el titular y la opinión sobre todos los demás temas de la escala SPS. En el cuadro 1 se indican únicamente los índices significativos a un nivel de confianza ($N.c.$) superior al 1%; están ordenados de mayor a menor y a su lado se especifica, tal como lo encontraba redactado el sujeto, el tema de cada elemento.

Al principio de estas páginas dijimos que en la escala SPS habíamos introducido un abanico bastante amplio de las actitudes psicosociales; aluden a temas familiares, laborales, religiosos, políticos, sexuales, legales, etc. Pues bien, el cuadro 1 nos muestra aquéllos que, en opinión de los encuestados, están conexonados con la utilidad de la ciencia psicológica.

Ahora, repasando de nuevo el contenido de los 25 temas incluidos en el cuadro 1, nos encontramos sorprendidos con que entre los 82 temas de la SPS se hayan destacado aquellos con los que actualmente parece estar implicada la práctica de la psicología. Si el lector relea los temas verá parte del contenido profesional del psicólogo: no violencia, coeduca-

Cuadro 1. Relaciones significativas entre el titular y otros temas actitudinales (r_{ut})

Nº	r_{ut}	Temas actitudinales
1	0,225	La práctica de la no violencia
2	0,202	Las escuelas primarias mixtas (para ambos sexos)
3	0,199	La rehabilitación de los criminales
4	0,190	El matrimonio entre personas de distintas razas/religiones
5	0,182	La educación moral de los niños/jóvenes
6	0,181	La igualdad de derechos sexuales para hombres y mujeres
7	0,163	La agilización de los trámites de divorcio
8	0,151	La libertad de prensa en todos los temas
9	0,149	La existencia de otra vida después de la muerte
10	0,145	El trabajo de las mujeres casadas y con hijos
11	0,141	El respeto incondicional a la familia
12	0,140	Las leyes para proteger los intereses de los pobres
13	0,135	Las píldoras tranquilizantes para personas nerviosas
14	0,132	La igualdad de los sexos
15	0,131	La lectura de libros espirituales
16	0,128	La legalización de la homosexualidad
17	0,121	La creencia en ciencias ocultas
18	0,121	Las "posiciones" para obtener el máximo placer sexual
19	0,113	El valor de la oración/plegaria a Dios
20	0,112	Los experimentos con animales vivos
21	0,111	La defensa incondicional de nuestro país
22	0,105	La existencia de Dios
23	-0,105	La eliminación física de ciertos políticos
24	-0,105	El castigo de los drogadictos
25	0,102	El control artificial de la natalidad

ción, rehabilitación, igualdades y libertades, sexualidad, familia y divorcio, drogadictos, etc.

PERO... en el análisis correlacional se han señalado además otros temas en los que, a nuestro parecer, el psicólogo todavía no está vinculado, y la muestra encuestada llama su atención sobre ellos. Sí, de nuevo tenemos que introducir un PERO más, pues entre los temas citados algunos aluden a aspectos espirituales, religiosos o de mera creencia, sobre todo el que se titula "La creencia en ciencias ocultas."



Ciencias ocultas

POR qué esta conexión entre la utilidad de la ciencia psicológica y la creencia en las ciencias ocultas. Anteriormente hemos visto que el titular tiene relaciones con los estudios superiores, con el ser mujer, con el tener una religión y las ideas liberales, y ahora nos surge el que también está relacionada con la creencia en las ciencias ocultas. ¿Qué tiene que ver todo esto en conjunto?

Es verdad que al lado de la psicología con pretensiones científicas (objetividad, experimentación y cuantificación de resultados) se han estado desarrollando otras actuaciones menos científicas y más idiográficas, que se apoyan más en la subjetividad del interpretador que en la realidad medible del tema o constructo psicológico. Comparándolo con el campo de la medicina, hay psicólogos que se acercan más al mago, hechicero o curandero que lo que fuera deseable en una actividad que pretende apoyarse en una ciencia.

De nuestro análisis se deduce, y tenemos que reconocerlo, que alguna parte de la utilidad de la ciencia psicológica se apoya en una creencia (más que en una ciencia), y que tiene que ver con las ciencias ocultas, en las que lo fundamental es la fe de los creyentes; en estos casos la fe hace milagros y curaciones, y en el campo de la psicología hay noticias de ese tipo de milagros y curaciones.

Por todo ello, en este momento del análisis vamos a centrar nuestra atención en el tema "La creencia en las ciencias ocultas" y sus resultados en la escala SPS. En él la dispersión de las actitudes de la muestra general ha tenido una distribución más simétrica y normal que nuestro titular. Sólo hubo un 1,09% que dejó la cuestión en blanco, y el resto (N = 1.091) presentaba los porcentajes y estadísticos básicos que ofrece la tabla 8.

Tabla 8. Creencia en las ciencias ocultas.

Escala	n	%
MD — 1	130	11,78
D — 2	258	23,37
A — 3	475	43,03
MA — 4	228	20,74
$\bar{X}$		2,735
Sx		0,924

En la muestra encuestada hay un 63,77% que dice creer en las ciencias ocultas, y por eso la media supera el punto central de la escala de medida (2,50). Cuando en estos resultados hemos introducido alguno de los criterios de clasificación citados en las páginas precedentes, hemos encontrado lo siguiente:

- Ambos sexos resultan muy semejantes en su opinión sobre el tema, aunque las mujeres obtienen una media ligeramente mayor.
- Los sujetos con estudios superiores se destacan significativamente de los demás por creer menos en esas ciencias.

c) Las profesiones de nivel superior (jefes, técnicos y directivos) son las únicas que se destacan por su menor creencia en esas ciencias; tanto los estudiantes como las demás profesiones tienen unos promedios muy similares.

d) En cuanto a la religión que profesan los encuestados, son los no creyentes los que se afirman más en las ciencias ocultas, le siguen los católicos no practicantes y los que menos creen en ellas (a una distancia estadísticamente significativa) son los católicos practicantes.

El sentido de estas diferencias parece validar el constructo subyacente en el tema e indicar que el fenómeno de la medida ha funcionado bien y podemos dar crédito a otras conexiones y relaciones que encontremos.

A continuación, hemos tomado los cuatro grupos (MD = 130, D = 258, A = 475 y MA = 228) en los que ha quedado dividida la muestra general por su actitud hacia las ciencias ocultas, y en ellos hemos indagado cómo opinan sobre la utilidad de la ciencia psicológica (nuestro tema central o titular). En la tabla 9 se encuentran los porcentajes y estadísticos básicos de su actitud sobre el titular.

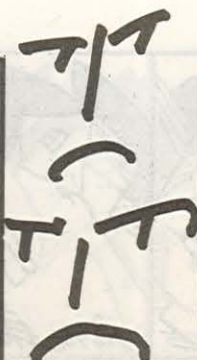
Tabla 9. Actitudes sobre el titular según el grado de creencia en las ciencias ocultas.

Utilidad psicología	Creencia en ciencias ocultas			
	130 MD	258 D	475 A	228 MA
MD — 1	3,85	1,94	1,68	1,32
D — 2	10,00	8,14	4,21	7,02
A — 3	38,46	46,90	47,16	26,32
MA — 4	43,08	41,47	44,84	64,04
$\bar{X}$	3,226	3,289	3,381	3,552
Sx	0,808	0,718	0,654	0,688

A nivel de medias aritméticas se observa que la actitud hacia la utilidad de la ciencia psicológica aumenta progresiva y significativamente al ser más favorable la actitud o creencia en las ciencias ocultas.

En cuanto a la medida de ambas actitudes a nivel de porcentajes, si sumamos los que están de acuerdo (MA + A) en el titular, puede verse que la opinión es significativamente mejor entre los que están de acuerdo (A = 92,00% y MA = 90,36%) que entre los que no creen en las ciencias ocultas (D = 88,37% y MD = 81,54%) y en el grupo de 130 MD el descenso es mucho más significativo. Esto, naturalmente, es otro modo de contrastar la correlación que habíamos visto en el cuadro 1 entre las opiniones sobre ambos temas (utilidad y creencia).

PERO... sospechamos que si en los índices de correlación del cuadro 1 (r_{ut}) entre el tema del titular y los demás se parcializara la influencia que existe por la creencia en las ciencias ocultas, esos índices disminuirían y en algunos casos resultarían nulos o estadísticamente no significativos. Es decir, si "u" alude al titular "utilidad...", "c" a la





“creencia...” y “t” a otros temas actitudinales relacionados con “u”, la relación r_{ut} descendería cuando se calcule la correlación parcial $r_{ut.c}$ y exista una relación significativa r_{tc} (puesto que hemos visto que sí hay una relación r_{uc}). Creemos que esto vendría en detrimento del panorama tan alentador que habíamos visto al principio de estas páginas. ¿Es que en la utilidad de la ciencia psicológica es fundamental la creencia en las ciencias ocultas?

Ciencias y creencias

ESTE último PERO nos parece ya una alarmante llamada de atención.

Las recientes décadas de investigación objetiva y seria para afianzar unas bases científicas en la labor práctica de la psicología, ¿no han sido capaces de remover los aspectos mágicos del tratamiento de la conducta humana?

En las postrimerías del siglo pasado, William James afirmaba que “la psicología es poco más que la esperanza de una ciencia”, después de hacer una revisión de las aportaciones existentes. Ha pasado casi un siglo, y en nuestro país todavía son válidos los dos tipos de psicología que hace algunos años señalaba H.J. Eysenck:

- La psicología artístico-literaria; está interesada en la interpretación de los sueños, la “lectura analítica” de manifestaciones ideográficas y el estudio de “las racionalizaciones inconscientes de los intereses de clase”. Es una psicología que ejerce una poderosa atracción popular.
- La psicología experimental, explicativa y científica; es menos popular (puesto que es monótono y tedioso establecer hipótesis y poner a prueba unas consecuencias verificables); en ella el control de las variables y el análisis matemático de la información no tienen la misma atracción que la fantasía artística que huye de cualquier intento de cuantificación y prefiere pensar que “el absentismo de los mineros está relacionado con el trauma experimentado por el hecho de tener que herir cotidianamente una simbólica Madre Tierra”, o que “las actitudes hacia los reyes y presidentes no son otra cosa que sentimientos infantiles actualmente reactivados y que anteriormente habían estado dirigido hacia los padres” (Eysenck, 1954).

Nuestro compañero de investigación, B. Giorgi (1979), ha aplicado en Irlanda del Norte un cuestionario en el que se incluían cuestiones como “No creo en la psicología”, “Los tests y cuestionarios de personalidad son completamente falsos”, “La psicología nunca puede reemplazar el sentido común”, etc., y en sus conclusiones afirmaba lo siguiente:

- Las actitudes de las personas corrientes hacia la psicología y sus instrumentos no difieren fundamentalmente de las de los profesionales especialistas en diferentes ramas del conocimiento.
- Hay un elevado porcentaje de sujetos que contestan afirmativamente las cuestiones citadas, y esta tendencia es compartida por individuos de diferentes niveles educativos y pertenecientes a distintos grupos sociales y profesionales.

- Los que, al contrario, “creen” en la psicología se caracterizan por una fe ciega en diferentes formas de psicoterapia (de psicoanálisis, en particular) y en ciertas “técnicas proyectivas”, tales como el Rorschach.

En nuestro país, los resultados que hemos presentado en las páginas anteriores no parecen tan pesimistas para los psicólogos como los irlandeses; además, los datos de una encuesta anterior en la que participamos al lado de otros cinco países europeos (*) no presentaban un panorama desalentador en nuestro país sobre el uso de los tests como instrumentos científicos, y la predilección de unas técnicas por otras estaba muy relacionada con el área o campo de actividad de la psicología.

PERO... volviendo a la línea de análisis de la presente muestra española, nos habíamos detenido al constatar que la creencia en las ciencias ocultas tiene que ver con la opinión sobre la utilidad de la ciencia psicológica. Y esto nos parece un dato negativo.

En primer lugar vamos a determinar la restricción que supondría la existencia de correlación (r_{ct}) entre el tema de la “Creencia...” y los temas en los que parece incidir la “Utilidad...” (recogidos en el cuadro 1).

Una vez obtenidas las correlaciones simples (r_{ct}) con todos los 24 temas, observamos que sólo en diez de ellos existe relación significativa (al N.c. del 1%) entre la citada creencia y los temas aplicación y, por tanto, la restricción, es menor de lo que creíamos. No obstante, hemos analizado la significatividad de los 24 índices y en su gran mayoría ésta no ha descendido tanto como para dejar de serlo. En el cuadro 2 se presentan los diez temas (y sus correspondientes índices) en los que existe relación significativa r_{ct} que podrían haber afectado a la relación r_{ut} con la utilidad de la psicología.

Por tanto, aunque no se puede negar la existencia de alguna relación entre los temas de aplicación de la labor psicológica y la creencia en las ciencias ocultas, buena parte de la utilidad de esa labor no es debida a la creencia.

PERO... tal vez el lector prefiera ver todo esto desde una perspectiva gráfica. Para ello, vamos a formar dos grandes grupos con las cuatro alternativas de respuesta presentadas en la tabla 8, los que no creen en las ciencias ocultas (los que han opinado MD y D en el tema, con N = 388) y los que están

(*) Informe presentado en “International Review of Applied Psychology” (SAGE, London and Beverly Hills, vol. 31, 7-34) por P. Cotsier de Bélgica, G. Meuris de Bélgica (zona francesa), K.M. Miller de Gran Bretaña, J. Schlegel de Francia, N. Seisdedos de España, V. Samsonowicz de Suecia, y coordinado por Y.H. Poortinga de Holanda. En Papeles del Colegio presentamos una breve reseña con el título “Encuesta de aplicación multinacional sobre el uso de los tests”, en el N° 3, Junio, 1982.



REFLEXIONES

Cuadro 2. Correlaciones simples y parciales entre el titular y algunos temas actitudinales.

r_{ut}	r_{uc}	$r_{ut.c}$	Temas actitudinales
0,128	0,207	0,106	La legalización de la homosexualidad
0,202	0,189	0,184	Las escuelas primarias mixtas (para ambos sexos)
0,121	0,167	0,103	Las "posiciones" para obtener el máximo placer sexual
0,190	0,165	0,174	El matrimonio entre personas de distintas razas/religiones
0,151	0,165	0,134	La libertad de prensa en todos los temas
0,163	0,146	0,148	La agilización de los trámites del divorcio
0,181	0,127	0,168	La igualdad de derechos sexuales para hombres y mujeres
0,145	0,120	0,132	El trabajo de las mujeres casadas y con hijos
0,149	0,106	0,138	La existencia de otra vida después de la muerte
0,132	0,098	0,122	La igualdad de los sexos

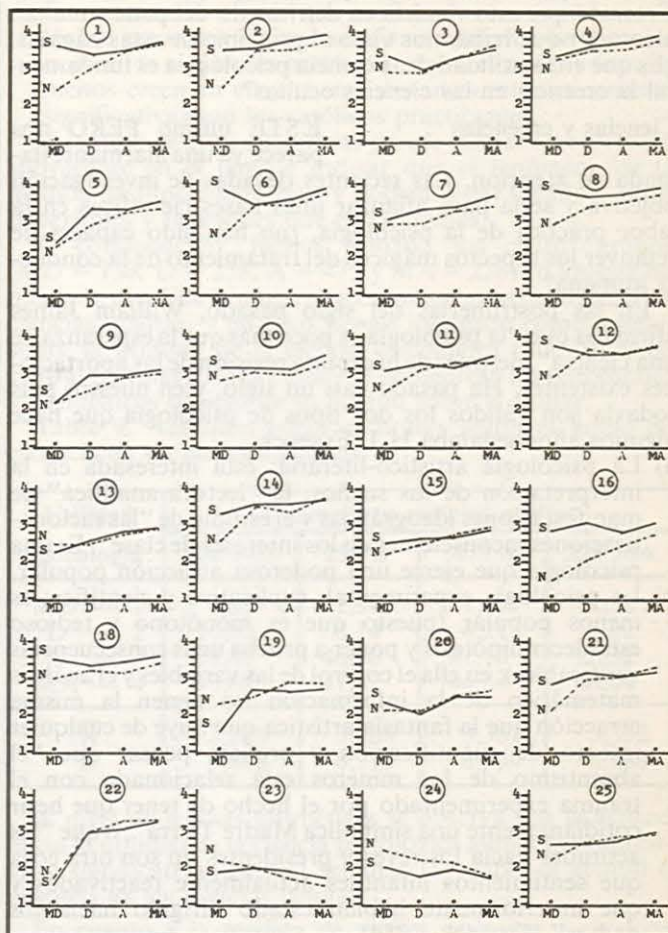
de acuerdo con ellas (A y MA, con $N = 703$), cuyas medias en su actitud sobre el titular son de 3,266 y 3,436, respectivamente. Los vamos a denominar grupo NO y grupo SI, o simplemente N y S.

En ambos grupos, NO y SI, formamos los subgrupos MD, D, A y MA según su opinión sobre la "Utilidad...", y vamos a ver cómo son sus actitudes sobre aquellos 24 temas que, según el cuadro 1, estaban relacionados con la aplicación de la aplicación práctica de la psicología (exceptuamos, naturalmente, el tema 17 por ser utilizado como variable moduladora).

El cruce de los ocho subgrupos (creencia/utilidad) con los 24 temas ofrece muchos estadísticos, demasiados para sobrecargar estas páginas, y vamos a representar las medias gráficamente. Para cada tema elaboraremos un diagrama en el que los SI creyentes (grupo S) en las ciencias ocultas vendrán indicados con una línea continua, y los NO creyentes (grupo N) con una línea de trazos. En la abscisa se encuentra la escala de opinión sobre el titular (MD a MA, 1 a 4) y en la ordenada la escala de opinión sobre el tema en particular (MD a MA, 1 a 4). En el cruce de ordenada y abscisa se encuentran las medias obtenidas por cada subgrupo en ese tema en particular (indicado con un número dentro de un círculo según la ordenación del cuadro 1).

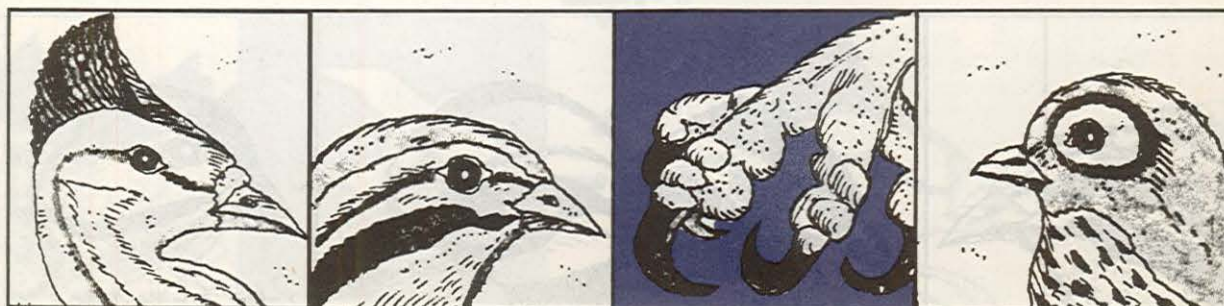
Para una mejor interpretación de las tendencias que muestran los gráficos, téngase en cuenta y recuérdese que los subgrupos MD y D de la abscisa (opinión sobre el titular) son pequeños y estadísticamente menos estables, mientras que

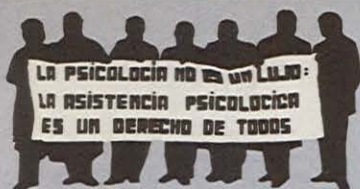
Figura 1. Relaciones entre el titular (modulado por la creencia SI y NO en las ciencias ocultas) y otros temas actitudinales.



los subgrupos A y MA superan el centenar de casos, tanto entre los NO creyentes como entre los que SI creen en las ciencias ocultas.

Las tendencias que muestran los gráficos de la figura 1 son ascendentes (relación afirmativa: a mejor actitud sobre el titular mejor opinión sobre los temas), excepto los temas 23 y 24, que en el cuadro 1 presentan relación negativa; en todos ellos puede trazarse una clara línea de regresión. Sobre todo en la mitad superior de la figura, la línea continua del grupo S de creyentes en las ciencias ocultas se sitúa por encima de la del grupo N de no creyentes en las mismas, y en los gráficos 23 y 24 se invierten las posiciones.





INFORME SOBRE EL TRABAJO DE UN EQUIPO DE PSICOLOGOS EN SAN FERNANDO DE HENARES

Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos (*)

La elaboración de este documento por parte de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos se inscribe dentro del proceso de esclarecimiento del conflicto surgido entre cuatro de sus colegiados, la dirección del Centro Municipal de Salud y de la Corporación Municipal de San Fernando de Henares.

El dictamen de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos se refiere por un lado al trabajo desarrollado por estos psicólogos en el Servicio de Psicopedagogía y Salud Mental dependiente del Ayuntamiento de San Fernando de Henares (febrero 81 - febrero 83) y por otro a la situación de crisis institucional surgida en el seno del Centro Municipal de Salud entre su director y los cuatro psicólogos como trabajadores del Centro Municipal de Salud en sus diferentes programas y departamentos (Planificación Familiar, Programa de Alcohol y Drogas, Salud Mental, Salud Escolar).

El objetivo de este informe es doble:

1. Dictaminar técnica y profesionalmente acerca de la labor del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental.
2. Contribuir al diálogo abierto y a la confrontación acerca del trabajo desarrollado por los psicólogos en el Centro Municipal de Salud.

Con frecuencia los conflictos son un motor de cambio si se los puede superar con éxito y ese es el reto de unas nuevas instituciones que, como la de San Fernando de Henares, pretenden enfocar de una manera progresista la salud comunitaria. Esperamos que este informe pueda arrojar alguna luz para los propios psicólogos, la dirección del Centro Municipal de Salud, el Ayuntamiento y la propia comunidad de San Fernando de Henares.

Con fecha 13 de junio de 1983, a la Junta Rectora de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos le fue presentado un escrito por los colegiados Laura González Martínez, Emilio Irazábal Martín, Sabino Adúriz Ugarte y Antonio A. Díaz García, en el que nos comunican la "firme intención de la Corporación del Ayuntamiento de San Fernando de Henares de no renovar, a su finalización el próximo 30 de junio, el contrato de trabajo que les liga laboralmente a ese Ayuntamiento". Estos cuatro psicólogos solicitaron de la Junta Rectora que realizara la gestión pertinente ante la Corporación Municipal en base a las siguientes consideraciones:

— "Que la no renovación de los contratos supone la práctica desaparición de los cuatro únicos puestos de trabajo para psicólogos en ese Ayuntamiento."

(*) Este Dictamen lo firman, a 15 de julio, Alejandro Avila Espada, vicepresidente de la Junta Rectora y responsable de los temas deontológicos y profesionales; Juan Carlos Duro Martínez, vocal de la Junta Rectora y responsable del área de psicología y municipios, y Consuelo Escudero Alvaro, vocal de la Junta Rectora y responsable del área de psicología y municipios.



— “Que supone una tajante interrupción del trabajo que venimos desarrollando desde dos años y medio con la comunidad de ese Municipio durante los que hemos pasado por cuatro sucesivas contrataciones, siendo esta última la única que ha tenido carácter de contrato laboral.”

— “Que hasta el momento y pese a nuestra insistencia no se nos han ofrecido motivos que argumenten esta no renovación del contrato, diciéndonos tan sólo que se trata de una decisión política (?).”

— “Que el Centro Municipal de salud queda sin ningún profesional del campo de la Psicología.”

Ante esta situación, la Junta Rectora a través de su presidente envió una carta con fecha 15 de junio de 1983 y por triplicado, dirigida al director del Centro Municipal de Salud, al concejal de Sanidad y al Excmo. señor alcalde de San Fernando de Henares, en la que se expresa el apoyo del Colegio al trabajo desarrollado por los cuatro profesionales y nuestro desacuerdo y preocupación por la no renovación de los contratos. Al tiempo solicitamos una reconsideración de dicha decisión ofreciéndose el Colegio a participar en cualquier aspecto posible.

Con fecha 20 de junio de 1983 se recibe en el Colegio Oficial de Psicólogos la siguiente carta del director del Centro Municipal de Salud, don Carlos Zamorano Aguilera.

“Muy Sr. mío: En respuesta a su carta de 15 de los corrientes, informo a Vd. que: La decisión de no renovación de contrato a los profesionales a que Vd. alude, es competencia de la Corporación Municipal; que dicha decisión obedece a una futura reestructuración de este Centro la cual tendrá lugar en

septiembre del presente año; que esta reestructuración obedece a razones presupuestarias, de rendimiento, y a la orientación social que la Corporación ha decidido imprimir al Centro; que no está en cuestión la capacidad de dichos profesionales; que no está dentro de mis competencias modificar acuerdos de la Corporación.

Finalmente, acepto gustoso la colaboración ofrecida para buscar una solución ecuánime a este difícil problema, para lo cual creo altamente conveniente que tuviésemos una entrevista personal, a cuyo fin le indico mi teléfono: 671.55.01.

Con fecha 16 de junio de 1983 se recibe la siguiente carta del excelentísimo señor alcalde de San Fernando de Henares:

Por la presente les comunicamos que este Ayuntamiento ha resuelto la no renovación del contrato laboral que mantenían con esta Corporación vuestros asociados los Sres.:

SABINO ADURIZ UGARTE
ANTONIO ANGEL DIAZ

GARCIA
LAURA GEMA GONZALEZ
MARTINEZ

EMILIO ANTONIO IRAZABAL
MARTIN

La Corporación ha tomado esta decisión haciendo uso de sus competencias legales, movida por las siguientes razones:

Este grupo de profesionales, ha formado desde Febrero de 1981 un Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental, pues el Ayuntamiento tiene y ha tenido una inquietud por el problema del Fracaso Escolar, en el sentido de conocer sus causas y proponer medidas para disminuir su incidencia.

Hasta hoy no existe siquiera un informe acerca de la incidencia del fenómeno en la población escolar de nuestro término municipal.

El examen de la labor realizada en este tiempo indica que se han limitado al tratamiento individual de algunos casos.

Otros aspectos tocantes a la Salud Mental de nuestra población han sido objeto del mismo enfoque personalizado; no cumpliendo las expectativas del Ayuntamiento de una intervención comunitaria.

En Enero del presente año; esta Corporación ha creado un Centro de Salud cuyo objetivo primordial es promover la Salud de nuestros habitantes, intentando incorporar a estos profesionales en equipos multidisciplinarios, lo que ha sido imposible, por su concepción individualista lo que contrasta con el criterio ecológico e integralista respecto a la Salud de los restantes miembros del Centro.

Les comunicamos estos hechos, que afectan a cuatro de vuestros asociados, esperando que comprendan nuestras razones que son las de mejor servir a la población de San Fernando y reiterando nuestro deseo de que superada esta dolorosa situación podamos colaborar en la formación de un equipo de salud multidisciplinario.

Ante las razones expuestas en ambas cartas la Junta Rectora de la Delegación de Madrid en su reunión del 21 de junio de 1983 adoptó por unanimidad el siguiente acuerdo:

“En relación al conflicto en torno a cuatro psicólogos del Servicio Psicopedagógico de San Fernando de Henares, y una vez recibidas las respuestas de la Alcaldía y del responsable del servicio, se acordó elaborar un informe técnico-profesional en el que se valoraría la calidad o idoneidad profesional de dichos psicólogos, por ser estos temas competencia específica del Colegio, deslindando es-

tos aspectos de la vertiente laboral, sindical o política, temas sobre los que el Colegio no se pronunciará. Se acuerda que las gestiones las coordine Juan Carlos Duro.”

Con fecha 27 de junio de 1983 la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos remite una nueva carta al excelentísimo señor alcalde con una copia para el director del Centro Municipal de Salud, en la que desarrollamos el acuerdo tomado en la Junta Rectora exponiendo la necesidad de contrastar sus afirmaciones con el trabajo realizado por los psicólogos “con el fin de posibilitar un esclarecimiento de la situación donde quede recogido en sus justos términos el trabajo desarrollado por los psicólogos”.

Pedimos en esta carta nos facilite esa Corporación el recabar los datos necesarios para realizar un informe técnico-profesional acerca de la labor desarrollada por estos cuatro colegiados.

Puestos en contacto telefónico con el director del Centro Municipal de Salud, don Carlos Zamorano, el martes 28 de junio de 1983 nos dice que él no puede concedernos una entrevista y que tiene que consultar con la Corporación, quedando en llamarnos el jueves 30 de junio de 1983, hecho que no se produce en ningún momento. El miércoles 5 de julio de 1983 es el Colegio el que de nuevo llama por teléfono al director del Centro Municipal de Salud que nos comunica que no considera pertinente tener la entrevista solicitada y que el alcalde nos mandará una carta. Ante esta negativa le notificamos que llamaremos al alcalde para solicitarle a él una entrevista.

Concedida dicha entrevista, se realizó el 13 de julio de 1983, asistiendo el alcalde y el director del Centro Municipal de Salud de San Fernando

de Henares y dos miembros de la Junta Rectora de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, encargados de este tema.

Como resumen de esta reunión señalamos:

- La razón fundamental de la no renovación del contrato a los cuatro psicólogos, según el alcalde, es la falta de adecuación del trabajo de los psicólogos a los objetivos planteados por el Director del Centro Municipal de Salud desde su puesta en marcha *hace cuatro meses y medio*.
- Esta falta de adecuación entre objetivos del Centro Municipal de Salud y de los psicólogos, según el director del C.M.S. se debió a diferente modo de concebir la organización del trabajo en el C.M.S., a diferencias doctrinales, a la imposibilidad de integración del grupo de psicólogos con el resto de los trabajadores del C.M.S., etcétera.
- Los representantes del Colegio Oficial de Psicólogos afirmamos que sin dudar de la posibilidad de que existieran diferentes maneras de entender el trabajo en salud comunitaria algunas observaciones del director del C.M.S. no coincidían con los datos que, suficientemente contrastados, existían en nuestro poder. Buena parte de la reunión se dedicó a contrastar las distintas opiniones del director del C.M.S. y de los datos que teníamos nosotros sin llegar a ningún acuerdo.

Como conclusiones a la reunión citamos:

- La petición del Colegio Oficial de Psicólogos al Ayuntamiento de hacer pública una nota en la que se reconociese la capacidad profesional de los cuatro psicólogos y la validez de

la experiencia desarrollada.

- La petición del director del C.M.S. y del alcalde al Colegio Oficial de Psicólogos para que constase en el C.M.S. el material de trabajo de los psicólogos en estos cuatro meses y medio.
- La postura dialogante del Ayuntamiento para con los cuatro psicólogos con los que se comprometió a recibir un informe sobre su trabajo y discutirlo con ellos.
- La voluntad política del Ayuntamiento de incorporar en septiembre a profesionales de la Psicología en el Centro Municipal de Salud.

DICTAMEN TECNICO

La Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos a 15 de julio de 1983, quiere hacer las siguientes consideraciones generales, teniendo como elementos para su juicio.

- Cartas remitidas al Colegio Oficial de Psicólogos por parte del Ayuntamiento y el Centro Municipal de Salud de San Fernando de Henares.
- Material elaborado por los psicólogos en su trabajo de dos años y medio. (consta en el C.O.P.)
- Informe elaborado por los psicólogos.
- Entrevistas mantenidas con el equipo de psicólogos.
- Entrevista mantenida con el director del C.M.S. y el excelentísimo señor alcalde de San Fernando de Henares.

1. La estabilidad en el puesto de trabajo para el desarrollo de una tarea profesional comunitaria es una condición imprescindible. En este caso el haber sufrido

cuatro tipos de contrataciones en un breve período de tiempo de dos años y medio es una variable que influye negativamente en el ejercicio profesional.

Consideramos difícilmente explicable que, justo en el período que el Ayuntamiento regularizó la situación de estos psicólogos contratándolos laboralmente, sea cuando no se les vuelve a contratar, ya que si se les hizo este tipo de contrato hace seis meses se supone que la valoración por parte del Ayuntamiento del anterior trabajo realizado ha debido ser positiva.

2. Es altamente preocupante la premura con que se les ha notificado esta decisión (veinte días) ya que en el trabajo psicológico comunitario se trabaja con programa y actividades al menos a corto y medio plazo, suponiendo esta no renovación una interrupción en el trabajo que están desarrollando con el consiguiente perjuicio para la comunidad de San Fernando de Henares, tanto en su labor asistencial como preventiva y de promoción.

Igualmente supone una suspensión de los proyectos a medio plazo, redundando todo esto en un deterioro de la imagen profesional de los psicólogos, del resto del personal del Centro Municipal de Salud y en última instancia de la propia Corporación.

3. Resulta llamativo y poco clarificado por parte de la dirección del Centro Municipal de Salud, el que no se les haya notificado por escrito las razones de su no renovación.

Las razones dadas verbalmente son confusas y contradictorias, mezclándose argumentos de carácter técnico-profesional, presupuestarios, de incompatibilidad personal, etcétera, lo que dificulta enormemente el esclarecimiento de la situación.

4. Las únicas razones e-

nunciadas por escrito por la dirección del C.M.S. y por el alcalde del Ayuntamiento son las que constan en las cartas anteriormente citadas y dirigidas a la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos.

5. La confusión existente entre la valoración del trabajo desarrollado por el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental (febrero-81/febrero-83) y el de los mismos cuatro psicólogos (febrero - junio 83) como miembros del Centro Municipal de Salud integrados en diferentes programas y departamentos ha dificultado el diálogo y el posible esclarecimiento de la situación entre las diversas partes. Creemos que en la primera etapa al depender directamente del Ayuntamiento es a este a quien le corresponde haber evaluado el trabajo desarrollado por el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental antes de la integración de los psicólogos en el Centro Municipal de Salud. Esta evaluación implícitamente positiva por el Ayuntamiento fue la que permitió el contrato laboral en diciembre de 1982, para pasar a ser miembro del C.M.S.

La evaluación de esta segunda etapa, de duración extremadamente breve (cuatro meses y medio) hecha por el director del C.M.S., don Carlos Zamorano Aguilera y de la que no tienen ningún conocimiento escrito los psicólogos interesados ni el Colegio Oficial de Psicólogos, juzga como competentes a los cuatro psicólogos para trabajar en un proyecto de salud comunitaria. Una vez hechas las anteriores consideraciones generales sobre el conflicto acaecido entre los cuatro psicólogos, el director del Centro Municipal de Salud y el Ayuntamiento de San Fernando de Henares, la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de



Psicólogos, acerca del trabajo desarrollado por sus cuatro colegiados como integrantes del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental primero y como miembros del Centro Municipal de Salud.

CONCLUSIONES

1.º La conceptualización acerca del fracaso escolar está en discusión entre los profesionales de la Psicología, Pedagogía y Educación aunque es claro y evidente para todos que bajo el rótulo "fracaso escolar" se engloban distintas y complejas problemáticas.

Desde esta complejidad y multiplicidad de líneas de trabajo para abordar el problema del fracaso escolar ES CIENTÍFICAMENTE CORRECTO considerarlo como "un déficit en la marcha de la institución educativa, considerando a esta desde el nivel más concreto al más general: alumno, clase, centro, comunidad". (Proyecto de trabajo psicopedagógico en San Fernando de Henares. Noviembre 1980). "Un fenómeno complejo, caracterizado como la falta de éxito en el proceso educativo, en tanto se refiere a la no consecución de los objetivos planificados o a la aparición de graves interferencias en el proceso mismo, que aparece como emergente de una situación dada; es decir, es el efecto que resulta de la acción conjunta de diferentes causas..." (Fracaso escolar. Un problema de Salud Mental para la población infantil. Diciembre 1981).

Desde este planteamiento, válido profesionalmente, la atención personalizada es un necesario nivel de análisis dialécticamente relacionado con el trabajo familiar, institucional (profesores) y comunitario.

El trabajo en torno al fracaso escolar desarrollado por el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental ha sido profesionalmente correcto al incidir en los distintos niveles en los que se produce y manifiesta (niños, alumnos, profesores, padres) como figura en Memoria de trabajo, marzo-julio 1981, dossier-resumen de quince

meses de trabajo. Febrero 1981-abril 1982, siguiendo en esa línea con el trabajo en marcha con la Escuela Municipal Infantil y trabajo sobre los alumnos y la escuela (Estudio con los alumnos de 8.º E.G.B., mayo 1983).

2.º La afirmación del enfoque individualizado en otros temas de Salud Mental es inapropiada ya que según consta en el comunicado de inauguración, abril 1981, el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental "tiene como objetivo-guía de trabajo que desarrollar lo que viene denominándose desde experiencias similares a la suya, la promoción de salud en lo referente a la salud mental, o a los componentes psíquicos de la salud entendida como estructura integradora de elementos físicos, psíquicos, sociales, etcétera" "...lo que permite a las fuerzas políticas, a las administraciones locales, a los trabajadores de la salud y a la población en general la investigación y el diálogo sobre las condiciones de vida en la comunidad, la participación de los sujetos en la misma, los factores que marcan su deterioro, etc."

La integración de los aspectos asistenciales con características familiares, grupales, duración limitada, terapias breves, etc., con aspectos preventivos y de promoción es una concepción integral del trabajo en salud comunitaria y lejos de caer en la parcelación, da integralidad al trabajo en salud.

Que la línea seguida por los psicólogos ha sido, ésta lo muestra, las numerosas relaciones mantenidas con Asociaciones de Vecinos, con responsables del Club Juvenil, las Amas de Casa, los responsables de Sanidad, el síndrome tóxico, la Asociación de Padres de Minusválidos Psíquicos, etc. que han dado lugar a determinados trabajos de promoción (grupos de información) y a propuestas de proyectos para potenciar la salud de la población (Proyecto de trabajo con la Asociación de Padres de Minusválidos Psíquicos. Febrero 1982. Proyecto de creación de Talleres Infantiles de Expresión y creatividad. Abril 1982).

Igualmente el trabajo desarrollado de formación con la

Policía Municipal cara a potenciar su papel como policía preventiva y a la intervención conjunta en casos de intervenciones en crisis, es un buen ejemplo del trabajo en salud mental comunitaria.

3.º Por último, en cuanto a la afirmación del carácter individualista de los cuatro psicólogos que les dificulta trabajar en equipo y choca con "una concepción ecológica e integralista del Centro Municipal de Salud" es absolutamente insostenible como lo muestran los siguientes datos:

- Desde el momento de su constitución el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental ha abogado por la creación del Centro Municipal de Salud (Comunicado de inauguración. Abril 1981).
- Ha recogido numerosa información sobre los Centros de Salud y realizado entrevistas con alguno de ellos cara a contribuir a la elaboración de un proyecto de Centro Municipal de Salud.
- Ha tenido entrevistas con, Asistente Social del Ayuntamiento, jefe local de Sanidad, Farmacéutica municipal, etc., con el fin de investigar sobre la situación sanitaria de San Fernando de Henares.
- Elaboraron un proyecto de Centro de Salud en mayo de 1981, presentado al alcalde y al concejal de Sanidad que contemplaba los servicios que posteriormente se pusieron en marcha (psicopedagogía y salud mental, planificación familiar, medicina preventiva y educación sanitaria).
- A título anecdótico citemos que incluso el folleto anunciador de la puesta en marcha del Centro Municipal de Salud con su concepción de salud y los servicios que presta fue elaborado por un psicólogo.
- Los numerosos escritos de los que hemos citado una mínima parte y su participación en reuniones y jornadas en distintas ocasiones (entre ellas en el Colegio Oficial de Psicólogos) muestran una concepción integradora de la salud y el trabajo en equipo interdisciplinario

como una premisa indiscutible.

A modo de resumen y como conclusiones la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos quiere manifestar:

1. El trabajo de los psicólogos integrados desde febrero 81 - febrero 83 en el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental es profesionalmente válido y se encuentra entre las experiencias más avanzadas de aplicación de la Psicología al terreno comunitario en su doble línea psicopedagógica y de salud mental.

2. Con la creación del Centro Municipal de Salud de un nuevo equipo de trabajo y la necesidad consiguiente de una nueva adaptación de roles y tareas se ha producido una crisis institucional que no debe ser saldada con la exclusión de una parte del equipo (psicólogos) sino con la confrontación y el diálogo entre el equipo del Centro Municipal de Salud y entre éste y la Corporación.

3. La Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos en aras a la buena imagen y funcionamiento de las instituciones públicas y al progresivo desarrollo de una atención en salud integral donde se integren interdisciplinariamente diferentes profesionales recomienda una clarificación pública y democrática de la situación donde cada uno asuma su parte en el conflicto y se establezcan las bases para el futuro del Centro Municipal de Salud.

En esta tarea se ofrece a colaborar si ello es posible.



31

enero

"Semana informativa sobre toxicomanías" en el Ayuntamiento de Logroño

En el Auditorium del nuevo edificio del Ayuntamiento de Logroño, patrocinadas por la Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales, han tenido lugar unas jornadas informativas para el gran público sobre toxicomanías.

El lunes 31 de enero, Octavio Aguar Monterde, Doctor en Farmacia y colaborador científico de las Naciones Unidas, disertó sobre "Drogas y fármacos de abuso. Conocimientos y aspectos farmacológicos", haciendo una completísima exposición de las drogas legales (alcohol, tabaco, medicamentos) e ilegales, estimulantes y depresoras del sistema nervioso central, así como de sus características, efectos secundarios, dependencias física y psicológica, termi-

nando su brillante y detallada charla con las nuevas drogas, después de la proyección de una película documental relativa a variedades y presentaciones de las drogodependencias.

Al día siguiente, martes, 1 de febrero, Perfecto Andrés Ibáñez, Magistrado del Juzgado de Logroño, en su ponencia "Aspectos penales y criminológicos de la drogadicción", habló de la distinción entre drogas duras y blandas en el recientemente reformado Código Penal, declarándose partidario de la despenalización, dada la inutilidad que supone el castigo para la desintoxicación, planteando la posibilidad de facilitar la droga en los casos de síndrome de abstinencia, como se actúa en Inglaterra desde hace tiempo.

El miércoles día 2, Gabriel Hualde Urralburu, sociólogo y vicepresidente de la Fundación "Bartolomé Carranza", de Pamplona, trató de los "Aspectos sociológicos y el hecho de la droga", extendiéndose sobre todas las repercusiones socioeconómicas de los drogodependientes.

El jueves 3, Alejandro González García, Jefe del Servicio de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y autor de varias monografías sobre prevención primaria, en su charla "Educación y droga. Profilaxis. Prevención", expuso los méto-

dos utilizados oficialmente en prevención de drogodependencias, métodos casi ineficaces, en nuestra opinión, y finalizó su razonamiento mostrándose partidario de la protección en salud mental incrementando la autonomía del individuo frente a todo tipo de drogas incluidos el alcohol y el tabaco.

El último día de intervenciones individuales, el psicoanalista José Barrio Ruberte, que ha trabajado casi once años en un Centro de Observación del Ministerio de Justicia de Francia, habló sobre "Aspectos terapéuticos y de reinserción social", siendo ambiguo y débil su contenido, manteniendo una polémica constante con el público, especialmente con miembros

de una comunidad terapéutica de La Rioja que sigue los métodos de la francesa "El Patriarca".

Expuso muy precipitada y superficialmente su trabajo a base de psicoanálisis, psicodrama, musicoterapia y seguimiento sociológico. Su charla fue un triste recuerdo del debate de escuelas ideológicas, dado su empeño en no reconocer más utilidad que la del psicoanálisis, expresando bastantes incoherencias sobre conductismo, concretamente a los rebatimientos planteados por el autor de estas líneas.

Finalizaron las jornadas al día siguiente con la proyección de la película "Deprisa, deprisa", de Carlos Saura, y una mesa redonda con el representante de la Asociación Riojana de Ayu-

17

junio

Atención primaria, salud mental y psicología y municipios

En Junio de 1981 la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos organizó unas Jornadas de trabajo sobre Psicología y Municipios en las que participamos psicólogos que trabajamos en más de 20 Servicios Municipales y en las que se recogían conclusiones que me gustaría comentar en la presentación de este "Resumen y conclusiones provisionales" de la reunión de trabajo sobre "Atención primaria y salud mental" celebrada en Madrid el 17 de Junio de 1983 y organizada por el Instituto de la Salud Mental de Madrid (INSAM). (*)

Decíamos ayer (hace casi dos años) que eran prácticamente inexistentes los servicios asistenciales necesarios para cubrir las necesidades de la población en el terreno de salud mental, psicopedagógico, etc., por parte de los Ministerios de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social y del Ministerio de Educación y Ciencia.

Hoy no puede decirse que la situación real haya variado mucho aunque las perspectivas generales son esperanzadoras, al menos en cuanto a voluntad política se refiere, tanto por parte de la Administración Central, como por parte de la Administración Autonómica. Refirámonos a las declaraciones del Ministro de Sanidad, ("Papeles del Colegio, Psicólogos" nº

9, Separata) a la creación de una Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica en las que estamos representados los psicólogos, la petición del Ministerio de Sanidad al Colegio Oficial de Psicólogos para participar en la elaboración de la Ley de Bases de la Sanidad (págs. 5 y sig. de este número), a la elaboración de conclusiones en jornadas de trabajo del INSAM donde participan psicólogos, etc. Aún cuando este proceso se desarrolla más lentamente de lo que nos gustaría a los psicólogos, nos muestra que vamos teniendo un lugar en el terreno de la salud.

Decíamos ayer que era necesario que los recursos y competencias en materia educativa y sanitaria pasasen a las Administraciones locales (Ayuntamientos) en un proceso de descentralización.

Hoy ese proceso general de descentralización se concreta en las Autonomías por un lado y los propios Ayuntamientos por otro.

La coordinación de recursos, sanitarios, educativos y sociales a nivel autonómico partiendo de los existentes a nivel local (Centros Municipales de Salud, Servicios Psicopedagógicos Municipales, Servicios Sociales) es algo tan evidente que resulta gratuito resaltarlos. Concretamente la progresiva integración de los recursos de salud en los Servicios Regionales de Salud es un horizonte evidente para todos. Un segundo paso que puede ser simultáneo es ver hasta donde los Ayuntamientos participan de esa descentralización en la planificación, evaluación y gestión del sistema de salud.

Decíamos ayer que el objetivo fundamental de los Servicios Municipales es la prevención y promoción de salud.

Hoy está unánimemente aceptado la necesidad de potenciar la atención primaria en salud que implica poner el énfasis en la prevención de las enfermedades (problemas psicológicos), pro-

Grupo de trabajo sobre "Atención primaria y salud"

A la Jornada de trabajo sobre "Atención Primaria y Salud Mental" convocada por el Instituto de la Salud Mental de Madrid, han asistido un total de 40 participantes (médicos de familia, pediatras, abogados, asistentes sociales, A.T.S., sociólogos, psicólogos, economistas y psiquiatras) procedentes de las siguientes Comunidades autónomas: Andalucía, Asturias, Cataluña, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia.

Fueron invitados por la organización del Grupo de Trabajo, del doctor J. Orley de la División de Salud Mental de la O.M.S. de Ginebra, y la doctora E. Garralda, profesora de Psiquiatría Infantil del Academic Psychiatry Unit, de la Universidad de Manchester.

Todos los participantes desempeñan cargos de responsabilidad (política o técnica) a diversos nive-

les de la administración sanitaria estatal, autonómica o local, y/o son expertos en el tema de la reunión.

I EL OBJETO DE LA JORNADA HA SIDO:

- Examinar las bases de la atención primaria de la salud.
- Analizar y discutir las necesidades de cuidados de salud mental en la atención primaria.
- Discutir las líneas de acción prioritaria en el proceso de integración de los cuidados de salud mental en la atención primaria, en el marco general de los Servicios Regionales de Salud.

II El método de trabajo utilizado ha sido el de "mesa redonda" con debate abierto, sobre la base de unos documentos de trabajo intro-



da al Drogadicto, la Asistente Social del Departamento de Toxicomanía de la Cruz Roja de Logroño, el Concejal de Sanidad del Ayuntamiento citado, un Psicólogo y el moderador.

Paralelamente a las Jornadas, se expusieron en las principales vías de Logroño, de modo alternativo, los 12 murales fotográficos coloreados encargados por el Ayuntamiento al colectivo "Punto y Coma", de modo que los habitantes de la localidad pudieron contemplar, en su callejear cotidiano, esta artística llamada de atención.

Con este ciclo se ha pretendido alertar sobre el peligro creciente de la drogadicción en La Rioja, especialmente en Logroño y Calahorra,

según el estudio realizado a finales de 1982 por EDIS (Equipo de Investigaciones Sociológicas) a instancias del Ayuntamiento logroñés.

En relación con el citado ciclo y fuera de él, en la Sala Navarrete "El Mudo", de la Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja, de Logroño, el Dr. Santodomingo, Director de Psiquiatría de La Paz, de Madrid, pronunció una profunda conferencia sobre Alcoholismo, si bien consideramos se extendió poco sobre tratamientos concretos.

Fernando Gállego Estévez

moción de la salud ("bienestar físico, psíquico y social") y nivel asistencial ambulatorio-comunitario. Frente al hospitalocentrismo y la reparación ultratecnificada, la atención primaria en salud comunitaria. Buena prueba de esto es el mismo documento que presentamos a continuación.

Decíamos ayer que el trabajo de prevención y promoción de salud cobra verdadero sentido cuando la población pasa de su objeto de estudio a sujeto de decisiones.

Hoy, al reconocer como guía los principios de Alma-Ata se plantea como necesidad una progresiva participación de la población en el cuidado de su salud (educación para la salud), en la gestión de los servicios de salud (Juntas Municipales de Salud, Consejos de Salud), en la ejecución de programas de salud (Comités de Salud, Grupos de Salud, etc.).

Decíamos ayer que los Servicios Municipales tienen que trabajar coordinadamente entre ellos y en contacto con otras instituciones sanitarias, educativas y sociales, potenciando y aprovechando los recursos existentes en la comunidad.

Hoy, aún reconociendo esta necesidad, siguen faltando estructuras organizativas que realicen estas tareas a nivel autonómico. A nivel local depende de la mayor o menor fortuna de los responsables de cada Ayuntamiento.

En cualquier caso la coordinación entre instituciones dependientes de distintas administraciones sigue sin darse de una manera oficial quedando al arbitrio de su respectivo personal directivo o de los mismos profesionales. Decíamos ayer que el papel del psicólogo ha de ser el de un agente de cambio que ponga sus conocimientos y técnicas al servicio de la comunidad para que, modificando las actuales condiciones de vida, se alcancen cotas de salud comunitaria.

Hoy la presencia de psicólogos en el campo

comunitario (C.M.S., S.P.M.) aún con los vaivenes de la inseguridad laboral, es un hecho innegable siendo en muchos casos el impulsor de las distintas experiencias en la comunidad.

Queríamos señalar con estos comentarios el camino que se va recorriendo en la conformación de otro sistema de salud, otra distribución de recursos más acorde con las necesidades actuales.

Desde esta perspectiva celebramos la realización de esta reunión de trabajo del INSAM en la que han participado profesionales que tienen mucho que decir en la salud y cuyas conclusiones aunque provisionales, nos parecen útiles conocer.

Resaltamos dos conclusiones que, a nuestro entender, se ligan perfectamente con el trabajo actual de los psicólogos integrados en equipos de salud mental y/o salud escolar en C.M.S., y con psicólogos integrados en S.P.M. y Equipos Multiprofesionales.

"Los equipos especializados de salud mental deben estar coordinados con el sistema de atención primaria manteniendo estrechas relaciones con los servicios sociales comunitarios. No obstante, en la situación actual se reconoce la necesidad de una estrecha vinculación del equipo de salud mental especializado con el equipo de atención primaria, asesoramiento y supervisión."

— "La necesidad de tener en cuenta las peculiaridades de la atención a la población infantil mediante el trabajo en equipo multidisciplinario y la coordinación, a través de los programas de salud, de los recursos sanitarios y no sanitarios del área (guardería y escuelas)."

Juan Carlos Duro

mental". Resumen y conclusiones provisionales

ductorios, elaborados por el INSAM y distribuidos previamente a todos los participantes. Con anterioridad se envió asimismo a los participantes un dossier bibliográfico con aportaciones de la literatura científica internacional al tema de la atención primaria y de la salud mental.

III El contenido de las discusiones se centró alrededor de los siguientes puntos:

1. La situación actual de la atención primaria en España.
2. Los obstáculos técnicos y operativos para la aplicación de los principios de la atención primaria al sistema de salud español, examinándose:
 - 2.1. La existencia de un rechazo, expresado de forma diversa, a los principios de la

atención primaria.

- 2.2. Los problemas relacionados con la necesidad de que la atención primaria responda de forma eficaz a las necesidades de la población.
- 2.3. Los problemas relacionados con la necesidad inexcusable de la participación de la comunidad en el sistema de atención primaria a la salud.
- 2.4. Los problemas derivados de los principios de disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los cuidados en la atención primaria.
3. Las necesidades de cuidados de salud mental en la atención primaria, analizándose:
 - 3.1. La cuantía de la demanda de cuidados de salud mental en el nivel primario a

través de las prevalencias encontradas por diversos autores, tanto en estudios sobre población general como sobre población asistida a los diversos niveles.

- 3.2. Las características de la demanda de cuidados de salud mental y los factores que la motivan.
- 3.3. La capacidad de identificación del médico general para los trastornos psiquiátricos.
- 3.4. El manejo del médico general de este tipo de trastornos.
4. Los modelos y estrategias para la integración de los cuidados de salud mental en la atención primaria estudiando:
 - 4.1. La relación funcional entre la atención primaria y los niveles especializados.
 - 4.2. La conveniencia de que el equipo de atención primaria asuma los cuidados básicos de salud mental de la población en el marco de una concepción integral e integrada de la salud.
 - 4.3. La necesidad de la reforma en profundidad de la actual situación de la primera línea del sistema de salud como paso previo a la integración de los problemas de salud mental en la atención primaria.
 - 4.4. La composición del equipo de atención primaria.
 - 4.5. La atención diferenciada a la población infantil en el marco de la atención primaria.
 - 4.6. Las acciones de dicho equipo con la población a su cargo que incluye las acciones sobre la persona que presenta la demanda expresa, sobre la familia y sobre el grupo de población en su conjunto.

- 4.7. La relaciones del equipo de atención primaria con los grupos de autoayuda y el voluntariado y con los niveles especializados del sistema de salud.
- 4.8. El conocimiento cuantitativo y cualitativo de los recursos como paso previo a la formulación de estrategias de cambio desde el modelo actual al modelo integral e integrado.
- 4.9. La importancia de la competencia profesional del equipo de atención primaria y de la capacitación profesional del mismo como estrategia de cambio.
- 4.10. Las medidas administrativas como estrategia de cambio: la redistribución de competencias.

IV Las conclusiones a las que llegó el grupo de trabajo fueron:

1. La identificación con los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata.
2. La aceptación de las recomendaciones de la citada Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, como marco básico del diseño del sistema de cuidados de atención primaria.
3. El reconocimiento, no obstante, de la necesidad de adaptar a las peculiaridades españolas dichas recomendaciones, haciendo especial énfasis en que esta adaptación debe ser hecha no sólo en el contexto del Estado en su conjunto, sino muy especialmente a las peculiaridades regionales que son realidades diversas tanto sociodemográficamente como a nivel de equipamientos.

Esta circunstancia hace que el grupo de trabajo recomiende, dentro de un marco básico común, la *necesidad de una descentralización de la planificación, evaluación y gestión del sistema de salud en general y*

23

junio

Simpósium en el Centro Base del INSERSO de La Coruña, sobre integración sociolaboral del deficiente mental

Organizadas por la Subdirección de Minusválidos del INSERSO, se han celebrado en el Centro Base de La Coruña, durante los días 23, 24 y 25 de junio último, unas jornadas sobre "Integración Sociolaboral del Deficiente Mental".

Se iniciaron el día 23, disertando Federico Menéndez, psiquiatra y director del Centro de Prevención de la Subnormalidad de Avilés, sobre "La personalidad del deficiente mental adulto", basándose en su experiencia de dos años en dicho Centro ambulatorio, dependiente de la Diputación Provincial de Asturias.

Resaltó la necesidad de sectorializar el trabajo, actuar con equipos interdisciplinarios y lograr la integración y normalización del disminuido, explicando la composición de su equipo y su actuación, fundada en el diagnóstico genético y otras técnicas con el programa de prevención, orientación, diagnóstico y seguimiento de los trabajos asistenciales.

En la segunda conferencia, Tomás de Haro, médico del Hospital Psiquiátrico de Toledo, trató el tema "La sexualidad en el deficiente mental", abogando porque en el futuro no haya nunca deficientes en los Centros psiquiátricos.

Se declaró partidario de permitir la sexualidad normal en el deficiente mental, con la supervisión necesaria. Aunque considera que el deficiente ligero puede tener estabilidad en su pareja, no recomienda, sin embargo, que tengan hijos, por motivos genéticos y psicológicos, lo que hay que prevenir con métodos anticonceptivos, defendiendo el uso de anovulatorios, tanto orales como inyectables, y preservativos, pero no del diafragma. En cuanto a la esterilización, analizó la dificultad ética de quién debe decidir, en cada caso, por el deficiente.

La sesión de tarde empezó con una mesa redonda, en la que participaron familiares de deficientes mentales de ASPRONAGA, sobre "El deficiente mental en la familia". Las personas más jóvenes que intervinieron pusieron de manifiesto su preferencia por la integración social del disminuido y las preguntas formuladas se refirieron a cuestiones de vivencia de la deficiencia del familiar y problemática a resolver, siendo contestadas, de forma diversa, por los familiares de los deficientes.

Más tarde, Iñaki Bericiazua, encargado de personal en "Talleres Protegidos Gureak", de Guipúzcoa, en un largo, teórico y monótono discurso, desarrolló el tema "La formación profesional aplicada al deficiente mental", ante un público entonces bastante participativo.

Finalizó la tarde con la proyección del cortometraje "Teresa", que describe, de modo sencillo y minucioso, la iniciación laboral de una chica mongólica en los talleres catalanes "Amat Roumens", filme rodado precisamente en



de la atención primaria en particular.

4. La necesidad de destacar como acción prioritaria en el campo de la salud la reforma en profundidad de la atención primaria. Dicha prioridad debe ser asumida tanto por la Administración Central del Estado como por los Gobiernos de las Comunidades autónomas, y debe precederse de un estudio de la situación real de la atención primaria que incluya no sólo los recursos materiales sino, y muy especialmente, los recursos humanos.
5. La promoción y cuidado de la salud mental de la población es un componente esencial de la atención primaria.
6. Dicha promoción y cuidado implica la capacitación del personal que constituye el equipo de atención primaria en la promoción, cuidado y manejo de los problemas de salud mental de la población a su cargo.
7. "Los equipos especializados de salud mental deben estar coordinados con el sistema de atención primaria manteniendo estrechas relaciones con los servicios sociales comunitarios. No obstante, en la situación actual se reconoce la necesidad de una estrecha vinculación del equipo de salud mental especializado con el equipo de atención primaria con funciones de consulta, asesoramiento y supervisión."
8. "La necesidad de tener en cuenta las peculiaridades de la atención a la población infantil mediante el trabajo en equipo multidisciplinarios y la coordinación, a través de los programas de salud, de los recursos sanitarios y no sanitarios del área (guardería y escuelas)."
9. La recomendación de que cualquier plan de atención primaria, debe tener en cuenta los siguientes principios:

9.1. El principio de la continuidad de cuidados. No excluye la consulta con otro miembro del equipo e incluso otro nivel especializado, pero implica en todo momento el mantenimiento de la responsabilidad del equipo de atención primaria sobre el caso y la comunicación abierta con el consultor y con la familia.

9.2. El principio de la evaluación, tanto cualitativa como cuantitativa y económica, de la labor del equipo de atención primaria.

Dicha evaluación es básica no sólo para establecer la eficiencia, efectividad y eficacia de cada dispositivo y del sistema global, sino también para delimitar y definir claramente las causas de los posibles problemas y dificultades que puedan presentarse tanto para el equipo como para los usuarios.

Dicha evaluación debe ser hecha mediante métodos e instrumentos reconocidos y válidos internacionalmente.

10. Por último, el Grupo expresó su firme convicción de que el objetivo básico de los cuidados de salud mental integrados en la atención primaria, es recuperar para el paciente y su familia la capacidad de manejar adecuadamente su propia vida y futuro, al mismo tiempo que hace hincapié en la necesidad de desarrollar y potenciar los sistemas de autoayuda, mediante las asociaciones de grupo de autoayuda y el voluntariado, permitiendo de esa manera resolver a la población gran parte de sus problemas o dificultades sin recurrir a la atención profesionalizada.

1981, décimo aniversario de la creación de los mismos.

El día 24, Pedro Martín y Pompeyo Fernández, directores del Centro Ocupacional de Santa Coloma de Gramanet y del Centro Laboral Lamastelle, de La Coruña, respectivamente, trataron de "Experiencias en Centros Ocupacionales", indicando que los mismos deben ser competitivos comercialmente, sin descuidar la primacía del trabajo satisfactorio para los deficientes.

Previamente, el Centro de Santa Coloma de Gramanet había instalado una pequeña exposición con algunos de los trabajos que efectúa.

Manuel Velando, jefe de Sección de Centros del Servicio de Minusválidos Psíquicos del INSERSO, al tratar de "La situación laboral. Situación actual. Alternativas", comentó los factores convenientes en el empleo ordinario y en el protegido, con sus modalidades de empleo-protegido, centros especiales de empleo y centros ocupacionales, según el nivel de autonomía de sus trabajadores.

Se ocupó igualmente de la creación de oficinas técnicas, para comercializar los productos elaborados en los Centros de Trabajo Mancomunados, que deben estar organizados geográficamente de modo racional, para evitar el centralismo y el desarraigo de los trabajadores de sus lugares naturales de residencia.

Al finalizar la mañana se visitó el Centro Laboral Lamastelle, de la Asociación Coruñesa ASPRONAGA, situado en una gran finca de los alrededores de La Coruña, compuesto por varios talleres de planchas de escayola, imprenta, encuadernación, manipulados y fabricación de fregonas, además de otros pabellones de servicios complementarios.

Por la tarde, Ricardo Gómez, ingeniero direc-

tor de los Talleres "Presidente Amat Roumens", de Tarrasa, recientemente premiados por la mejor labor realizada en este año para la integración del deficiente, contó apasionadamente el afán de superación constante, a través del trabajo, de los doscientos cincuenta acogidos en los talleres, que los convierten en un Centro modelo, explicando las actividades de la empresa y la enorme mejoría que el trabajo produce en la conducta de los disminuidos psíquicos y el gran nivel de integración social conseguido. Concluyó expresando su confianza total en los resultados previsibles y en la capacidad productiva de cualquier deficiente.

A continuación, tres miembros del equipo multiprofesional de la Diputación Provincial de León hablaron sobre "Experiencias del empleo normal con deficientes mentales", exponiendo la inserción laboral en Astorga mediante trabajos sencillos de carpintería, hostelería, panadería, gasolineras, etc.

Detallaron su labor en el Colegio Santa Mai, de dicha localidad, y sus contactos con empresarios y alternativas de vivienda, en los casos de colocación de los muchachos, haciendo presente la necesidad de sensibilizar vivamente a la población y de asesorar al empresario, apoyándole cuando tiene un deficiente trabajando en su centro.

El último día, Carlos Camarero, presidente del Colegio de Psicólogos de Madrid y jefe de Grupo de la Sección de Centros de Minusválidos Psíquicos del INSERSO, en su ponencia "Integración social del deficiente mental", reflexionó acerca de la supremacía de los valores predominantes de una clase social concreta, generando una "marginación versus indefensión", como dice Seligman, opinando que el sistema educativo debe dejar de estar al servicio exclu-

sivo del mercado de producción y fijarse más en la calidad de vida y que el sistema de salud debe abandonar el viejo modelo de enfermedad, valorando más el de bienestar, según las indicaciones, ya muy conocidas, de la O.M.S.

Analizó los factores del trabajo de un equipo multiprofesional, criticó el carácter estático y parcial del Cociente Intelectual y enumeró las características de unos adecuados Servicios para la integración social del deficiente mental. Terminó dando cuenta de las conclusiones del estudio realizado, por encargo de la Diputación Provincial de Madrid, sobre 104 Centros de Educación Especial subvencionados por ella, destacando el caos existente, por lo que considera imprescindible una organización de recursos por parte de la Administración Local, desde la sectorización de Servicios.

Seguidamente, Fernando Gállego, ex coordinador del piso tutelado de AFANIAS en Madrid y

actualmente psicólogo del INSERSO, habló sobre "Alternativas residenciales. Hogares Residencia y Apartamentos Protegidos", comentando sus experiencias residenciales, especialmente en el piso piloto citado, origen, desarrollo y futuro del mismo, creado con finalidad desinstitucionalizadora, para dar un paso más en la integración social del deficiente.

También expuso su filosofía integradora, la urgente necesidad de pisos supervisados (evitando la hospitalización y el desarraigo familiar) y de incrementar la participación social del deficiente y su máxima autonomía posible.

Después de un interesante coloquio sobre su hogar tutelado, se declaró decidido defensor de la integración voluntaria de todo tipo de minorías, no solamente de los deficientes mentales.

Manuel Aznar, jefe de Sección del Gabinete Técnico del INSERSO y asesor del Defensor del Pueblo, y Eusebio Niño, inspector del citado

27

junio

Primer encuentro de los Servicios de Apoyo a la Escuela

Los días 27, 28 y 29 de junio, se celebró en Madrid, patrocinado por la Consejería de Educación de la Comunidad autónoma de Madrid, el Primer Encuentro de los Servicios de Apoyo a la Escuela. A las Jornadas acudieron los profesionales que trabajan en los Servicios Psicopedagógicos Municipales, E.M. del Instituto Nacional de Educación Especial y Servicio de Orientación Educativa y Vocacional del Ministerio de Educación. Los objetivos a lograr eran, el mejor aprovechamiento de recursos, la coordinación de los distintos Servicios de Apoyo a la Escuela y el llegar a unos acuerdos mínimos que posibiliten un marco común de trabajo.

La idea de este encuentro se fue gestando, a través de una serie de sesiones de trabajo que los profesionales de los Servicios Psicopedagógicos Municipales mantuvieron desde el marco de la antigua Diputación Provincial. En estas reuniones, además de elaborar un proyecto-marco para los S.P.M. que aunaba criterios de funcionamiento, objetivos y programas; se vio la necesidad de contrastar y poner en común con los S.O.E.V. y E.M. las experiencias de trabajo que se venían realizando.

Durante los tres días que duraron las Jornadas, se presentaron además de los proyectos-marco de los diferentes Servicios (Municipales, del M.E.C. y del I.N.E.) las siguientes ponencias: "Situación educativa de la provincia de Madrid y problemas más importantes para abordar por los Servicios" a cargo de don Antonio Muñoz Sedano y don Antonio González Soler; "Mapa

de necesidades escolares de Madrid" a cargo de doña Carmen Ferrero y don Lázaro González; "Funciones básicas de los distintos modelos de apoyo a la escuela" a cargo de don Pablo Guzurán, y "Proyecto de coordinación de objetivos y actividades para el curso 1983-84" a cargo de don Zacarías Ramo y don Lázaro González. Se contó, además, con la presencia del consejero de Educación de la Comunidad autónoma de Madrid y del delegado provincial del MEC.

A lo largo de las Jornadas, y desde varios grupos de trabajo, se utilizó todo este material para discutir, desarrollar y elaborar, criterios comunes de actuación, que integraran los diferentes proyectos que se llevan a cabo en los lugares de trabajo. Se expusieron desde experiencias de coordinación entre los tres tipos de servicios, con reparto de áreas de actuación y de funciones, hasta alguna de integración con un mismo programa común.

Al término de las Jornadas, y esto es lo más importante a destacar, cada grupo elaboró una serie de conclusiones, que fueron ratificadas por todos los asistentes; y que suponen una seria reflexión sobre la estructura educativa. En resumen fueron:

La educación infantil es responsabilidad de toda la comunidad y no únicamente del sistema educativo.

El alto índice de fracaso escolar no puede deberse a problemas patológicos individuales, sino que de alguna forma, la escuela y la comunidad generan su propio fracaso escolar. Los factores que influyen en dicho fracaso serían a dos niveles, sociales y escolares. En cuanto al primer nivel se señalaron las diferencias socio-culturales de la población y la falta de formación e información de los padres sobre el proceso educativo de sus hijos. En el segundo nivel, la ausencia de preescolar de cuatro a seis años gratuito y obligatorio, la movilidad del profesorado de E.G.B., la ausencia de criterios para la adscripción del profesorado y su falta de motivación y estímulo. La ausencia de reciclaje obligatorio, la rigidez en la estructura de los centros y una falta de autonomía.

30

junio

Mesa redonda sobre Planificación Familiar

El día 30 de junio, y organizada por el grupo de trabajo de planificación familiar, de la Comisión de Psicología y Municipios de la Delegación de Madrid, se celebró en el Colegio Oficial de Psicólogos una mesa redonda sobre "Experiencias del trabajo del psicólogo en planificación familiar". A la mesa asistieron más de cuarenta personas.

El objetivo que nos propusimos fue el de contrastar diferentes líneas de trabajo en los centros municipales de Madrid y la periferia,



Organismo, en su conferencia "Legislación actual en torno al deficiente mental", repasaron todas las leyes que afectan al mismo, analizando más ampliamente el artículo 49 de la Constitución, la Ley de Integración del Minusválido y el Decreto de Creación de Empleo para deficientes. Afirmaron que no harían falta leyes protectoras si la sociedad fuese solidaria y definieron las modificaciones convenientes del Código Civil en materia de tutela, Leyes Penales y de Enjuiciamiento Criminal, así como el Real Decreto sobre ordenación del trabajo de los equipos multiprofesionales.

El Simposium fue clausurado por Patrocinio de las Heras, nueva directora general del INSERSO y de Acción Social, con una breve exposición de las futuras líneas de actuación de su Organismo, teniendo como objetivo una Ley de Servicios Sociales que posibilite la normalización de todos los ciudadanos, garantizando

unos Servicios comunes mínimos a toda Comunidad autónoma, además de otros particulares, según cada una de ellas, después de las transferencias de recursos del INSERSO.

Finalizaron así estas Jornadas de Integración Sociolaboral del Deficiente Mental, en las que hubo contraste de experiencias asistenciales, laborales y residenciales y en las que se desarrolló un debate entre los partidarios de la integración y su detractores, con mayoría de los primeros.

La participación de los asistentes fue numerosa y el balance positivo, merced a la diversidad de puntos de vista, metodología de la exposición y ponentes diversos de toda España.

Fernando Gállego Estévez

Como propuestas de solución se veían entre otras: Promoción de escuelas infantiles de cero a cuatro años, creación de escuelas de padres desde todos los Servicios de Apoyo, la formación y sensibilización del profesorado y la coordinación real y efectiva de todos los Servicios Sociales Públicos y la reestructuración de los Servicios de Apoyo existentes para, incidir preventivamente en todos los aspectos de salud y medio ambiente.

Esta remodelación debería partir de un criterio de racionalización coherente. Para ello se consideraba importante tener en cuenta la cobertura de las necesidades reales de cada municipio y la redistribución de los Servicios en zonas donde no los haya en la actualidad.

A partir de los proyectos-marco de los distintos servicios (S.P.M., S.O.E.V. y E.M.) se planteó un posible marco común, salvando en cierta medida las diferencias específicas de cada uno, debido a sus diversos momentos de creación y objetivos.

Se veía la importancia y necesidad de avanzar hacia un proyecto común e integrado, de Servicio de Apoyo a la escuela, donde haya un programa global y único. La configuración óptima consistiría en estructurar este equipo en torno a los Ayuntamientos, o distritos municipales, para posibilitar la intervención a partir de problemas y necesidades reales.

Estos Servicios de Apoyo, se conciben, como Servicios Sociales, destinados al área escolar y comunitaria y enfocados a la mejora de la calidad de la enseñanza. Por lo tanto, como objetivo prioritario se planteó primar la prevención frente a la asistencia. Esto supone, entre otras cosas una metodología de trabajo grupal y no de casos concretos individualizados. Se ha de promocionar la integración frente a la marginación, promoviendo el acercamiento de la comunidad a la escuela y viceversa. Para ello se veía imprescindible la realización de un trabajo de investigación y evaluación continua, que revertiría directamente en la política educativa de municipios, ente autonómico, etc.

Por último se incluía el asesoramiento técnico a Municipios, Ayuntamientos, etc., en la

elaboración de su política educativa y la realización del trabajo comunitario con otros servicios y profesionales que actúan en el mismo ámbito (C.P.S., C.M.S., U.P., etc.).

Todos estos planteamientos que tienen como meta final llegar a una integración efectiva, pasarían por un proceso, con etapas intermedias, de coordinación y elaboración entre los distintos servicios de cada zona. Para ello se propuso la confección de un plan de trabajo común, a desarrollar en cada lugar de trabajo, durante el curso 83-84, como forma de desarrollar y evaluar las experiencias, e introducir los cambios necesarios.

La propuesta de coordinación contempla diferentes niveles:

1. Constitución a nivel municipal, de una comisión compuesta por un representante de cada servicio, más el inspector de zona y el concejal de enseñanza, para confeccionar y seguir el plan conjunto.

2. Igualmente, a nivel rural y distrito municipal.

3. Constitución a nivel de Comunidad autónoma, de una comisión coordinadora y de seguimiento, de los distintos proyectos y programas. Para promover, informar y estimular cuantas actividades faciliten la mayor coordinación y trasvase de experiencias. Estaría integrada por un representante de cada tipo de servicio, de las diversas instituciones de las que dependen, y un representante de la Comunidad autónoma.

Por la amplitud y detalle de las conclusiones elaboradas, se puede constatar, que el trabajo, interés y preocupación de los asistentes, por la situación de la estructura educativa y el futuro de los servicios, es importante y se basa en la firme voluntad de llegar a un marco legal común, que posibilite un trabajo real y efectivo al servicio de la comunidad.

Los responsables políticos tienen ahora la palabra.

Consuelo Escudero

expuestas como experiencias de los equipos que trabajan en este programa, y posibilitar un coloquio posterior en el que se pudieran esbozar perspectivas de futuro de cara a la una Ley de Bases de Sanidad y a la importancia que puede adquirir la intervención del psicólogo en este área, encuadrada en las células de atención primaria.

Los participantes-ponentes eran: Begoña Olabarriá, del C.P.S. de Carabanchel; María Luisa Peláez, del Centro de Planificación Familiar de

Móstoles; Ernesto López, del C.P.S. de Vallecas, y Olga Magán, del Centro Municipal de Salud de Leganés, que no pudo finalmente acudir a la cita, por lo que no contamos con su interesante aportación.

Comenzó Begoña haciendo una pequeña introducción sobre el programa de P.F. en los Centros de Salud, afirmando que existía en todos, y con enfoque interdisciplinario. Luego pasó a relatar su experiencia en Carabanchel, con una población de 300.000 habitantes, por

los que tenían dificultades para que no se produjera colapsamiento en la asistencia, teniendo que emplear medidas correctoras.

Un primer paso fue elaborar un ECRO común (Esquema Conceptual Referencial Operativo) a todos los profesionales del Centro, como imbricación de los bio-psico-social. El planteamiento general del trabajo era a tres niveles: prevención, promoción y asistencia, de modo integral, y de carácter comunitario.

En el equipo del centro había escasez de personal auxiliar, frente a gran número de especialistas.

Respecto a la organización del trabajo, hay una primera etapa de estudio de la población del distrito. En el trabajo de asistencia destaca la importancia de la recepción y la preferencia del trabajo con parejas, dentro de los niveles estructurales articulados dialécticamente: individuo, pareja, grupo, institución.

Cuando la pareja llega, se les hace una ficha con los datos personales y sociales, luego la historia con el ginecólogo y luego pasan a un grupo informativo y de detección de posibles trastornos, que se realiza con la intervención del ginecólogo y una persona de Salud Mental. En estos grupos además de dar información sobre los distintos métodos anticonceptivos se trabajan los miedos, temas y fantasías alrededor de la sexualidad y la planificación familiar. Begoña trabaja este grupo utilizando la técnica operativa de grupo.

Luego se les pide que elijan método para pasar a la segunda consulta ginecológica con los resultados de los análisis pertinentes.

A nivel institucional: se ha hecho la presentación y ofrecimiento de asesoramiento en P.F. a los médicos de la S.S. de la zona, asociaciones de vecinos, y centros culturales. También hay un programa de formación de agentes de salud

en P.F. del consejo de salud del distrito, dirigido a personas significativas de la comunidad o interesados en el tema, como medio de divulgación y detección de personas con situación de alto riesgo.

A continuación, María Luisa Peláez intervino planteando dos etapas en la historia del Centro de P.F. de Móstoles: una de aprendizaje y otra de reforma y cambio. El Centro se abrió hace dos años, sin ninguna experiencia interdisciplinaria de los miembros del equipo, y se organiza el trabajo en dos áreas:

1. Asistencial: con charla de preconsulta sobre anticonceptivos.

2. De campo: charlas en colegios y asociaciones. División en grupos: niños, jóvenes, adultos.

En una primera etapa se plantea el problema de las derivaciones: las mujeres en la consulta psicológica se quejan, pero no hay demanda de cambio. Las derivaciones se producen por detección de problemas al tomarles la historia clínica. Se plantean la poca eficacia del trabajo individualizado y la necesidad de integrar el trabajo, ya que se hallan divididos por áreas: Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Psicología.

En la segunda etapa se funden psicología y psiquiatría en el Departamento de Salud Mental, y se organizan los programas de Planificación Familiar y Parento-infantil (cero a cuatro años), con reuniones de equipo y objetivos de contactar con instituciones de salud mental en el exterior, y llegar a atender situaciones de alto riesgo, a través de charlas y demanda externa.

Observan que el 90 por 100 de la demanda está hecha por mujeres, y a los hombres les cuesta acudir al centro.

En esta etapa citan a parejas o a familias, realizando terapia de familia, en caso necesario. Tienen un espejo unidireccional para la forma-

1
julio

III Jornadas de Servicios Sociales Municipales del PSOE

Del 1 al 3 de julio se han celebrado en Castelldefels (Barcelona) las III Jornadas de Servicios Sociales Municipales, organizadas por la Secretaría Federal de Acción Social del PSOE, con la colaboración del PSC-PSOE.

A la clausura de las mismas, el día 3, han asistido: Ciriaco de Vicente, secretario federal del Área de Acción Social del PSOE y secretario primero del Congreso de los Diputados; Patrocinio de las Heras, delegada federal de Servicios Sociales del PSOE y directora general de Acción Social; Rosa Barenys, delegada nacional de Servicios Sociales del PSC-PSOE y diputada del Parlamento catalán; Ignacio Pujana, alcalde de Hospitalet; Joaquín Nadal, presidente de la Federación de Municipios de Cataluña; Higinio Clotas, secretario de Política Sectorial del PSC-PSOE; Agustín Marina, alcalde de Castelldefels; Manuel Manet, en representación de la Diputación de Barcelona.

En estas Jornadas han participado 300 personas, responsables a nivel municipal, autonómico y del PSOE de los temas de Servicios Sociales.

El objetivo general de estas Jornadas es *potenciar la figura del Ayuntamiento como motor básico de la política de Servicios Sociales*, para lo cual, entre las Conclusiones se destacan:

1. La necesidad de *potenciar las transferencias a los Ayuntamientos* de los Servicios Sociales que actúan en el marco municipal y que actualmente están transferidos o en proceso de transferencia desde el Estado a las Comunidades autónomas.

2. La exigencia de contemplar *el Municipio como motor básico de toda la actuación de Servicios Sociales en los actuales proyectos legislativos de la ley de Servicios Sociales y la Ley de Régimen Local*.

3. *Priorizar las inversiones y los presupuestos en materia de Servicios Sociales hacia la atención primaria y comunitaria*, especialmente hacia centros de Servicios Sociales de base y equipamientos especializados.

4. *Potenciar por parte de los socialistas en los Ayuntamientos tanto la participación social como la participación institucional*. La participación social se impulsará dando el máximo apoyo a las asociaciones ciudadanas y democratizando los centros de Servicios Sociales municipales, garantizando la participación de los usuarios en los mismos. La participación institucional se impulsará mediante la creación de Consejos Sectoriales en las diversas áreas de los Servicios Sociales y la creación de un Consejo de Bienestar Social que coordine las propuestas sectoriales y territoriales.



ción del equipo. Los tratamientos individuales los derivan al centro psico-social.

A continuación Ernesto López hizo una valoración positiva de la participación del psicólogo en los programas de Planificación Familiar y su intervención en el área de la metodología de trabajo en los centros.

El programa de P.F. de Vallecas tiene tres objetivos:

1. Control de natalidad.
2. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
3. Asistencial.

La organización del trabajo consiste en:

1.º Recepción: presentación del centro y del programa, explicación del concepto de salud y posibilidad de atención y derecho a la salud sexual.

2.º Seminario de educación para la salud: con dos objetivos:

1. Proporcionar conocimientos.
2. Proporcionar recursos y habilidades de autocuidado.

Consta de cinco charlas, una por semana:

1. Anatomía y fisiología sexual, como sustrato del aprendizaje sexual.

2. y 3. Por la ginecóloga, sobre métodos anticonceptivos.

4. y 5. Por el sexólogo, consecuencias de los métodos anticonceptivos en la pareja. Cómo promocionar la vida sexual.

El psicólogo valora en las charlas el papel de la ansiedad en el rendimiento sexual y en la fisiología, y se ven los mitos y falacias más comunes en torno al sexo.

3.º Dentro de la ginecología: enseñanza de la autoexploración mamaria.

4.º Asistencia a trastornos sexológicos.

5.º Evaluación. Aspectos metodológicos.

A continuación se abrió el coloquio, con

intervenciones que giran en torno a organización y coordinación del trabajo. Respecto a una pregunta sobre comparación con experiencias extranjeras, Begoña cuenta que ellos estuvieron como invitados en Italia y estudiaron también el modelo suizo, pero, tanto ella como Marisa, que interviene para corroborar ese criterio, ven la realidad española muy diferente. Se habla de la importancia de la no parcelación del usuario, fomentando la atención integrada, si bien discriminando funciones en los profesionales. Ernesto interviene para contestar sobre la coordinación de los centros, señalando que todavía es insuficiente, y añade, cuenta que la asistencia la realiza en grupos de 4 ó 5 parejas.

Juan Carlos Duro interviene para cerrar el coloquio y unificar los criterios que se han expuesto en cuanto a la atención en los centros en el programa de Planificación Familiar. Cita seis factores:

1. Concepción de la salud integral.
2. Trabajo integral: niveles de prevención, promoción y asistencia.
3. Educación para la salud: información más trabajo de cambio de actitudes.
4. Abordaje grupal-colectivo.
5. Equipo interdisciplinario.
6. La población debe autogestionarse en salud.

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en estos criterios, y terminó la mesa redonda con la idea de que encuentros de este tipo debían de ser más frecuentes entre los profesionales, por la riqueza que suponen de aportaciones prácticas, y que el Colegio es un lugar de encuentro todavía no aprovechado suficientemente por todos nosotros.

Angeles Lassaletta

JORNADAS DE ORIENTACION EDUCATIVA

MADRID
6, 7 y 8-OCTUBRE-1983

UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
FACULTAD DE FILOSOFIA
Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
(EDIFICIO B)

ORGANIZAN:

- Asociación de Técnicos de Orientación Escolar y Vocacional en los centros estatales de E.G.B. de Madrid (A.T.O.E.V.)
- Colegio Oficial de Psicólogos.
- Dirección General de Educación Básica (Inspección General de Educación Básica).
- Instituto Nacional de Educación Especial.
- Sección de Orientación de la Sociedad Española de Pedagogía.
- Sección de Orientación Escolar y Profesional de la Sociedad Española de Psicología.

COMITE ORGANIZADOR:

Haydee Albera Rolón
Jesús Asensi Díaz
Adelicio Caballero Caballero
Carlos Camarero Sánchez
Consuelo Escudero Alvaro
Carlos Gil Muñoz
Ángel Lázaro Martínez
Adelina Lorenzo Segovia
Carmen de Pablo Marcos

COORDINADORES DE MESAS:

Mesa redonda nº 1: Francisco Secadas
Mesa redonda nº 2: Concepción Vicó
Mesa redonda nº 3: Carlos Ortiz Díaz
Mesa redonda nº 4: José A. Ríos
Mesa redonda nº 5: Antonio García Correa
Mesa redonda nº 6: Enrique Gallego Gallardo
Mesa redonda nº 7: Luis Pérez Rescalvo
Mesa redonda nº 8: Pedro Ridruejo
Mesa redonda nº 9: Carlos Castaño López-Mesa
Mesa redonda nº 10: Elvira Repetto
Mesa Coloquio: Juan García Yagüe

ANALISIS DE LA SITUACION Y COMETIDOS DEL PSICOLOGO EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE LA PROVINCIA DE MADRID

Primer estudio actualizado y exhaustivo sobre la situación de los psicólogos en los servicios municipales. El inventario de servicios municipales proporciona en 190 págs., información detallada de todos y cada uno de los centros en que trabajan psicólogos. Psicólogos, profesionales de la salud, responsables de la Administración tienen con este análisis información operativa imprescindible de la que hasta ahora carecían.

Información: Colegio Oficial de Psicólogos.

Boletín de pedido: con este número de *Papeles del Colegio*.

GUIA DE RECURSOS ASISTENCIALES EN EL AREA DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN LA PROVINCIA DE MADRID

Presenta toda la información necesaria para establecer un contacto directo con todos los Centros que prestan servicios de psicología clínica.

Psicólogos, psiquiatras, médicos, asistentes sociales, abogados, educadores, responsables de decisiones administrativas disponen ya de una guía para saber dónde acudir para recibir asesoramiento o asistencia de un psicólogo clínico.

Información: Colegio Oficial de Psicólogos.

Boletín de pedido: con este número de *Papeles del Colegio*.

¿TE ASOCIAS A LA LUCHA POR LOS DERECHOS HUMANOS?

Nombre

Dirección

Desea recibir información para asociarse a la sección española de Amnistía Internacional. (Envíese al apartado de Madrid 50.318 y de Barcelona 5.571).

**AMNESTY
INTERNATIONAL**

REGALE UNA VIDA

En nuestra mano está el decidir algo tan tremendo como la vida humana.

Gracias a aportaciones de personas como Vd. se están financiando más de 500 proyectos de desarrollo, de los cuales el que dirige Vicente Ferrer en la India es uno de los más importantes.

Escríbanos y le explicaremos cómo un poco de dinero puede obrar el milagro de vencer el hambre, la enfermedad y la miseria.

Ayuda en Acción

Tels. 410 07 59 Madrid;
358 93 04 Barcelona.

NO HAY DERECHO

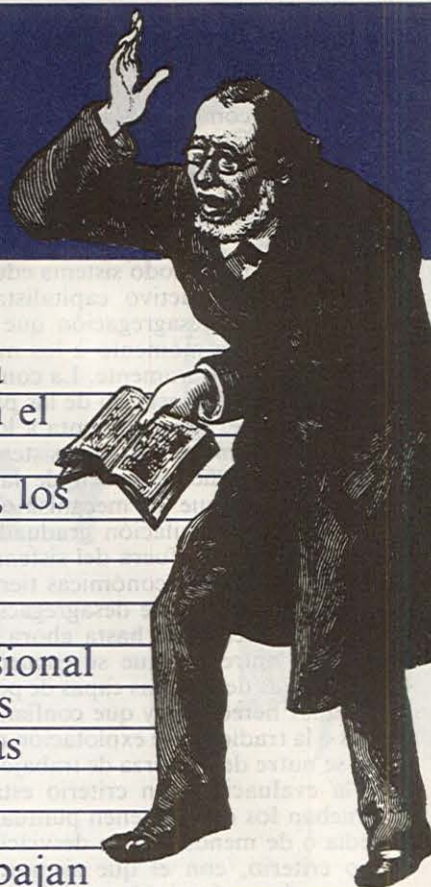
A que los Derechos Humanos y los ideales de paz, libertad y justicia social no se respeten en cualquier parte del mundo. Deseo formar parte de la ASOCIACION PRO DERECHOS HUMANOS, y recibir información.

D.

Dirección

(Enviar a ASOCIACION PRO DERECHOS HUMANOS. Ortega y Gasset, 77 Madrid-6).

DEBATE



Al psicólogo, como a cualquier otro profesional, con cierta frecuencia se le pide que solucione problemas generados en el desarrollo histórico de la sociedad, en espera de que la psicología tenga alguna respuesta para ellos, dado que son, los referidos al comportamiento humano, su objeto de estudio predilecto.

En cada momento histórico y en cada lugar, desde que la psicología ha sido aplicada, se le plantean al psicólogo profesional problemas diferentes, desde como clasificar a los individuos atendiendo a una característica o conjunto de características hasta como mejorar las condiciones x o y de una situación compleja con “ n ” variables.

Uno de los últimos retos lanzados a los psicólogos que trabajan en el campo de la educación ha sido el del llamado “fracaso escolar”.

PSICOLOGIA Y FRACASO ESCOLAR

ANTONIO PEREZ MARTIN-TERESO
EMILIO CIDAD MAESTRO

SE les pide —y no sólo a los psicólogos, también a los pedagogos, sociólogos, etc.— soluciones al problema, y proablemente las soluciones que hasta el momento han evacuado los denominados expertos han sido manifiestamente ineficaces porque el análisis previo del problema ha adolecido del necesario rigor, quizás como consecuencia de una percepción excesivamente simplista o distorsionada del problema lo que lleva inevitablemente a un planteamiento defectuoso del mismo y a unos procedimientos resolutivos de dudosa eficacia. A este respecto, hay que destacar el hecho de que los planteamientos de los “problemas humanos”, que a su vez condicionan las fórmulas resolutivas, no son uniformes y esta falta de uniformidad es a su vez consecuencia de los diferentes sistemas de explicaciones desde los cuales el ser humano percibe, analiza e interviene en su misma realidad.

¿Qué es el fracaso escolar?. Habitualmente se define por el resultado de una medida: el tanto por ciento de alumnos que no obtienen el título previsto al final de sus estudios, o la calificación prevista para acceder al nivel escolar inmediato superior. Definición que no es tal, ya que confunde el concepto con una de sus posibles medidas.

La expresión fracaso escolar está llena de connotaciones resultado del proceso de formación social del concepto y de la metodología que siguen cada uno de los estudiosos del tema. Desde sus orígenes, el fenómeno se relaciona con las repercusiones sociales que tiene para cada individuo el

alcanzar un bajo nivel de estudios (Bodin, 1945). Más recientemente (Stamback, 1976) afirma que no se puede comprender el por qué del fracaso escolar sin un análisis de la función que cumple la institución escolar en la sociedad y por lo que toda investigación del por qué del fracaso escolar debe estar integrada en una perspectiva sociopolítica e histórica que le da su sentido.

Trataremos de explicar el fracaso escolar desde los fines del sistema educativo y de la realidad sociopolítica, marginando las explicaciones psicologistas que atribuyendo el fenómeno a los déficits intrínsecamente cualitativos de los sujetos sitúan el problema fuera del discurso pedagógico, del análisis político y de la intervención social.

Teóricamente la escuela es la institución complementaria de la familia donde los individuos aprenden los mecanismos de socialización y aculturación necesarios para mantener un desarrollo sano y estable en y de la sociedad en que viven. Se le asignan como funciones: la transmisión de la cultura, la formación de innovadores y dirigentes, la selección social y la selección de la mano de obra adecuada a cada nivel de la producción (Musgraves, 1972). Ahora bien, si en principio se vió en la escuela la institución democratizadora de la sociedad, instrumento de la igualdad social, por ofrecer a todos las mismas posibilidades, en la actualidad, después de numerosos cambios estructurales y de una elevación general del nivel cultura, no cabe sino el pesimismo ya que no han disminuido más que debilmente cuando no han sido reforza-

das las diferencias sociales fundamentales. Y no es esta una aseveración ideológica, todos los investigadores coinciden en ella, y es que los mecanismos de socialización y aculturación tienen como efecto primero, la reproducción de la sociedad tal como es (Alain Gras, 1974). En este sentido, la función escolar vendría regida por lo que ocurre a la salida de la escuela, sistema productivo, mercado de trabajo, etc.

Un mecanismo de desagregación DESDE esta perspectiva el fracaso escolar sería un resorte funcional de todo sistema educativo en las sociedades de modelo productivo capitalista (Baudelot, 1983), un mecanismo de desagregación que elimina de la pirámide escolar en cada momento a los menos favorecidos social, económica y culturalmente. La confirmación del hecho está en el resultado del estudio de las pirámides escolares en las que la cúspide, que representa a los individuos con mayor tiempo de permanencia en el sistema escolar, está ocupada por aquellos que proceden de las clases mejor situadas socialmente, y que los mecanismos selectivos de más bajo nivel (la doble titulación graduado escolar-certificado de escolaridad) dejan fuera del sistema a aquellos que menos posibilidades socioeconómicas tienen.

Los mecanismos de desagregación han funcionado con una gran efectividad hasta ahora, valiéndose de distintos modelos, entre los que se encuentra el "natural": bajas expectativas de amplias capas de población que creen en las aptitudes heredadas y que confían poco en el éxito de sus hijos o la tradición de explotación rural de carácter familiar que se nutre de la fuerza de trabajo que aporta la familia; el de la evaluación con criterio estadístico en el que sólo aprueban los que obtienen puntuaciones por encima de la media o de menos de una desviación típica o de cualquier otro criterio, con el que siempre queda por debajo un número determinado de sujetos; o el de la selección directa utilizado para acceder a un nivel de enseñanza o centro concreto: sólo pueden acceder un número x de individuos, los mejores según el criterio de selección que se utilice.

Y otros que no es el caso seguir describiendo.

El asunto es que el fracaso escolar se mide habitualmente por el tanto por ciento de sujetos que quedan desagregados del sistema educativo o desviados a canales de menor prestigio y menor posibilidad de éxito social. La solución de este problema es estrictamente política y depende de las necesidades del sistema socioeconómico y político. Ni los psicólogos, ni los pedagogos, ni los sociólogos pueden aportar solución alguna, ni los profesores, que si todos decidieran dar un aprobado general forzarían a los políticos a establecer un sistema de selección más directo, en cuyo caso el fracaso escolar llegaría nítidamente a la sociedad como un mecanismo selectivo. Sin embargo, el "hecho necesario" del fracaso escolar se ha dramatizado en los últimos tiempos, explicación que hay que buscar en las relaciones entre sistema educativo y sistema productivo. Por un lado los títulos, certificados y demás documentos acreditativos del paso por el sistema educativo sirven para identificar en el mercado de trabajo al sujeto correspondiente. Y en un momento de crisis económica como el que atravesamos los que más stock en el sistema educativo acreditan más posibilidades tienen de empleo, de permanecer en él y de alcanzar más altas cotas. Por lo que, los que tienen menos stock acreditado, al haberse producido una inflación de títulos se ven con escasas posibilidades de encontrar un trabajo. Por otro, la pirámide de población por sectores productivos se ha modificado en España en el proceso de industrialización, por lo que se hace más necesaria la acreditación cultural.

Parece que el fracaso escolar no sería tal si todo individuo con más o menos tiempo de permanencia en el sistema educativo se pudiera integrar sin mayores dificultades en el sistema social y productivo, si pudiera seguir perfeccionándose sin limitación y si las diferencias entre los extremos de las tablas salariales fueran cortas, lo que motivaría una menor presión sobre las profesiones de mayor status, ya que todas tendrían un status parecido. Es obvio que esta lógica conecta con un sistema de valores diferente al actual, en el que la competitividad y meritocracia son el motor de la dinámica social.

¿Qué puede hacer el psicólogo? SI nada puede hacer el psicólogo en el fracaso escolar caracterizado como mecanismo de selección del sistema educativo, ¿qué se le puede pedir y qué puede hacer? Convendría distinguir rendimiento escolar, calidad del sistema educativo y fracaso escolar como realidades distintas.

El rendimiento escolar hace referencia al nivel alcanzando en relación a unos objetivos previamente establecidos. Nada tiene que ver con el fracaso escolar. Centros poco exigentes en relación a los objetivos normativos pueden calificar a todos sus alumnos de aprobado mientras que centros más exigentes pueden reprobar a un porcentaje considerable de sus alumnos. De esta guisa un mismo alumno puede resultar aprobado en el centro x y suspender en el z , problema que afecta en primera instancia a la administración del Estado que en el caso concreto de España no ha conseguido hacer funcionar un sistema único de referencia que sea seguido por todos los centros y profesores, con lo que las evaluaciones de los centros no son comparables entre sí, salvo que se realicen pruebas únicas confeccionadas ad hoc para este menester.

En este terreno y descendiendo al ámbito de un centro concreto, el psicólogo puede jugar un papel importante en la operativización de los objetivos a conseguir, poniendo en relación objetivos terminales con posibilidades reales de los sujetos, así mismo en la facilitación de metodologías apropiadas de acuerdo con el estadio evolutivo de los sujetos y los conocimientos que se tienen de aprendizaje. Puede por tanto influir en la modificación del rendimiento escolar de los centros. Sin embargo, la mayor parte del trabajo que se le exige al psicólogo en el centro escolar se refiere a casos individuales concretos, solicitándole diagnóstico y orientación. En estos casos el psicólogo puede diagnosticar y ayudar al alumno a mejorar su rendimiento mediante programa de trabajo. El resultado puede ser un mejor rendimiento escolar del alumno, pero esto no elimina el fracaso escolar, contribuye a mejorar el nivel del centro y a que el alumno en cuestión sea más competitivo en relación a sus compañeros. Una importante contribución en este aspecto sería la de modificar los sistemas de evaluación estadísticos por el de alcanzar objetivos posibles donde todos pudieran tener éxito.

Con todo, la educación no es un fenómeno que se refiera exclusivamente al aula, sino que se ve más influido por el medio extraescolar que por la propia escuela, y aquí se abre la expectativa de la intervención comunitaria, con programas que intentan influir en las condiciones de la familia y del medio social más inmediatamente vinculado a la escuela. Esta nueva perspectiva se abre una vez ensayados distintos modelos de educación compensatoria que intervenían sobre variables diferentes como: ratio alumnos profesor, dotación de biblioteca, servicios complementarios, etc., consideradas como variables de gran peso en el rendimiento de los centros y después de comprobar que la varianza explicada del resultado final no alcanza ni al 30% manejando 8 variables al mismo tiempo (Coleman).

Los investigadores empezaron a pensar que las variables con más peso estaban fuera de la escuela y en la metodología que siguieran los profesores por lo que se han ensayado programas de entrenamiento de profesores, entrenamiento de padres y movilización de recursos sociales de la comunidad, haciendo hincapié en la necesidad de trabajar con objetivos operativizables que permitan la evaluación permanente de la intervención. Es este un campo de trabajo abierto recientemente en España y en el que el psicólogo es pieza clave.

En este sentido, por una parte está todo el trabajo encaminado a proporcionar una metodología que permita evaluar los resultados de los planes de intervención en el ámbito educativo y, por otra, y ligada íntimamente a la anterior, está la investigación-acción que en este campo hay que realizar coincidiendo con los trabajos que en el mismo sentido se realizan internacionalmente. Trabajos encaminados a caracterizar las variables de mayor peso en el rendimiento escolar, variables que por otra parte son los indicadores indirectos de la calidad del sistema educativo, aquellas cuya manipulación permite influir en la consecución de los objetivos terminales.

LOS NIÑOS LÍMITES Y SU PROBLEMÁTICA ESCOLAR

ANA MARIA LLOPIS PARET

Ha habido en los últimos años un incremento considerable de niños que acuden a los consultorios de Psicología a causa de sus fracasos escolares, y cuya problemática gira en torno a su nivel mental, límite con la normalidad.

En el I.N.P.T., entre los años 1965-70, la mayor frecuencia de casos diagnosticados se daba en niños con deficiencias medias, y en cambio, en estos últimos cursos, sobre todo a partir del 78-79, encontramos que la curva se ha ido desplazando hasta llegar a alcanzar la mayor frecuencia precisamente los casos de inteligencia límite.

Esto, indudablemente, obedece en gran medida, a una toma de conciencia por parte de padres y profesores, pero también a otros factores, que son los que provocan el fracaso masivo de estos niños, y que vamos a analizar a continuación.

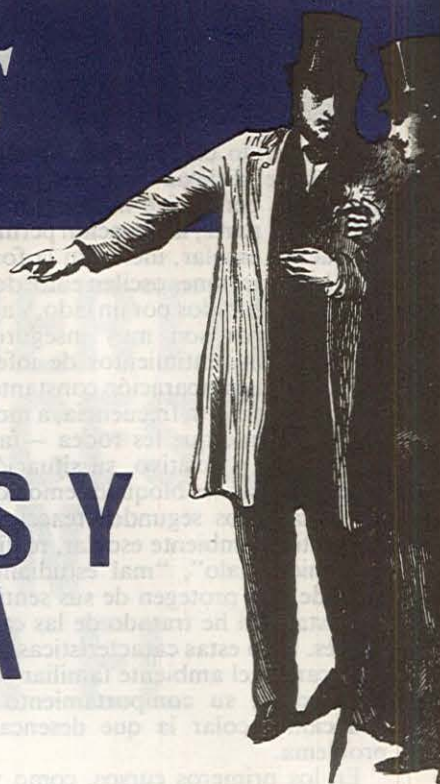
HACE tiempo se decía que compensaban unos factores con otros, y que aunque tuvieran un razonamiento abstracto bajo, podían tener una buena expresión verbal o una habilidad manual alta. Esto, en términos generales, no es cierto, aunque sí suceda algunas veces. Lo más frecuente es que presenten alteraciones, o desniveles, en todas las áreas; pequeños, como los que tienen en el aspecto intelectual, pero que se van acumulando y llegan a constituir un obstáculo serio para su rendimiento.

En primer lugar, su factor verbal suele ser bajo. No es que tengan alteraciones específicas, sino un vocabulario pobre y poca fluidez verbal, que se ve acentuada en ocasiones por su inseguridad.

En cuanto a las funciones adquisitivas, hay un porcentaje relativamente alto de niños con dificultades de atención y un índice elevado de fatigabilidad. Es posible que en esto

influya el esfuerzo que deben hacer, más grande, por supuesto, que el que hace para alcanzar un rendimiento medio un niño con inteligencia alta. Por el contrario, no suelen presentar problemas de memoria, a pesar de que en muchas ocasiones es ése precisamente el motivo de consulta aducido por los padres: "No retiene", "No se le quedan las lecciones", etc. Cuando la cuestión reside en la comprensión, es decir, cuando el niño no comprende lo que estudia, lógicamente le cuesta retenerlo, puesto que se trata de aprender unas nociones que carecen de sentido para él. Pero una vez entendida, no suele encontrar dificultad en memorizarlas.

Con respecto al desarrollo perceptivo motriz, también se observan pequeños trastornos, como lentitud en la adquisición de los niveles madurativos básicos, en el conocimiento del esquema corporal y las primeras nociones senso-perceptivas —reconocimiento de colores, formas, tamaños, posiciones, etc.—. Al no ir asociados a otras alteraciones, parece que no son específicos, sino simples retardos madurativos en conexión con el problema general; estos pequeños trastornos se aprecian en los primeros cursos, y van



EXPERIENCIAS

disminuyendo con la edad. Muchos de los niños diagnosticados de dislexia son, en realidad, niños límites con problemas perceptivo-motrices inherentes a su inmadurez.

Por otra parte, la situación permanente, podríamos decir, de fracaso escolar, incide en la formación de la personalidad. Las reacciones oscilan entre dos polos, y encontramos a los niños inhibidos por un lado, y a los inestables por el otro. Los primeros son muy inseguros, sin confianza en sí mismos, con sentimientos de inferioridad muy acusados, debidos a la comparación constante con los demás, llegando incluso, con cierta frecuencia, a mostrar estados depresivos. Si el ambiente que les rodea —familiar y escolar— no es estimulante y positivo, su situación se agrava, produciéndose en ocasiones bloqueos emocionales y reacciones psicósomáticas. Los segundos reaccionan rechazando todo lo referente al ambiente escolar, reafirmando en su posición de "chico malo", "mal estudiante", etc., tras la cual se esconde y se protegen de sus sentimientos de inferioridad.

Hasta aquí he tratado de las características de los niños límites. Pero estas características no tienen importancia, no destacan en el ambiente familiar o social del niño. En casa, en la calle, su comportamiento es normal. Es sólo la situación escolar la que desencadena o hace aflorar el problema.

En los primeros cursos, como ya he apuntado, pueden presentar dificultades para la adquisición de los aprendizajes básicos, debidas a que aún no han alcanzado la madurez necesaria para ello. Cuando un niño normal reúne las condiciones intelectuales, perceptivas, etc., para iniciar estos aprendizajes, el niño límite probablemente está aún en un nivel preescolar. Sin embargo, puede adquirir perfectamente estas primeras enseñanzas —lectura, escritura, cálculo elemental—, si bien a un ritmo más lento. Pero si el niño, a los 6 años, tiene que enfrentarse con unos textos, a los 7, haya o no aprendido, debe pasar al curso siguiente, y así sucesivamente, llegará un momento en que se encuentre totalmente perdido. A esto hay que añadir que el número de alumnos por clase impide que el profesor preste una atención más individualizada al que lo necesite. Así, puede hacer la primera etapa de EGB pasando de un curso a otro, o de un ciclo a otro, sin haber aprendido realmente nada.

Esto hace que, poco a poco, y a base de acumular fracasos, vaya perdiendo un interés por los estudios que, en principio, podía tener, y se vaya replegando en sí mismo, cuando no adoptando actitudes de rechazo violento, más o menos encubierto, hacia todo el ambiente escolar.

Toda esta problemática se va agravando a medida que el chico promociona de curso en curso, hasta llegar a la segunda etapa de EGB. Aquí es donde los obstáculos se hacen insuperables. Gran número de chicos límites, que han ido trampeando de alguna manera y pasando los cursos de la primera etapa, se estancan definitivamente en la segunda. De hecho, es significativo que la mayor frecuencia de casos explorados está entre los 10 y los 13 años, es decir, cuando los aprendizajes exigen una mayor participación del razonamiento lógico, pero los niños están aún en un plano concreto de inteligencia.

Después de esta exposición, a grandes rasgos, de la problemática escolar de los niños límites, se hace necesario considerar qué caminos se pueden tomar para tratar de solucionarla. Descartando absolutamente su segregación a colegios especiales, y desde el criterio de que deben integrarse en una escolaridad normal, creo que, fundamentalmente, se pueden enfocar tres caminos:

— En primer lugar, las aulas especiales, dentro de un centro escolar normal. Vienen funcionando hace ya tiempo, con mayor o menor éxito. En general, la labor que realizan es positiva, pero presentan una serie de problemas; como, por ejemplo, qué niños se acogen a ellas. En un colegio se encuentran infinidad de casos que no se adaptan a la enseñanza normal —dificultades de aprendizaje, dislexia, niños límites o débiles mentales, conductas

antisociales... ¿Con qué criterio se selecciona a los niños que las van a componer? ¿O se integra en ellas a todos, sea cual sea su dificultad? Porque éste es otro problema: a los centros les cuesta obtener el permiso para un aula especial, y generalmente, los que la tienen cuentan con una sola (hay alguna excepción). Se plantea entonces la cuestión de si es conveniente para un niño que no presente más que una lentitud en los aprendizajes, estar en una clase que es como un cajón de sastre, donde van a parar todos los chicos, de cualquier edad, con los que, por un motivo o por otro, no se sabe bien qué hacer. Quizá haya colegios que no las necesiten, o que con una tengan suficiente; pero hay otros que deberían estar formados prácticamente de aulas especiales, dada la variedad y cantidad de alumnos con problemas, sobre todo, en los barrios periféricos, donde el nivel socio-cultural es muy bajo, y donde, coincidiendo con esto, abunda más todo tipo de dificultades de adaptación escolar.

Por otra parte, estas aulas pueden tener cometidos distintos: pueden cubrir toda la jornada escolar, de modo que los niños integrados en ellas siguen allí el curso, de acuerdo con sus alteraciones y ritmo, o pueden hacer recuperaciones parciales, de modo que los niños siguen el curso normal, pero refuerzan en ella los aprendizajes que llevan peor. Del mismo modo que antes planteaba la cuestión del criterio que se seguía para la selección de los alumnos, ahora me pregunto por el criterio seguido para señalar en cada centro escolar cuál ha de ser la función del aula especial.

El tema no se agota: están las cuestiones del profesorado capacitado para llevar estas aulas, el control psicológico de los niños, etc., sin pasar por alto el hecho de que por desgracia con mucha frecuencia, estos se ven marginados por el resto de los compañeros.

— Otro camino para ayudarles a seguir la escolaridad, sería un refuerzo extraescolar. El niño sigue con esfuerzo los cursos normales, recibiendo una ayuda fuera del colegio, bien de sus padres, bien de un profesor particular. Esta solución, como la otra, puede dar resultados positivos, sobre todo si va acompañada de la posibilidad de repetir algún curso, para ir más de acuerdo con su capacidad. Pero tiene un enorme inconveniente, y es que precisamente donde más abundan los problemas de aprendizaje es en unos ambientes socio-culturales bajos, donde la familia no puede ayudar personalmente al niño, porque carece de los conocimientos necesarios, ni puede permitirse el gasto de un profesor. Por lo tanto queda reducida a unas proporciones mínimas que no resuelven el problema en absoluto. Por otra parte, suponen aumentar el horario del trabajo del niño, quitándole tiempo para jugar.

— Pero pensemos que lo que crea el problema es la estructura rígida de la EGB, el paso en bloque de un curso o ciclo a otro, al cumplir la edad reglamentaria. En los primeros cursos se hace notar un grupo de niños muy característico que, sin tener problemas de nivel van muy forzados, y que son los que cumplen los años en los últimos meses del año. ¿Por qué se incluye en el mismo curso a un niño nacido en enero y a otro nacido en diciembre, si entre ellos, hay un año entero de diferencia?

Si cambiara la estructura de la EGB, de modo que los criterios de promoción no fueran cronológicos, y los cursos no fueran algo monolítico a lo que hay que acceder en conjunto; si cada profesor tuviera a su cargo, no cuarenta, sino veinte o veinticinco niños, de los que pudiera ocuparse de forma más individualizada, atendiendo a los problemas o dificultades de cada uno, toda la problemática reseñada aquí se vería enormemente reducida. Una enseñanza auténticamente básica adaptada a los intereses y capacidades de los niños, de acuerdo con la psicología evolutiva, flexible en cuanto a cursos, asignaturas y grupos, probablemente sería la solución para todo el cúmulo, verdaderamente preocupante, de fracasos escolares con el que nos encontramos en la actualidad.

CONSIDERACIONES TEORICAS SOBRE CIERTOS ASPECTOS DEL PROCESO DE INSERCIÓN DE UN EQUIPO TECNICO EN EL AREA DE SALUD COMUNITARIA

EMILIO IRAZABAL MARTIN (*)

Este artículo es un extracto (revisado) de un informe técnico presentado al Ayuntamiento de San Fernando de Henares, para el cual he estado trabajando durante cerca de tres años.

En junio de este año finalizó el cuarto contrato de trabajo que me vinculaba a esa institución y ésta decidió no recontratarme al igual que a otros tres compañeros, también psicólogos. Juntamente con esta medida, la Corporación decidió suprimir el departamento de psicopedagogía y salud mental del Centro Municipal de Salud, departamento donde estábamos incluidos los cuatro psicólogos.

El artículo que presento a continuación, si bien alude a una situación muy concreta (el conflicto surgido en el C.M.S. de San Fernando de Henares), pienso que aporta elementos para seguir pensando y profundizando en el trabajo comunitario, y de alguna manera, retoma algunos de los debates planteados en las diversas reuniones de trabajo de la Comisión de Psicología y Municipios.

A posteriori de una presentación del equipo de la Corporación, en 1980, ésta nos hace la demanda de un estudio sobre la problemática psicopedagógica (la petición precisa era investigar qué número de escolares podría beneficiarse de la creación de dos aulas de educación especial que iba a crear el Ministerio de Educación, aulas de las

que no se volvió a saber nada de ellas).

Este estudio, aparte de señalar un posible listado de alumnos con problemas en su escolaridad, planteaba una serie de conclusiones a nivel de índices de salud y puntos de urgencia sobre la problemática de salud escolar.

Estando realizando el estudio, la Corporación nos hace

una nueva petición que consiste en un estudio sobre la deficiencia psíquica. El motivo de la petición venía dado por el proyecto de constitución de la asociación de padres de minusválidos psíquicos, y el estudio planteaba una sistematización de las necesidades y posibles recursos para la correcta atención de estas personas.

La realización de estos dos estudios nos permitió entrar en contacto con algunos sectores de la población, así como conocer sus condiciones de vida y trabajo, condiciones estas nada saludables, ni desde lo físico, lo psíquico y lo social. Fue el conocimiento de estas condiciones el que nos llevó a plantear en las conclusiones de sendos estudios, propuestas y sugerencias que trascendían lo psicológico-individual, y situaban tanto la problemática psicopedagógica, como la deficiencia psíquica, como problemas sociales serios.

Posteriormente a la realización de los dos estudios, realizamos las oportunas devoluciones de los investigados a la Corporación, que nos informó de su proyecto de contratar a un equipo de una manera continuada para poder intervenir en estos temas.

En noviembre / diciembre de 1980 se plantean nuevas demandas de la Corporación y se convoca concurso-opo-

(*) Psicólogo social, miembro del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.

sición para contratar a un equipo técnico (logopeda, psicólogo y pedagogo) que formase un gabinete psicopedagógico.

Al tener conocimiento de esta convocatoria, tratamos de hacer conocer nuestra opinión, pues entendíamos que tal como estaba enmarcada esta (conformación del equipo, duración del trabajo en concordancia con el período escolar, tribunal examinador compuesto por: dos directores de los seis colegios públicos de la zona, la inspectora del Ministerio de Educación y un representante de la Corporación), respondía más a un intento de satisfacer una demanda de la Institución Escolar-Ministerio de Educación, dotándolo de unos técnicos "al interno" de la Institución, con funciones "reparadoras", que de un proyecto de atención al fracaso escolar como emergente comunitario y que rebasaba las paredes del colegio.

Añadir que esta convocatoria aparecía como una "unificación" de dos instituciones (Corporación y Sistema Escolar de la zona), tema este muy complejo, pues sabemos que estas dos instituciones siempre suelen mantener unas interacciones contradictorias y tensionadas ya que son instituciones con distintos objetivos y distintas propuestas a la comunidad.

En febrero de 1981, se constituye el Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental.

Una vez que la Corporación aprobó el proyecto de nuestro equipo pasamos a fijar las condiciones de la contratación (encuadre), con algunas variaciones respecto a las fijadas en la convocatoria, sobre todo dos:

1. La denominación. Propusimos el nombre de Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental, pues entendíamos recogía más fielmente los objetivos y tareas expresados en el proyecto que presentamos al concurso. Por una parte, aparecía como servicio público que el Ayuntamiento dotaba a la comunidad, y no solamente a los colegios nacionales (públicos); y por otro lado, permitía la puesta en práctica de un enfoque de trabajo que entiende la edad

escolar como edad de riesgo donde son depositadas otras problemáticas y dificultades concernientes a "dos instituciones claves" en el proceso de socialización del individuo: la familia y la escuela, y que, al trabajar sobre esta depositación, nos introduciríamos en el área de la salud mental comunitaria, área permanentemente tensionada y muy necesitada de atención, lo cual nos llevaba a una extensión de nuestro marco de trabajo.

2. Duración y continuidad del trabajo. Se desprende de lo expuesto anteriormente que, al incluir varios niveles en el trabajo, la duración de este no podía circunscribirse al período escolar, por lo que el Servicio Municipal tenía que dotarse de unas condiciones de estabilidad y continuidad que le permitiera funcionar a medio y largo plazo.

Condiciones y variaciones que fueron asumidas por la Corporación.

Entre febrero 1981 y diciembre 1982 se mantiene el funcionamiento del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental.

1. Organización.—El Servicio Municipal se estructuró en base a tres áreas de trabajo, que eran: *Escolar*, *Infantil-Juvenil* y *Adultos*. Cada una de estas áreas tenía su programa de trabajo que englobaba los objetivos de: promoción-prevención, asistencia e investigación. Estos programas estaban centrados en los grupos sociales e instituciones con bastante incidencia en la salud de la población (salud mental), como son: los colegios nacionales, la escuela infantil municipal, asociaciones de padres de alumnos, policía municipal, instituto, escuela municipal de adultos, asociación de amas de casa, asociación de padres de minusválidos psíquicos y otras.

Si bien cada programa mantenía una cierta autonomía respecto a los otros, existían tareas que "entrecruzaban" los tres programas sobre todo las tareas asistenciales, centradas en el abordaje de problemáticas psíquicas con los recursos técnicos adecuados (psicoterapia individual, familiar y grupal).

Para estas tareas asistenciales, el Servicio Municipal tuvo que dotarse de un marco organizativo ("consulta pública") para poder canalizar las demandas que le llegaban. De febrero de 1981 a junio de 1983, este dispositivo, la consulta pública, recibió cerca de 260 peticiones de consulta, y en algunos momentos, estas peticiones rebasaban las posibilidades del equipo, lo que le llevó a realizar y proponer a la Corporación (junio 1982), un proyecto, de alguna manera alternativo al existente, donde se completaban la ampliación de recursos técnicos con la incorporación de otros profesionales y un presupuesto más adecuado para desarrollar proyectos de promoción-prevención, ya elaborados por el equipo, como eran la creación de talleres infantiles en la comunidad y otros; lo que produciría, de alguna manera, una reconversión de las demandas individuales "de curación" en demandas sociales de "atención".

Señalo en este epígrafe sobre la organización del trabajo del Servicio Municipal, un elemento que "ha estado jugando" desde el inicio de la constitución del Servicio. Me refiero al proyecto de Centro de Salud.

Ya desde el comienzo del Servicio Municipal, la Corporación nos planteó su propósito de crear un Centro de Salud donde este servicio estuviera incluido, por lo cual nos pidió elaborar un proyecto en coordinación con un equipo de sanidad del PCE.

El proyecto se elaboró y presentó a la Corporación en los primeros meses de 1981.

Durante cerca de dos años no se llevó a la práctica el proyecto, lo cual hizo que el Centro de Salud funcionase como "institución fantasma" al interno del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental. Había épocas que ni se nombraba (desaparecía). Este proceso de "apariciones" y "desapariciones" creo que estuvo fuertemente determinado por las crisis institucionales por las que pasó la Corporación y que influyeron en la dinámica del trabajo, aunque a veces no de manera consciente (no hay que olvi-

dar que el Servicio Municipal pertenecía al Ayuntamiento, es decir, formaba parte de su entramado institucional por lo que era receptivo a estas crisis y los reajustes consiguientes, sobre todo en las áreas de salud y educación).

2. Equipo.—Para llevar a cabo las tareas establecidas en los programas, el equipo organizó en base a roles y funciones. Existía un responsable de cada programa y una coordinación del equipo.

El rol de responsable de programa no significaba que fuese la única persona que trabajase en él ya que había tareas concretas en las que participaban otros miembros del equipo, incluido el coordinador. Este rol de coordinador lo ejerció durante los dos años que duró el Servicio Municipal y sobre el cual creo importante hacer algunas reflexiones pues ha sido un rol difícil y contradictorio.

Difícil porque "ver en la práctica" que un equipo es algo totalmente distinto a un conjunto de profesionales, que poco a poco el equipo llega a conformar una estructura de grupo que lo trasciende, que las relaciones interpersonales y la subjetividad de cada miembro es tan importante como sus conocimientos teóricos-técnicos, que también el coordinador forma parte de esa estructura aunque tenga una distancia del resto respecto a la tarea.

Difícil porque el trabajo en equipo requiere un proceso, un tiempo, y que no es un camino de rosas; que aparecen dificultades, estereotipias, resistencias al cambio; pero también estas mismas dificultades hacen atractivo e interesante el trabajo en equipo y el rol de coordinador, y que es gratificante cuando visualizas que ese trabajo "al interno del equipo" produce efectos saludables en su práctica comunitaria, en lo social.

Todos estos elementos en juego me traen una serie de interrogantes sobre la función de coordinación, ¿cómo hacer para mantener la distancia y la "tensión" que existe entre la tarea del equipo y la tarea implícita del grupo (que llega a conformar todo equipo)?, ¿cómo hacer para sugerir determinadas

cuestiones del trabajo y, al mismo tiempo, tener en cuenta la subjetividad de los miembros del equipo?. Preguntas estas difíciles de responder, sobre todo si tenemos en cuenta que hablo de un equipo en que todos sus miembros pertenecíamos a la misma profesión (psicólogos), y éramos conocidos desde varios años antes de la formación del equipo, elementos estos que no me corresponde a mí analizar, pero creo que debieron favorecer en algunos momentos determinadas resistencias y estereotipias en el abordaje de la tarea.

También ha sido un rol contradictorio (el de coordinador) pues se ha ido cargando de otras funciones que hacían más a otro tipo de roles, como es sobre todo la directiva (función más política que técnica).

Creo que una cierta asunción de esta función (directiva), ha estado en relación directa a que otros no la asumían. Me explico: siempre he pensado que tenía que existir un director del Servicio Municipal que pusiera las directrices del trabajo en consonancia con la política municipal en materia de sanidad y educación. Es obvio que no ha existido una dirección clara, ni directrices en este sentido, con lo cual esa "función añadida" a mil rol de coordinador se movía en un espacio ambiguo, ya que era una función imaginaria (no existía director) pero a veces se jugaba como real (por parte de todos: Corporación, equipo, coordinador y comunidad).

Pienso que este ha sido un factor principal en el proceso, del cual no he sido totalmente consciente y del que muchas veces me he sentido objeto pasivo, agudizándose este sentimiento (como si de un síntoma se tratase) cuando se acercaba la finalización de cada contrato y comenzaban las discusiones de la Corporación sobre que hacer con el equipo, o ¿era con el Servicio Municipal?. Era como entrar en una especie de túnel del tiempo de donde podía salir cualquier cosa excepto unas directrices claras sobre el trabajo.

En el segundo semestre de 1982 surge una crisis al interno del equipo que provoca una cierta desestructuración

de este. Creo que esta crisis estuvo sobredeterminada por varios factores:

— La recontractación por un período de seis meses cuando todos esperábamos un período mínimo de un año ya que acabábamos de elaborar un proyecto (citado anteriormente) que contemplaba la ampliación del Servicio Municipal y la creación de nuevas tareas.

— La agudización de las diferencias teórico-técnicas en el seno del equipo, que coincidió (?) con la realización de unas reuniones de confrontación y debate de las distintas experiencias que se estaban realizando en la provincia de Madrid.

— La futura creación del Centro Municipal de Salud (CMS). Es este factor el que más propulsó la crisis, pues con los otros dos ya veníamos conviviendo desde hacia tiempo y no por eso se desestructuró el equipo. El anuncio de la futura creación del CMS y la cercana contratación del director (ya no era esa "institución fantasmal" de la que hablaba antes) suponía para el equipo la finalización de un proyecto de más de dos años y una reconducción de lo realizado hasta el momento, dentro de un nuevo proyecto más amplio (CMS). Sabemos que los procesos de cambio no son fáciles, sobre todo si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente de que un equipo pasa de ser un agrupamiento a crear una estructura grupal con sus mecanismos de estereotipias y resistencias al cambio, que se acentuaron conforme se iba acercando la necesaria disolución del equipo como tal, ya que tenía que dejar de existir por la constitución del CMS.

Lo expuesto hasta aquí nos habla de una cierta visión del proceso de un equipo técnico que ha trabajado en el área de la Prevención y Asistencia de la Salud Mental Comunitaria durante más de dos años.

Son aspectos del proceso que han podido ser pensados a partir de una distancia que permite ver los aciertos y los errores de la experiencia ya que esta distancia posibilita una posición de "descentramiento del objeto" posición imposible cuando se está

dentro de la estructura (física y mentalmente).

Sobre los trabajos concretos que ha realizado el equipo, existen algunos publicados en la documentación de las Reuniones de Trabajo sobre Salud y Educación en el ámbito Comunitario (Colegio Oficial de Psicólogos, noviembre de 1982), así como en el nº 3 de la revista "Papeles del Colegio".

SALUD Y ENFERMEDAD

Hablar del Centro de Salud, de promoción, de prevención,... nos obliga a hablar de salud y enfermedad.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud/enfermedad?, ¿qué es estar sano, estar enfermo?, ¿por qué la salud laboral es una de las áreas que menos se ha investigado a lo largo del tiempo?

Es claro que las respuestas a estas preguntas han ido variando en el transcurso de la historia (ya Foucault ha señalado como a través de la historia y de los distintos sistemas sociales, la concepción social sobre la locura ha ido variando).

Señalo con esto que la salud y la enfermedad no son conceptos teóricos sino más bien construcciones sociales, producto de las ideologías dominantes y que, como tal, se sustentan en instituciones, grupos y sujetos. Y van a ser éstos, los sujetos, los portadores y soporte material de esas ideologías sobre la salud y la enfermedad.

También las disciplinas teóricas que existen en este área, tienen su ideología sobre la salud y la enfermedad, es decir, no existe la teoría pura, en abstracto y con autonomía respecto a la formación social y al modo de producción.

Este campo teórico sobre la salud se ha ido ampliando cada vez más y si en el inicio solamente la medicina curativa era la que capitalizaba teóricamente este campo, actualmente no es así. Surge la epidemiología, la salud pública; el área de la salud mental (la psiquiatría), se incorporan las ciencias sociales (psicología, sociología, antropología, psicoanálisis, psicología so-

cial). Todas estas paulatinas incorporaciones de nuevos discursos teóricos sobre la salud y la enfermedad han complejizado y enriquecido este campo en el que actualmente ninguna de estas disciplinas por sí sola puede arrogarse el tener las respuestas a las preguntas, ¿qué es estar sano, qué es estar enfermo?

Los proyectos de promoción de salud son proyectos que apuntan a lo social, es decir, trascienden el marco individual para contemplar y estudiar al individuo en el seno de un colectivo, territorio o comunidad. No es casualidad que siempre se ha considerado a la Salud Pública como una disciplina social, cuyos objetivos están centrados en los procesos de socialización del individuo (por eso los programas de actuación en salud pública suelen tener como ejes momentos de este proceso de socialización: programas de salud escolar, de salud materno-infantil,...).

PSICOLOGIA SOCIAL Y SALUD

La psicología social propone a la salud pública, o en su nueva concepción, salud comunitaria, elementos para poder conceptualizar e intervenir en el territorio.

Para la psicología social (materialista), los procesos de socialización, o mejor dicho, los procesos de ideologización de un individuo, están conformados por las estructuras grupales de las que ha formado y forma parte, y a su vez, estas mismas estructuras están sobredeterminadas por la formación social a la que pertenecen. Esto significa que tanto el pensamiento como la acción van a tener un "techo" que viene dado por la formación social donde se inserta.

Estos procesos de ideologización, no del todo conscientes, determinan en el sujeto una manera de pensar y actuar en relación a la salud y enfermedad.

Por eso la psicología social hace la propuesta de centrarse en las mediaciones que existen entre el individuo y la sociedad, entre lo individual

(lo subjetivo) y lo social (la estructura social). Es decir, no podemos trabajar con individuos aislados ni con sistemas sociales. Nuestras intervenciones deben situarse en los espacios grupales e institucionales por donde transita el individuo a lo largo de su vida, sin olvidar que estas mediaciones no son autónomas e independientes del proceso social ya que son los "centros" de socialización del individuo y por eso mismo, posibilitadores de salud y enfermedad.

Enrique Pichón Riviére (uno de los primeros que esbozó una posible psicología social materialista) plantea como criterio básico de salud, la adaptación activa a la realidad, como "el sujeto sano, en la medida que aprehende el objeto y los transforma, se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico, en el que la síntesis que resuelve esta situación dilemática se transforma en el punto inicial o tesis de otra antinomia, que deberá ser resuelta en este continuo proceso en espiral".

A partir de aquí podemos hacernos algunas preguntas. ¿Qué es más enfermo, una crisis en el seno de un grupo familiar a través del emergente de un niño con problemas, de un padre alcohólico, o un grupo social con las relaciones y roles tan estereotipados que le impiden producir algo nuevo en "lo social"?

En última instancia es la sociedad la que enferma, por lo que un enfoque clínico (individual) de la enfermedad no alcanza a explicar determinados procesos y se requiere la aportación de las ciencias sociales.

EL EQUIPO (*) DE SALUD

Por lo expuesto anteriormente, es claro que las ciencias sociales interrogan e interpellan sobre qué es estar enfermo, estar sano. Pero también las ciencias sociales tienen que preguntarse por ellas mismas, es decir, tienen que introducir esas preguntas "al interno".

Al mismo tiempo que el equipo de salud en sus intervenciones, su práctica técnica

en el territorio, posibilita un cambio en la forma de pensar y actuar la salud y la enfermedad, al mismo tiempo, decía, el equipo tiene que interrogarse sobre él mismo, cómo son sus roles, las relaciones entre sus miembros, el juego de los afectos, la organización del trabajo, su interdisciplinariedad, es decir, en qué medida el equipo de salud reproduce o no al interno la ideología dominante en salud y enfermedad. Y esto (la interrogación metodológica) no es nada fácil.

Aunque en la teoría siempre perseguimos que los roles dentro de un equipo sean funcionales y operativos, es decir, que pueden cambiar y modificarse según las necesidades que requiere el cumplimiento de la tarea, no siempre ocurre así, y el riesgo a la burocratización y estereotipia siempre está presente y en algunos momentos se presenta como necesario (estos movimientos nos hablan de "la salud" del equipo de "salud").

Cuando se constituye un equipo, cada técnico lleva su esquema referencial y sus expectativas ante la nueva tarea. También lleva la representación mental (consciente o no) de lo que es un equipo, construida en base a experiencias anteriores. En este sentido, mi inserción en el nuevo equipo estaba muy determinada por mi posición en el equipo anterior, lo cual significaba una cierta duplicidad en mi rol en el CMS, perviviendo algún "resto" de la función anterior de coordinador del Servicio Municipal. Pienso que esta duplicidad en mi rol también era asumida y compartida por el equipo y la dirección del Centro. De alguna manera, los "restos" del equipo del 82 conformaron el equipo del 83.

El tipo de organización por departamentos que impulsó el proyecto del CMS hacía muy difícil la constitución del equipo de salud y fortalecía la resistencia al cambio. (**)

Por esto, la resistencia al cambio, siempre está presente. Es inherente al funcionamiento de un grupo y de un equipo. Y es que el trabajo en equipo es difícil. No resulta fácil abandonar situaciones y esquemas mentales ya conocidos para pasar a otras si-

tuaciones nuevas que suelen fantasearse y vivirse como persecutorias. A veces no salen las cosas como uno quisiera a veces aparecen obstáculos muy fuertes que el equipo se ve incapacitado para afrontar como tal equipo y deposita en alguno o algunos de sus miembros la responsabilidad de esos obstáculos. Aparece entonces el chivo expiatorio, causa de todos los males. Pero también es normal que esto ocurra, y a veces inevitable; digamos que forma parte del proceso.

Lo insano aparece cuando no se puede resolver esta deposición de una manera operativa (redistribuyendo las dificultades y los obstáculos en todos los miembros del equipo y posibilitando el cambio, el paso a una situación nueva). Entonces aparece la segregación. El o los miembros "depositarios" (en nuestro caso, los cuatro psicólogos) tienen que ser expulsados solución imaginaria, pues produce la ilusión de que los obstáculos en el desarrollo de la tarea desaparecen, "se van con los miembros expulsados", "borrón y cuenta nueva".

Esta modalidad de resolver conflictos grupales nos la encontramos permanentemente en nuestra práctica técnica: en los colegios con los alumnos "raros" que acaban siendo expulsados; en las familias cuando se quejan de que las cosas no marchan porque fulanito o menganito es de esa manera de ser; pero también suceden estas cosas en el seno de los equipos técnicos, y algo del orden de lo que he descrito pienso que ha ocurrido en el equipo técnico del CMS de San Fernando de Henares.

Finalmente, añadir que todos estos movimientos grupales no poseen autonomía respecto a otras instancias, es decir, en todo grupo y en todo equipo existen "mandatos institucionales" (el afuera del grupo) que se introducen e interfieren el acontecer grupal.

En el informe técnico presentado a la Corporación figura en este epígrafe una memoria de los trabajos realizados como miembro del CMS durante los seis primeros meses de 1983.

La memoria recogía:

- trabajos con grupos sociales e instituciones.
- tareas asistenciales dentro del dispositivo "consulta pública".
- coordinación del programa de drogas y alcohol.
- otras tareas más puntuales.

En este epígrafe me limito (a manera de ejemplo) a la exposición de uno de estos trabajos dejando para otra ocasión el desarrollo y conceptualización de los restantes.

El "caso comunitario" fue una experiencia realizada con un grupo de padres de un Colegio Nacional a partir de una demanda social (la demanda aparecía como de formación y venía formulada en una petición de ciclo de charlas sobre la educación de los hijos).

Los momentos por los que pasó este trabajo fueron los siguientes:

— Dos entrevistas grupales con el grupo de padres que realizaba la demanda de formación. Estas primeras entrevistas para atender una demanda social resultan necesarias para investigar cual

(*) Con esta denominación hago referencia al equipo técnico del CMS compuesto por: dos médicos, cuatro psicólogos (los que componíamos el anterior Servicio Municipal), una enfermera, una auxiliar de clínica y un auxiliar administrativo, además del director (médico). Este equipo estuvo definitivamente constituido a finales de febrero de 1983.

(**) El Centro Municipal de Salud estaba organizado en tres departamentos:

- promoción de salud
- planificación familiar y ginecología
- psicopedagogía y salud mental

Este último departamento lo componíamos los cuatro psicólogos del anterior Servicio Municipal. Fue un error que este proyecto incluyera en un mismo departamento a los cuatro técnicos que constituíamos el equipo anterior y sin ninguna modificación externa, ni siquiera cambio de local. Esta modalidad organizativa planteaba un encuadre que tendía más a enquistar esa estructura grupal que a disolverla, no permitiendo que cada técnico jugase en la práctica la representación mental del anterior equipo con las nuevas tareas, en una relación dialéctica y de síntesis.

es lo latente de ese pedido y en qué medida puede articularse una propuesta de trabajo posible. (***)

Hay que tener en cuenta que ya en esta investigación a través de las entrevistas grupales, se está interviniendo técnicamente, posibilitando el esclarecimiento de la demanda.

En este tipo de peticiones aparecen muy claros los efectos de la socialización en relación a la salud y a la enfermedad. Se deposita un saber en el técnico y un rol muy activo frente a un rol pasivo de la población. Se espera, en última instancia, que el técnico diga y exponga lo que hay que hacer o no hacer para tener una "vida saludable".

Si aceptamos esta deposición, nos situamos en una relación de complicidad con la población, que para poco sirve, pues continuamos reproduciendo esquemas ideológicos dominantes (los que saben sobre salud y los que no saben).

Es este riesgo en el que nos manejamos permanentemente pues también nosotros tenemos como técnicos nuestra ideología sobre lo enfermo y lo sano. De ahí la necesidad de esa interrogación metodológica que planteaba antes (¿qué es salud, qué es curar?). Pero retomemos la práctica.

— Después de estas entrevistas grupales, se articulan dos charlas-colquio que llevaron a la práctica dos compañeros psicólogos del CMS. Mi función fue de observador-participante, pues estas charlas se situaban en el mismo proceso de esclarecimiento de la demanda. Es decir, no estaba claro hasta qué punto lo que este grupo social pedía era "atraer a gente", o trabajar una serie de temas que hacían al eje salud/enfermedad, o las dos cosas juntas.

— Después de estas dos charlas, realicé un trabajo de evaluación con el grupo de padres que realizó la petición y pudimos esclarecer más ésta, en un intento de discriminar y ver hasta qué punto el deseo de "atraer a gente" podía considerarse como una resistencia frente a una nueva manera de encarar el tema de la relación con los hijos.

— A partir de esta evaluación, se articuló un trabajo grupal sobre el tema: "relaciones familiares".

Este trabajo (abril - junio 1983) se realizó con la metodología de grupo de discusión, con tres roles diferenciados: integrantes, observador y coordinador.

Uno de los aspectos más interesantes de esta parte del trabajo, lo situo en la "implicación" de los padres a través de su participación como integrantes, ya que eran ellos los enseñantes de ellos mismos a través de la puesta en común de sus experiencias y conocimientos sobre el tema de las relaciones familiares.

La función del coordinador consistía en posibilitar la discusión y señalar los diversos aspectos del tema (niveles manifiesto y latente) que se iban trabajando.

Por otro lado, en la misma línea de la implicación, hice la propuesta al grupo de que la función de observador la realizaran ellos mismos de forma rotatoria, es decir, en cada reunión uno de los integrantes observaba la discusión, tomaba notas y a la reunión siguiente las leía al grupo y servía como material de discusión. Este rol de observador, realizado cada vez por un integrante distinto, les permitía "verse a sí mismos trabajando y relacionándose", lo cual funcionaba como dispositivo de aprendizaje y también conocían e internalizaban otra imagen del técnico, más como posibilitador de que los integrantes pongan

en juego "sus saberes", que una imagen del técnico como "detentador del saber" sobre las relaciones familiares.

— Esta parte del trabajo finalizó con una evaluación por parte de los integrantes en la que se trabajó "lo que se esperaba" y "lo que se consiguió" centrando esto último en el aprendizaje que habían hecho de su "estar y relacionarse en grupo".

Aquí finalizó la primera parte de la experiencia ya que estaba proyectado retomarlo en septiembre con otro encuadre y otra tarea.

CONCLUSION

Antes de finalizar, creo importante esbozar algunas posibles hipótesis interpretativas sobre estos emergentes institucionales (o comunitarios) de los que hablaba en la introducción (supresión del departamento de psicopedagogía y salud mental del CMS y no renovación de los contratos de cuatro técnicos).

— Las decisiones tomadas por la Corporación suponen de alguna manera, el rechazo de un proyecto iniciado y potenciado por ese mismo Ayuntamiento. Aparece un "no querer hacerse cargo" de ese proyecto, no reconocerlo como suyo. Habría que preguntarse si las sucesivas demandas de la Corporación (desde el primer estudio de la problemática psicopedagógica, 1980; y todas las que

siguieron) eran demandas claras y asumidas por el Ayuntamiento. Más bien parecía que no, que el Ayuntamiento no ha tenido del todo claro lo que quería hacer, de que manera quería dar respuestas y alternativas a problemas sociales reales y serios. No digo que esto sea fácil. Más bien creo que debe resultar complicado establecer propuestas y alternativas a problemas sociales, que resulten eficaces a medio y largo plazo. Además no hay que olvidar que también en el equipo de gobierno municipal se dan procesos similares a los analizados en el "equipo de salud", pues también constituyen un grupo, y una institución.

Esta reflexión me hace pensar en una cuestión teórica importante en el trabajo comunitario. Cuando las demandas sociales aparecen confusas y el técnico no posibilita su esclarecimiento, esta confusión salta en algún momento del proceso, más tarde o más temprano, pero siempre resurge. Algo de este orden es lo que ha sucedido, lo cual tiene que traer consigo una cierta autocritica del equipo técnico que articuló y organizó esas demandas, en el sentido de que quizá una cierta necesidad de inserción en ese territorio pudo

(***) Así como la demanda individual nos remite al deseo inconsciente del sujeto, la demanda social remite a la "latencia" del grupo o institución que la realiza.

Bibliografía

EMILIO IRAZABAL MARTIN. *Inserción de un equipo técnico en el área de salud comunitaria. "Papeles del Colegio. Psicólogos". Nº 10/11. Septiembre 1983. pp. 53 a 58.*

- (1) Aduriz Ugarte, S. "Grupo familiar a partir del síntoma drogadicción". II Reuniones de trabajo sobre Salud y Educación en el Ambito Comunitario. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, 1982.
- (2) Aduriz, S. Díaz, A. González, L. e Irazabal, E. "Memoria del trabajo realizado". Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental. San Fernando de Henares, 1981.
- (3) Basaglia, F. y otros. "La Salud de los trabajadores. Aportes para una política de la Salud". Ed. Nueva Imagen. México, 1978.
- (4) Bauleo, A. y otros. "Los síntomas de la Salud". Ed. Cuarto Mundo. Argentina, 1976.
- (5) Bauleo, A. "Contrainstitución y Grupos". Ed. Fundamentos. Madrid 1977.
- (6) Bleger, J. "Psicohigiene y Psicología Institucional". Ed. Paidós. Argentina, 1976.
- (7) Busturia, R. y González, M.J. "Aproximaciones a la función del gestor desde el esquema de la concepción operativa de grupo". Boletín nº 2 del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal. Madrid, 1983.
- (8) Buzzaqui, A. "Algunas reflexiones teóricas en torno a los equipos técnicos y lo grupal". Primeras Jornadas sobre Medicina Comunitaria. Madrid, 1982.
- (9) Castel, F. Castel, R. y Lovell, A. "La Sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano". Ed. Anagrama. Barcelona, 1980.
- (10) Cohen De Govia, G.C. "La psicología en la Salud Pública". Ed. Extemporáneos. México, 1979.

dificultar un correcto trabajo de esclarecimiento de esas peticiones de la Corporación.

— Las medidas adoptadas por la Corporación, y el modo en que las ha aplicado privilegian un planteamiento dogmático de los conflictos frente a un enfoque dialéctico, en que las contradicciones son contempladas dentro del proceso y posibilitan nuevas síntesis.

Añadir además que este

planteamiento dogmático contiene en su seno buenas dosis de indiscriminación que dificultan el *pensamiento* y trae consigo *acciones* que si por su radicalismo pueden parecer claras, encubren lo contrario.

— Finalmente, señalar que estas medidas tienen la consecuencia de que, en la actualidad, los profesionales que quedan trabajando en el CMS pertenecen a la discipli-

na médica exclusivamente (tres médicos, un ats y un aux. de clínica).

Y esto lleva a interrogarme hasta que punto lo que está en juego es una concepción tradicional de la salud y la enfermedad en la que solo es el discurso proveniente de la medicina el que tiene cabida, y son rechazados otros discursos producidos por otras disciplinas que en el caso de San Fernando de Henares

eran el psicoanálisis y la psicología social, que conforma el campo teórico con el cual vengo trabajando desde hace varios años.

El interrogante de que hablaba antes permanece abierto, pues desconozco cuál va a ser el futuro de ese Centro de Salud, cómo va a ser esa reorganización de la que tanto se habla, pues a lo mejor ya se ha realizado con la aplicación de esas dos medidas. ■

BREVES

DESESTIMADA PROPOSICION NO DE LEY

La Comisión de Política Social y de Empleo, en su sesión del día 29 de junio de 1983, adoptó el acuerdo de desestimar la proposición no de Ley relativa a asunción plena por parte de la Seguridad Social de la prestación psiquiátrica a sus afiliados y beneficiarios, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Ver "Papeles del Colegio Psicólogos" nº 9, p. 23).

A FAVOR DE UN MIR PARA PSICOLOGOS

La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría se ha dirigido al Ministro de Sanidad para solicitar la regulación de la formación postgraduada, según el modelo MIR, para los licenciados en psicología que deseen trabajar en el campo de la psicología clínica, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. Consideran que, la actual situación es discriminatoria para este grupo de profesionales con respecto a los que tienen acceso al sistema MIR (médicos, biólogos, farmacéuticos, químicos). Asimismo, en su opinión, la formación postgraduada de

los psicólogos clínicos redundaría en una mejora de la calidad de la asistencia psiquiátrica.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA

El Dr. C. Monedero ha creado esta Asociación con la finalidad de agrupar a los estudiosos en el tema. La cuota anual es de 2.000,00 pesetas. Todos los colegiados que tengan interés en asociarse pueden dirigirse a la Asociación, c/ Hermosilla, nº 114, 5º, C, Madrid-9.

ULTIMA HORA

En "El País" del 5 de agosto apareció la carta que reproducimos a continuación. Esa carta rebatía una anterior información publicada por ese diario, cuyo sentido queda implícito en la respuesta. Como se refiere a la problemática del artículo de Emilio Irazábal, la ofrecemos en este lugar.

En EL PAIS del día 30 de julio pasado se daba una nota referente al Centro Municipal de Salud de San Fernando de Henares en la que, tras dar información de la reestructuración de este centro, la suspensión por dos meses de las actividades en psicopedagogía y salud mental y la consiguiente rescisión de contrato de cuatro psicólogos, se dice con respecto al PCE que "...el conductismo es el enfoque que se adapta mejor a su política de salud comunitaria..."

Tal afirmación creo que no es correcta, por cuanto en el PCE intentamos incorporar a nuestro programa de salud los conocimientos que con cierto rigor metodológico son adoptados por las diferentes corrientes de la salud.

Para una mayor claridad quiero manifestar que donde el PCE ha tenido responsabilidad municipal, como ha sido, por ejemplo, en los centros de promoción de la Salud de los Ayuntamientos de Madrid y Coslada, no ha existido un trato privilegiado para ningún tipo de metodología, siendo contratados psicólogos de variada orientación: conductistas, de orientación psicodinámica, psicoanalistas, etcétera, y que, por otra parte, la reflexión teórica abierta a todas las concepciones no ofrece dudas si se considera que en 1982 se han realizado por la Fundación de Investigaciones Marxistas, entidad de reflexión teórica y cultural ligada al PCE, dos seminarios con respecto a estos temas, uno dedicado al psicoanálisis y otro dedicado a la psicología experimental. Blas Agüera, Secretario de la Sección de Sanidad del PCE. Madrid.

Bibliografía

- (11) Díaz, A. y González, L. "Fracaso escolar: un problema de salud mental para la población infantil". Primeras Jornadas de Salud Mental Infantil. Murcia, 1981.
- (12) Duro, J.C., Escudero, C., Olabarria, B. y Vignale, R. "Aportaciones al trabajo comunitario desde la psicología social operativa". II Reuniones de trabajo sobre Salud y Educación en el Ambito Comunitario. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, 1982.
- (13) Foucault, M. "Historia de la locura en la época clásica". Ed. F.C.E. México, 1967.
- (14) Irazábal, E. "Reflexiones teóricas sobre el trabajo comunitario a partir de una demanda de formación". II Reuniones de Trabajo sobre la Salud y Educación en el Ambito Comunitario. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, 1982.
- (15) Lorenzo, L. e Irazábal, E. "La Psicología Social en la Medicina Comunitaria. Grupos de Formación". Primeras Jornadas sobre Medicina Comunitaria. Madrid, 1982.
- (16) Lourau, R. "El Análisis Institucional". Ed. Amorrortu. Argentina, 1976.
- (17) Neyrant, M. "La Transferencia". Ed. Corregidor. Argentina, 1976.
- (18) Pedreira, J.L. "Teoría y práctica de la Salud Mental Infantil". Primeras Jornadas de la Salud Mental Infantil. Murcia, 1981.
- (19) Pichón-Rivière, E. "El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social". Ed. Nueva Visión. Argentina, 1977.
- (20) Suárez, F. "Residencias de ancianos: El equipo interdisciplinario, ¿una posibilidad de cambio?". II Jornadas sobre la Tercera Edad de la A.P.T.E. Barcelona, 1982.

La *Información colegial* de este número ofrece los siguientes temas: "Adjudican plazas de la Aisna", pág. 59; en la misma página, "Galicia, Servicios de Orientación Escolar y Vocacional"; en la página 61, una amplia panorámica sobre nuestra delegación en Aragón; y por último, en la página 64 el recurso presentado por el Colegio a la resolución del Insalud sobre concurso de méritos para provisión de plazas.

Adjudican las plazas de la Aisna

En el "BOE" del pasado 16 de julio aparecieron los nombramientos de los psicólogos que aprobaron la conflictiva oposición convocada "aquel 26 de febrero de 1976". Los siguientes colegas son ya funcionarios de carrera de la Escala de Facultativos y Especialistas de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (reproducimos también sus destinos —aún provisionales— y su jornada de trabajo):

Apellidos y nombre	Destino	Jornada de trabajo
García Alba, María del Carmen	Hosp. Psiquiátrico Nac. de Leganés (Madrid)	Completa
Dendín Bande, María Concepción	Hosp. Psiquiátrico Nac. de Leganés (Madrid)	Completa
García González, Raquel	Dispensario Antialcohólico de Madrid	Completa
Benedet Alvarez, María Jesús	Hosp. Psiquiátrico "Conde de Romanones", de Alcohete (Guadalajara)	Completa
Guijosa Alloza, Gabriel	Hosp. Psiquiátrico "Rodríguez Miguel", de Zamora	Completa
Martínez Martínez, Josefa	Centro de Salud Mental "B", Murcia	Completa
Ferrándiz López, María del Pilar	Centro de Diagnóstico y O.T. de Alicante	Completa
Monedero Mateo, María del Carmen	Centro de Diagnóstico y O.T. de Toledo	Media
Juan Sanz, Mercedes de	Hosp. Psiquiátrico "El Pilar", de Zaragoza	Completa
Campos Delgado, María Teresa	Hosp. Psiquiátrico de Toén (Orense)	Completa
Almeida Jiménez, Sara Victoria	Instituto Leprológico de Trillo (Guadalajara)	Completa
Coello de Portugal Aranda, María del Carmen	Centro de Diagnóstico y O.T. de Avila	Media
San Miguel Zarzuela, Beatriz	Hosp. Psiquiátrico "El Pinar", de Teruel	Completa
Puig Ruiz, Jorge	Dispensario Enferm. del Tórax de Zaragoza	Media
García Larrauri, Begoña	Centro de Diagnóstico y O.T. de Zamora	Media
Dueñas Buey, María Luisa	Instituto Leprológico de Trillo (Guadalajara)	Media
Díaz Asenjo, Fernando	Centro de Salud Mental de Sevilla	Completa
Diego Pérez, Manuel de	Hosp. Psiquiátrico "El Pinar", de Teruel	Completa
Ballesteros Ramos, Saturio J.L.	Centro de Salud Mental de Navarra	Completa
Acosta Garrido, María Luisa	Centro de Diagnóstico y O.T. de Almería	Completa
Coello García, María Teresa	Centro de Diagnóstico y O.T. de Valencia	Media
Vázquez Fernández-Cid, María Inmaculada	Centro de Diagnóstico y O.T. de Córdoba	Completa
García Pardo, María Pilar	Centro de Diagnóstico y O.T. de Burgos	Media
Pérez-Cacho García, María Pilar	Dispensario Enferm. del Tórax de Córdoba	Media
Díez Tomé, Victorino	Dispensario Enferm. del Tórax de Santander	Media

Galicia

Servicios de Orientación Escolar y Vocacional

Nuestros compañeros de la Delegación de Galicia del Colegio nos han enviado, con el ruego de que la publiquemos en "Papeles del Colegio. Psicólogos", la carta que su presidente —Miguel Pérez Pereira— dirigió a don Víctor Manuel Vázquez, conselleiro de Educación de la Xunta y que plantea un problema general de nuestra profesión

Agradezco en nombre de la Delegación de Galicia del Colegio Oficial de Psicólogos la convocatoria de plazas en los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional en distintas zonas y localidades gallegas. En mi opinión, constituye un apreciable esfuerzo para institucionalizar dicha figura, lo cual repercute

positivamente sobre el colectivo de profesionales que represento. Asimismo, la intención de acercarlos a los Centros de Educación Básica parece un propósito laudable, y que se encamina con las tendencias que se están siguiendo en otros países adelantados.

No obstante, en el texto de la Resolución del 8 de febrero de 1983 de la Dirección General de Educación Básica, publicado en el Diario Oficial de Galicia de 19 de febrero, en el que se anuncia dicha convocatoria, aparecen algunos aspectos que me sugieren ciertas consideraciones críticas.

En primer lugar, en dicha convocatoria, no se especifica con claridad el número de plazas para cada Servicio de Orientación.

Peró hay otros aspectos que parecen más dignos de ser objeto de crítica.

El hecho de que para poder participar en el concurso de méritos sea necesaria la pertenencia al Cuerpo de Profesores de Educación General Básica no parece un criterio acertado para seleccionar a quienes vayan a realizar la función de orientación escolar y vocacional. Esto no lleva más que a una promoción personal de quienes ya están dentro del Cuerpo de Profesores, pero impide el acceso a la función de orientación a profesionales que están cualificados para desempeñarla, como son los psicólogos. Sería menos discriminatorio considerar la pertenencia al Cuerpo de Profesores de Educación General Básica como un mérito más a la hora de realizar la selección de los candidatos, pero no como un requisito "si-ne qua non".

Además, de lo anterior se desprende que el personal que se integre en los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional seguirán siendo considerados como técnicos de escala media. Independientemente de que se les pague un complemento, su remuneración económica seguirá siendo la propia de la escala media, pero no de la superior, como sería lógico en virtud de la titulación superior que se exige a los candidatos.

Resulta preocupante que aquellos que se integren en este Servicio estén en régimen de Comisión de Servicios (punto 4.º de la convocatoria), pues la desaparición de dicha comisión puede dar lugar a la desaparición del Servicio. Esto revela la escasa seguridad de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, y la inestable perspectiva de continuidad de los mismos. Algo que, indudablemente, no parece positivo para la mejora de la calidad de la enseñanza, y la superación del excesivamente alto índice de fracaso escolar que actualmente padece el sistema educativo español.

Las revistas del Colegio

Nos ha llegado el número 3 de "Apuntes de psicología", la excelente revista que edita la delegación de Andalucía Occidental de nuestro Colegio. En él se informa de la Junta Rectora, de la actividad de las comisiones de trabajo y del curso de terapia del comportamiento aplicada a disfunciones sexuales y depresión celebrado en Huelva gracias a la iniciativa de la Comisión Provincial de Huelva y de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos en Andalucía occidental. Se recoge además una colaboración de A. Sánchez-Barranco sobre la "revisión clínica de las psicosis infantiles". El editorial del número 3 de "Apuntes de psicología" hace balance del año de actividad de la actual Junta Rectora de la Delegación. Destaca las actividades de formación realizadas: "los cursos se han convertido —dicen— en verdaderos lugares de encuentro de aquellos compañeros interesados por determinados temas, escuelas u orientaciones, lo que puede implicar que en un futuro no muy lejano, esto permita consolidar equipos de trabajo y estudio que sean, no sólo grupos formativos sino que incluso, dando un paso más allá, se conviertan en grupos de investigación, tanto en lo teórico como en áreas de intervención".

También hemos recibido el número 14, correspondiente al mes de junio, de "Full informatiu de Col·legi Oficial de Psicòlegs, Catalunya". Se recoge la actividad colegial (hono-



rarios mínimos, conferencias, mesa redonda, forum profesional, grupo de trabajo en toxicomanías...), una reseña bibliográfica e informaciones útiles (jornadas, cursos, reseñas oficiales...). en este número 14 de "Full informatiu" se da cuenta de la adhesión de la Junta al Comité Catalá d'Acció per la Pau i el Desarmament:

"La Junta de Govern ha decidit adherir-se, tal com ja han fet molts col·lectius cívics i professionals, al Comitè Català d'Acció per la Pau i el Desarmament, constituint arran de la crida que feren les Nacions Unides per realitzar una Campanya Internacional per la Pau aquest any 1983. En sumar-nos a aquesta iniciativa, la Junta ha pres l'acord de difondre entre tots els col·legiats un dossier mínim sobre el tema".

Breves

Preocupa la atención a los menores

La Junta Rectora de nuestra Delegación se ha dirigido por telegrama a Sus Majestades los Reyes de España, al presidente del Gobierno y al presidente del Congreso de los Diputados preocupada por ciertas actuaciones sobre jóvenes. El texto de los telegramas es el siguiente:

Preocupados carencia adecuados servicios para menores y progresiva atención policial, rogamos evitar tales servicios sean encomendados a Consejerías de Interior.

Más problemas

En el distrito Mediodía de Madrid han surgido también problemas entre las autoridades municipales y los miembros de un equipo de trabajo. El presidente de la Junta Rectora de nuestra Delegación se ha dirigido por ello a don Enrique Tierno Galván, alcalde-presidente, y a don Juan Barranco. Lo que Carlos Camarero les ha teleografiado es lo siguiente:

En relación problema Equipo Psicopedagógico distrito Mediodía ruego mantenga su composición y líneas generales actuación en tanto se amplían y planifican estos Servicios dentro de un contexto integrado atendiendo necesidades de la población. Cuente con nuestra colaboración.

Las Delegaciones: Aragón

Iniciamos en este número de **PAPELES DEL COLEGIO. PSICOLOGOS** una serie informativa sobre la situación profesional y colegial en las distintas nacionalidades y regiones. Desde Zaragoza nos envía Teresa Muntadas un dossier informativo y una entrevista con Joaquín Sancho, presidente de la Junta Rectora de la Delegación de Aragón

Delegación de Aragón

La Delegación de Aragón tiene como ámbito geográfico las tres provincias que forman nuestro país: Zaragoza, Huesca y Teruel.

Se formó como tal Delegación en el año 80, después de toda una trayectoria de trabajo, en este sentido, que se inició en el año 76 a través de un grupo espontáneo de psicólogos que mantenían reuniones periódicas y que formaron parte de la coordinadora de Madrid donde se elaboró el anteproyecto del Estatuto. Dentro del Colegio de Licenciados en Filosofía y Letras se creó la sección de Psicólogos hasta que en el año 80 se fundó la Delegación de Aragón; estando su sede, en calidad de subarriendo, en dicho Colegio de Filosofía y Letras hasta el año 82, en que dispusimos de nuestra propia sede actual.

Número de colegiados y características profesionales

El número de colegiados actual es de 148. Algunas de sus características profesionales están recogidas en un estudio realizado sobre una población de 114 colegiados en el que se obtuvieron como datos más relevantes los siguientes:

Sexo: el 48 por 100 son hombres, y el 52 por 100 mujeres.
Edad: 25 años, 24 por 100.
25-35 años, 53 por 100.
35-45 años, 12 por 100.
45-55 años, 10 por 100.
Más de 55 años, ninguno.
Residencia: 80 por 100, Zaragoza.
15 por 100, Huesca.
5 por 100, Teruel.

Trabajan en Psicología: un 69 por 100 de los colegiados.
Situación de desempleo o subempleo: un 31 por 100; de los cuales un

69 por 100 son mujeres en paro o subempleo.

De los que trabajan lo hacen:

- Sector público el 34 por 100.
17 por 100 en Instituciones Públicas.
17 por 100 en otros organismos.
- Sector privado el 66 por 100.
24 por 100 en Instituciones Privadas.
38 por 100 en Gabinetes.
4 por 100 en Empresa.

Del 69 por 100 que trabajan, un 30 por 100 tienen más de un empleo; sin embargo sólo en un 5 por 100 se dan situaciones de incompatibilidad. Índice de satisfacción: el 66 por 100 están satisfechos con su situación laboral actual.

Tipo de clientes de los psicólogos: El 44 por 100 tienen como clientes a niños y adolescentes.

El 11 por 100 tienen como clientes a adultos.

El 44 por 100 no centra su trabajo en una población concreta.

Honorarios en el ejercicio privado:

- Diagnóstico: menos de 5.000 pesetas, el 17 por 100; más de 5.000 pesetas, el 41 por 100. no contestan, el 41 por 100.
- Terapia y reeducación: menos de 1.000 ptas./sesión, 24 por 100; de 1.000 a 2.000 ptas./sesión, 31 por 100; más de 2.000 ptas./sesión, 10 por 100; no contestan, 34 por 100.

Interés por permitir la formación de un compañero:

El 68 por 100 permitirían la formación de compañeros, de los cuales el 34 por 100 trabajan en el sector público y el 66 por 100 en el privado.

La Junta Rectora

La actual Junta Rectora tomó posesión el 29 de abril de 1983, siendo su composición la siguiente: presidente, Joaquín Sancho Soriano A-020, Zaragoza; secretario, Miguel Crespo Gayarre A-117, Zaragoza; tesorera, Teresa Muntadas Peiró A-106, Zaragoza; vocal I, María José

Gasca Margolles A-123, Zaragoza; vocal 2, Angel García Romera A-045, Zaragoza; vocal 3, Ana Castañer Pamplona A-036, Teruel; vocal 4, Juan Cosme Aguirre Collado A-066, Zaragoza; vocal 5, Blanca Villarroya Rodilla A-138, Teruel; vocal 6, Manuel Hernanz Martínez A-127, Teruel; Vocal 7, Inés Aparicio Nadal A-116, Teruel; vocal 8, Emérita Bara García A-113, Huesca.

En la formación de la Junta se tuvo en cuenta que hubiese representantes de las tres provincias que componen nuestra Delegación para un mejor funcionamiento a lo largo de toda nuestra geografía.

Hasta el momento son cuatro las áreas de trabajo en las que se dividen las responsabilidades de los miembros de la Junta:

- Área escolar: Zaragoza, Joaquín Sancho, María José Gasca, Teresa Muntadas; Huesca, Emérita Bara; Teruel, Inés Aparicio, Blanca Villarroya, Manuel Hernanz.
- Área clínica: Zaragoza, Angel García, Juan Cosme Aguirre, Miguel Crespo; Huesca, Emérita Bara; Teruel, Ana Castañer, Inés Aparicio, Blanca Villarroya, Manuel Hernanz.
- Área de promoción de actividades y cursos: Miguel Crespo.
- Área de documentación, información y biblioteca: Ana Castañer.

Como primer objetivo de trabajo, dentro de estas áreas, se está intentando realizar un estudio de la situación actual en Aragón a partir del cual se planificarán las diferentes actuaciones encaminadas a potenciar la Psicología en todos los sectores sociales en los que está implicada.

Marco teórico en el que se basa la actividad colegial

Dada la situación en la que se encuentra la Psicología y según las preocupaciones sentidas por los profesionales, los objetivos generales

que se pretenden desarrollar y que guían la actuación de la Junta, así como la actividad colegial, son los siguientes:

- Favorecer el sistema relacional entre los colegiados, promoviendo y canalizando actividades integradoras.
- Fomentar, dentro de lo posible, una mayor dinámica de participación de los colegiados, de modo que el Colegio no sea meramente una estructura burocrática.
- Organizar todas las actividades posibles encaminadas a la actualización y reciclaje de la capacitación profesional.
- Intentar mejorar, de acuerdo a nuestras posibilidades, el servicio de información y equipamiento de la sede del Colegio.
- Activar, ampliar y mantener las relaciones necesarias con las diversas Instituciones y entidades autonómicas, locales y nacionales.
- Fomentar actividades en centros, asociaciones y demás organizaciones sociales, así como en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión regional) de cara a revalorizar y potenciar nuestra imagen y presencia profesional.
- Potenciar contactos y colaboraciones con otras entidades profesionales basadas en criterios integradores que favorezcan posibles grupos interdisciplinarios de trabajo.
- Defender los intereses profesionales velando por la alta concepción deontológica de los colegiados, denunciando posibles casos de intrusismo entre otras medidas.

Actividad colegial

Según el número de colegiados nuestro presupuesto actual oscila aproximadamente sobre el medio millón de pesetas anual, lo cual, es evidente, que supone una fuerte limitación para nuestra actividad colegial.

Desde el año 80 se han venido realizando una serie de actividades de formación que, enumeradas de forma esquemática, son las siguientes: un curso de bioenergética y técnicas de relajación; dos cursos de terapia de conducta; un curso de técnicas de modificación de conducta familiar e infantil (por el Centro Luria de Madrid); un curso de dinámica de grupos; mesas redondas sobre técnicas de entrevista; mesas redondas en colaboración con la Diputación General de Aragón sobre "La situación y perspectivas de la Psicología en Aragón"; y también se

han realizado algunas tertulias sobre diferentes temas como "experiencias de intercambio profesional" "La labor del psicólogo como perito en tribunales", etc.

Para el próximo período 83-84 se está elaborando un programa de cursos y seminarios que, a partir de septiembre, se comenzará a concretar.

Las comisiones, que hasta ahora han funcionado, han surgido bien por el interés de algunos colegiados para trabajar en temas concretos o bien por la necesidad de debatir alguna cuestión de importancia. Así se formó la comisión de enseñanza pública, la comisión de sanidad para el estudio de criterios que deberían figurar en la Ley Básica de Sanidad, la comisión de profesionales que trabajan en centros de examen de conductores (en la que se llegaron a unos acuerdos sobre el material psicológico que deben poseer dichos centros) y, actualmente, se ha formado una comisión de educación especial. Se espera poder impulsar todas las que sean posibles pues constituyen un marco muy interesante de trabajo, intercambio profesional y contacto entre los colegiados.

En cuanto a actividades de carácter jurídico en estos momentos se está gestionando una demanda judicial en un caso de intrusismo, para lo que contamos con la colaboración de un abogado cuyo asesoramiento se seguirá manteniendo en todas aquellas cuestiones de carácter jurídico que puedan surgir.

Hasta el momento, nuestra Delegación no dispone de ninguna publicación periódica (revista, folletos, etcétera). El sistema de información entre los colegiados se realiza a través de circulares en las que se reflejan todo tipo de información y cuestiones de interés que van surgiendo, procurando que tengan la mayor fluidez posible. Por otra parte se han realizado varios trabajos entre los colegiados: "La Psicología en Aragón", "Características profesionales de los colegiados" y "Criterios básicos que deben contemplarse en la Ley Básica de Sanidad".

A nivel de prensa se han venido publicando diversos artículos y se pretende conseguir que estas publicaciones tengan un carácter más o menos periódico como forma de potenciar la Psicología de cara a la opinión pública.

Respecto a contactos entre los colegiados, a parte de los cursos y comisiones, se realizan de una forma directa e indirecta a través de cartas, encuestas, asambleas generales, reuniones concretas sobre algún tema, y también se han hecho algunas cenas y meriendas; pero en general la participación no es la deseable.

De forma resumida esto sería la

actividad colegial interna que se ha llevado y cuya planificación para el 83-84 se está estudiando con la intención de potenciarla y ampliarla en la medida de lo posible esperando la colaboración y participación de un mayor número de colegiados.

Actividad colegial externa: relaciones institucionales de la Delegación

Hasta el momento las relaciones con las diversas instituciones se han caracterizado por contactos esporádicos motivados por cuestiones concretas de diversa índole, bien a partir del Colegio o desde ellas hacia éste. Pero no se ha establecido un marco de relación estable que sería el objetivo deseable. Los contactos se han realizado bien por carta, bien por entrevistas personales con una motivación muy variada: Información, consultas, protestas, pequeñas colaboraciones, etc. Calificarlas de positivas o negativas es difícil, pues todo contacto puede ser positivo para nuestra profesión aunque, en principio, tenga un carácter de protesta o reivindicativo.

Algunas de las entidades, organismos o centros con los que se han mantenido contactos son: la Diputación General de Aragón, el Ayuntamiento de Zaragoza, el I.C.E., la Escuela de Magisterio, el Psiquiátrico, el Ministerio de Cultural, algunas academias, asociaciones de estudiantes de la UNED, Asociación de Padres de Disminuidos, centros asistenciales, juzgados, comisión de visado de publicidad médico-sanitaria, Colegio de Médicos, otros colegios profesionales, colegios de enseñanza, Fundación Empresa Universidad, Diputación Provincial de Sanidad, Departamento de Servicios Provinciales de Sanidad, Prensa y Radio... De estos contactos se van obteniendo algunos resultados como son la participación en la planificación de campañas de difusión con la Diputación Provincial de Sanidad y la presencia de un representante del Colegio en la comisión que supervisará centros de examen de conductores.

Como ya se ha expuesto anteriormente no son suficientes estos contactos esporádicos, hay que conseguir un marco de relación estable y en este sentido se está planificando un plan de actuación. Considerando que las circunstancias políticas actuales de nuestro país son muy importantes dada la formación de las Instituciones Autonómicas Aragonesas.

Joaquín Sancho Soriano, presidente de la Junta de la Delegación de Aragón

—¿Desde cuando eres miembro del Colegio de Psicólogos y cuanto tiempo hace que ocupas tu actual cargo de presidente de la Junta?

—Estoy colegiado desde el año 80, en el que se formó nuestra Delegación. El actual cargo lo ocupé desde el 29 de abril de este año, fecha en la que tomó posesión la nueva Junta. Anteriormente no había ocupado ningún cargo dentro del Colegio.

—Dadas las características de nuestra Delegación, ¿qué problemas tenéis en estos momentos?

—Trataré de ser esquemático:

En primer lugar reseñaría una "lógica" falta de participación del psicólogo en el Colegio. Y digo "lógica", porque para que exista un alto índice de participación el Colegio debe ofertar posibilidades concretas a sus miembros; pero la economía precaria de la Delegación dificulta enormemente cualquier tipo de actividad. En mente cualquier tipo de actividad. En parte, nuestra tarea tiene que consistir en suplir con mucha dosis de imaginación y entusiasmo la falta de posibilidades económicas. A esto hay que añadir, también, el hecho de que en Aragón no haya Facultad de Psicología, con lo cual se reduce la proyección social de nuestra profesión y dificulta las posibilidades de organizar actividades, fomentar la formación de los profesionales, etc. Así pues, es el Colegio la única entidad que en Aragón está luchando por la potenciación de la Psicología a todos los niveles.

—¿Qué grado de penetración tiene la Psicología en la opinión pública?

—Hay una penetración confusa y lenta. Hay que tener en cuenta que en Aragón existe una Facultad de Medicina y una clase médica muy potente y, en gran medida elitista. La figura del psicólogo clínico en muchos niveles ha sido desconocida y,

en otros, olímpicamente marginada. Una simple anécdota puede confirmar este extremo: cuando la Diputación General de Aragón y el Colegio Oficial de Médicos organizaron unas "Jornadas de salud mental", en la mesa estaban presentes además de médicos, un periodista, sociólogo, asistentes sociales, historiador..., pero ningún psicólogo.

En cuanto al psicólogo escolar el intrusismo en los centros privados, preferentemente religiosos, y la elaboración de informes psicotécnicos mediante ordenados, han deteriorado bastante su imagen profesional. Parece, de todos modos, detectarse un progresivo interés que tenemos que fomentar. En este sentido estamos preparando para octubre una campaña de clarificación y conocimiento de la figura del psicólogo.

A parte de la poca consideración que la opinión pública tiene por nosotros, ¿parece ser que la Psicología es buen campo para los "intrusos"?

—Casos de "intrusismo" detectados ha habido bastantes. Esto nos perjudica obviamente, tanto en el aspecto laboral como en el de imagen profesional. Lo peor de todo es, creo, la sensación de impotencia para solucionar esos casos. En último extremo la vía legal es compleja y embarrasosa. Las gestiones que estamos llevando para presentar una demanda judicial en un caso concreto de Teruel nos lo está demostrando hasta la saciedad.

—¿Cómo ves la relación con la Secretaría Estatal y el resto de las Delegaciones?

—Estamos en un momento importante pues los Estatutos no están aprobados y debería existir un mayor interés y relación, a través de contactos directos, para estudiar cómo está la situación y presionar con fuerza si llega el momento, ya que el futuro de

la psicología depende de lo que hagamos, de la proyección social que tengamos y de cómo se nos considere a nivel legal e institucional. Desde Aragón vemos una cierta apatía o falta de potenciación, en este sentido, por parte de la Secretaría Estatal y el conjunto de las Delegaciones. Pienso que no se está haciendo todo lo que se podría hacer por potenciar la Psicología a nivel estatal.

—¿Qué consideración tiene el Colegio de Psicólogos para las Instituciones públicas de Aragón?

—Aún es prematuro hacer un balance en este sentido. La mayoría de estas Instituciones están aún en un proceso de estructuración y, evidentemente, nos movemos más a un nivel de intenciones que de realizaciones. En todo caso notamos mucho desconocimiento de todo lo relacionado con el Psicólogo y, en algún caso, efusivas palabras de buena voluntad. Tenemos que trabajar mucho en esta línea.

—Está claro que la opinión pública no tiene una conciencia clara respecto a nuestra profesión, ¿pero los psicólogos la tenemos?

—Se supone que la deberíamos tener pero, a veces, parece lo contrario pues algunas de las deformaciones que se tienen nos las buscamos con nuestra actuación. Y lo que resulta más inexplicable es las pocas ganas que se manifiestan a la hora de potenciar nuestra imagen. En este sentido es primordial la labor de formación permanente y reciclaje del Psicólogo. Las Delegaciones que tienen Facultad de Psicología tienen una gran ventaja en este sentido. Las que no contamos más que con nuestros propios medios, lo tenemos bastante más difícil.

(sigue en pág. sig.)

A nivel estatal también se está en un momento fundamental ya que según las características de los Estatutos que se aprueben su repercusión puede ser (en sentido positivo o negativo) muy importante para el futuro de nuestra profesión.

La Delegación y la Junta estatal: perspectivas

La dinámica que ha marcado la relación con la Junta estatal no es considerada por nuestra Delegación como la más adecuada para el buen

funcionamiento de esta última y del Colegio en general. Salvo las reuniones mantenidas en Madrid para la elaboración del anteproyecto de Estatuto, el resto de la relación mantenida ha tenido casi exclusivamente un carácter administrativo, burocrático y económico marcado por la falta de agilidad en las diferentes gestiones realizadas.

Aragón, desde que se comenzó a trabajar el anteproyecto de Estatuto mantuvo una postura de formar Colegios independientes. Seguimos en esta línea y, con más razón, dadas las Instituciones autonómicas con las que cuenta nuestro país. Así pues pensamos que sobre el marco autonómico debería crearse el Colegio

independiente, cuyo marco geográfico vendría determinado por el autonómico: Zaragoza, Huesca y Teruel.

A nivel estatal, sería importante crear una coordinadora entre todos los Colegios que constituyese un marco de intercambio, colaboración y presión de cara a las Instituciones Estatales como forma de revalorizar nuestra presencia profesional en todos los ámbitos sociales.

Desde aquí nos gustaría hacer una convocatoria a todos los representantes de las diferentes delegaciones para mantener reuniones en las que se estudiase la situación y perspectivas del Colegio y la profesión.

Recurrida resolución de Insalud

Con fecha 12 de Julio de 1983 fue publicada en el B.O.E. resolución de esa Dirección General de fecha 7 de Junio de 1983, por la que se declara nulo el concurso de méritos restringido para provisión de vacantes de personal titulado superior no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, convocado por Resolución de 16 de Abril de 1982, B.O.E. de 1 de Junio de 1982.

Por medio del presente escrito, en la referida representación, vengo a interponer *recurso de alzada* contra la mencionada Resolución de 7 de Junio de 1983, recurso que encuadra su base en los siguientes motivos:

1) La resolución que se recurre, declara nulo o declara anulado, la contratación no es nuestra sino de la resolución tal y como se publica en el B.O.E., un concurso de méritos restringido para la provisión de unas vacantes de personal diurno, entre el que se encuentra aquél que, por mandato de la Ley, está encomendado en cuanto a su ordenación, representación y defensa a este Colegio.

Ciertamente la resolución de que se trata lo que procede es a la revocación de un acto administrativo, que se señala prevista por la Ley, en concreto, por el apartado 2º del artículo 7º del Reglamento de Oposiciones y Concursos de 27 de Junio de 1968.

Se trata de la revocación de un acto administrativo no porque sea nulo en origen, como en un momento pudiera entenderse, sino por violación de Ley sobrevinida, esto es, por haber

transcurrido un plazo de tiempo previsto por la norma.

Ahora bien, en primer lugar, lo que es obligado examinar si la "ratio" de la norma es la aplicada ahora al anularla, para determinar, en definitiva, si esta actuación entra dentro de los límites de la facultad administrativa de revisar de oficio una resolución y revocarla, a nuestro modesto modo de entender el apartado 2º del art. 7º del Reglamento de 1968, esta norma tiene dos objetivos protectores:

a) El interés de los administrados, protegido para no dilatar en el tiempo una expectativa que de otra forma podría truncarse al eternizarse.

b) La obligación de la administración, paralela a lo anteriormente expuesto, de proceder dentro de unos plazos.

Ahora bien, en modo alguno vemos en tal norma que aparezca la menor legitimación para que la Administración pueda revocar la convocatoria y el concurso, por el mero transcurso del tiempo, cuando sólo a ella es imputable el que haya transcurrido ese tiempo y no se haya celebrado el concurso.

La necesidad de ponderar el enfrentamiento entre los principios de legalidad y de seguridad jurídica es obvia. El punto de equilibrio es necesario para evitar situaciones ilegítimas de ventajas como para evitar el peligro que supone el "summum ius, summa iniuria".

A tal fin, el art. 112 de la Ley de Procedimiento Administrativo viene a disponer que la facultad de revocación no podrá ser ejercida cuando por otras circunstancias su ejercicio resultare contrario a la equidad, al derecho de los particulares o a las Leyes.

2) Sentado todo lo anterior, creemos que existen esas *circunstancias* a las que se refiere el art. 112 de la L.P.A. que imposibilitan el ejercicio de la facultad revocadora por ir contra la equidad y el derecho de los particulares, cuanto igual contra la Ley como ya hemos dejado señalado.

Creemos que el ejercicio de la Facultad revocadora en el caso que nos ocupa atenta contra la equidad. Es evidente la expectativa creada en una serie de personas con el concurso convocado y ahora anulado. Expectativas que se han de ver afectadas si no se lleva a cabo y que no

resurgirán si se convoca de nuevo, por cuanto las circunstancias para concurrir pueden haber variado, por mayor número de concursantes o por otras múltiples causas.

La oferta surgida por el concurso y aceptada por los aspirantes, no puede dejarse sin cumplimiento al capricho o discrecionalidad de una de las partes (esto en el orden civil está vedado o sancionado), y más aún que ésta parte que incumple, use de su incumplimiento para beneficiarse de una determinada norma legal, defraudando evidentemente su *ratio legis*.

Pero si todo lo expuesto no fuere bastante, hay que añadir el ejercicio, tal y como se pretende, de la facultad revisora de la administración viene a ser contrario al derecho de los particulares.

Ciertamente el pago de unos derechos de examen por parte de los aspirantes al concurso hace nacer un derecho subjetivo. Sencillamente el derecho subjetivo a concursar, derecho que hoy se ve absolutamente desprovisto de contenido por el actuar de la Administración, actuar que de persistir supone la quiebra de la Seguridad Jurídica, principio consagrado en el artículo 9 de la Constitución, que comienza diciendo aquello de los ciudadanos y *los poderes públicos*.

Nuevamente hemos de referirnos al orden civil. Si cuestiones como la presente se dieran entre particulares, indudablemente el comportamiento semejante al de la Administración llevaría aparejada su revocación o una sanción.

En definitiva, mantener la resolución que se recurre supondría:

1.— Alterar el verdadero sentido del artículo 7 del Reglamento de Oposiciones y Concursos.

2.— Vulnerar el principio de seguridad jurídica, en aras de un pretendido e inexistente respeto al principio de legalidad.

3.— Infringir el artículo 112 de la Ley de Procedimiento Administrativo, pues la facultad revocadora, en el caso que nos ocupa, es contraria a la equidad y al derecho de los particulares.

(viene de la pág. anterior)

Yo pediría una mayor colaboración entre todas las Delegaciones para plantear acciones formativas de mutuo interés.

—¿Cómo se plantea el Colegio el problema de los psicólogos en paro?

—Directamente puede hacer muy poco: canalizar las demandas existentes a través de la Bolsa de Trabajo e impedir, con todos los medios a su alcance, el intrusismo. Indirectamente, clarificar el papel del psicólogo y presentarlo de modo que desde las Instituciones públicas, asociaciones de padres, centros, empresas, etc., vean que su función es válida y necesaria.

asesoría
jurídica





★ Papel del psicólogo en el equipo médico

Selección y traducción: Ricardo Lucas Fernández

EXTRACTOS DEL INFORME Y RESOLUCION APROBADOS POR EL COMITE EUROPEO DE SALUD PUBLICA DEL CONSEJO DE EUROPA (ESTRASBURGO 1978)

Este informe fue elaborado por un Comité restringido de expertos nombrado en 1975 por el Comité Europeo de Salud Pública que había sido encargado de este estudio por el Comité de Ministros. Como resultado de sus trabajos (4 reuniones, 1976-77), el Comité restringido de expertos presentó al Comité Europeo de Salud Pública este informe así como un proyecto de resolución sobre el "papel del psicólogo en el equipo médico que se ocupa de padres, niños y adolescentes".

El texto de la resolución, tal como fue aprobado por el Comité Europeo de Salud Pública y adoptado por el Comité de Ministros, se adjunta como un anexo del informe.

La publicación del informe fue aprobada por el Comité Europeo de Salud Pública en su tercera reunión (junio 1978).

1 **Papel del psicólogo en el equipo médico que se ocupa de padres, niños y adolescentes.**

A lo largo de su 14 reunión (Estrasburgo, 25-28 junio 1974), el Comité Europeo de Salud Pública creó el Comité Restringido de Expertos sobre el papel del psicólogo en el equipo médico que se ocupa de padres, niños y adolescentes.

Con ocasión de su 15 reunión (Estrasburgo, 18-21 noviembre 1974), el Comité, después de la aprobación de la actividad por el Comité de Ministros (236 reunión, 6-24 septiembre 1976), precisó el mandato del Comité Restringido y determinó las disciplinas en las que debían de estar especializados los distintos miembros del grupo.

Las disciplinas fueron las siguientes: pediatría (Austria); trabajo social (Bélgica); medicina (Chipre); infancia inadaptada (Francia); cuidados de enfermería/obstetricia (Islandia); administración sanitaria (Malta); y psicología (Reino Unido).

Noruega nombró al experto consultor del Grupo de Trabajo. Un representante de la Organización Mundial de la Salud participó en las reuniones del Comité.

El mandato dado por el Comité Europeo de Salud Pública era el siguiente: "Definir las tareas del psicólogo en el hospital y en los servicios de acción sanitaria y social incluyendo en esta definición, en el caso de que no existan, las tareas del psicólogo en los servicios de orientación destinados a la infancia en tanto que miembro del equipo médico (compuesto de enfermeras y de trabajadores sociales) que se ocupa de la salud de la familia (padres, niños y adolescentes).

1. Elaborar un informe sobre la situación actual.

2. Poner a punto diferentes modelos susceptibles de ser adoptados y,

3. Presentar un conjunto de recomendaciones sobre la forma en que el papel (del psicólogo) definido en los modelos podrá ser puesto en práctica."

Interpretando este mandato el Comité restringido convino:

a) que los psicólogos a los que se refiere el informe que sigue son aquellos que tienen cualificaciones profesionales especializadas y una experiencia práctica, además de una formación teórica básica en psicología científica.

En ciertos países son denominados psicólogos clínicos, pedagogos o psicólogos infantiles, etc. Por razones de claridad a lo largo de todo este informe se utilizará el término "psicólogo" en el sentido mencionado más arriba. Dependen esencialmente de los Ministerios de Salud, de Educación y de Asistencia Social de sus respectivos países, y se ocupan de los niños, de los adolescentes y de los adultos con el propósito de resolver los problemas de naturaleza psico-social o pedagógica que deben ser definidos por este mismo informe.

b) que deberían de incluir en su campo de estudio las actividades preventivas y las intervenciones directas, excluyendo los servicios de psicología escolar con los enseñantes e incluir únicamente al psicólogo educativo cuando este sea miembro de un equipo multidisciplinario.

El Comité Restringido tuvo cuatro reuniones en Estrasburgo, la primera del 24 al 26 de marzo de 1976, la segunda del 28 de septiembre al 1 de octubre de 1976, la tercera del 15 al 18 de febrero de 1977, y la cuarta del 18 al 21 de octubre de 1977.

El Comité ha elaborado, como respuesta al mandato recibido, el presente informe.



2 Cuidados maternos e infantiles (prenatales, perinatales y postnatales). El papel del psicólogo.

(...) En conclusión, el Comité quiere subrayar que hoy se ha de insistir especialmente sobre la prevención antes del nacimiento. Se está llevando a cabo una labor de formación y de información de los padres y de aquellas personas que tendrán que ocuparse de los niños, siguiendo su desarrollo físico, psíquico y social a lo largo de los primeros años.

El psicólogo interviene de diversas formas. En el nivel primario de la prevención, su papel puede parecer a primera vista muy simple, pero no es por ello menos importante ya que contribuye a prevenir los trastornos del desarrollo.

El psicólogo desempeña las funciones siguientes: conferenciar; guía para los padres, sobre todo cuando se trata de ayudarles a resolver problemas de carácter afectivo o imaginativo; consultor de otros profesionales para ayudarles en su tarea de prevención o en la detección precoz de cualquier daño; consejero y terapeuta en el caso de niños minusválidos; y miembro de un equipo médico en la maternidad, en los dispensarios y en los hospitales.

3 Acción educativa.

(...) Una acción que pretenda extender la educación a la vida familiar y a la paternidad responsable puede desempeñar un papel considerable en la prevención en materia de salud mental.

(...) Los datos disponibles no permiten actualmente medir ni evaluar el papel efectivamente desempeñado por el psicólogo en este terreno.

En efecto, estas iniciativas se apoyan ampliamente sobre actividades voluntarias y no son objeto de una organización sistemática en los planes estatales.

Es evidente, sin embargo, que los psicólogos tienen un papel importante que asumir si se desea mejorar esta formación, tanto en lo que concierne a su contenido como a los métodos que son empleados.

De esta forma, los psicólogos pueden ser empleados como enseñantes, animadores y supervisores; pueden estar también asociados a la preparación de programas y a la formación de los cuadros responsables de esta educación.

4 Situación actual del psicólogo en el servicio de consulta.

El papel del psicólogo en los servicios de consulta no puede ser definido de manera uniforme para los países de

Europa. En efecto, este varía de acuerdo con las diversas orientaciones y actitudes que se manifiestan en estos países.

Como se desprende de un estudio realizado en el marco del sistema de becas coordinadas por el Consejo de Europa, ya desde su creación, realizada sin una ayuda inicial de los poderes públicos, estos servicios estaban influidos por diversos factores.

Así, los países de mucha población en los que las estructuras familiares están sometidas a cambios rápidos comprendieron la necesidad de crear tales servicios. La urbanización ha hecho su funcionamiento posible ya que la ciudad dispone tanto de los recursos necesarios como de la clientela potencial.

Por otra parte los trastornos producidos en los hogares después de la segunda guerra mundial hicieron necesaria una expansión de estos servicios.

Finalmente, la demanda de información en materia de planificación familiar y de regulación de nacimientos ha contribuido también al desarrollo de servicios de consulta.

(...) Los servicios de consulta cubren las actividades en materia de planificación familiar que, si bien tienen por objetivo inicial la educación sexual, la anticoncepción y según los casos, la discusión o la ayuda en materia de aborto, desembocan en la formación para una paternidad consciente y responsable y en la consulta de los problemas relacionales.

(...) En cuanto a la presencia del psicólogo en los servicios de consulta, no es exigida en todos los países.

Ciertos países prefieren no confiar a los especialistas este tipo de ayuda a la colectividad. Recurren a voluntarios que poseen como cualificación principal la experiencia del matrimonio y de la vida familiar. Sólo recurren a los especialistas en caso de extrema necesidad.

Los psicólogos trabajan sobre todo en el marco escolar, los hospitales, los centros de salud y aseguran también la formación de parejas y de padres.

Otros países por el contrario prefieren centros que dispongan de un equipo de especialistas, por ej. los Países Bajos.

Por último, ciertos países escogen un sistema intermedio: ej. Francia y Bélgica; la plantilla se reparte de forma equilibrada entre personal no especializado y consejeros especializados.

Allí donde la actividad de los servicios de consulta se apoya sobre un equipo de especialistas, el papel específico del psicólogo no está claramente definido.

En la mayor parte de los centros, los psicólogos llevan a cabo la evaluación y la terapia.

Las formas de terapia varían generalmente según la especialización del psicólogo. De esta forma ciertos centros de planificación familiar y de educación sexual utilizan los métodos de "Masters y Jonhson" por no citar más que un ejemplo.

Los psicólogos participan también en las investigaciones así como en el ejercicio de una *papel educativo* respecto de los padres, de los enseñantes y del

personal médico, en los casos que así lo requieren.

5 Esbozo de un modelo del psicólogo en el servicio de consulta.

1. La acción de los servicios de consulta conyugal y familiar (incluyendo la planificación familiar) se sitúa incontestablemente en el sector de la *prevención*.

(...) Los servicios de consulta tienen también un papel primordial que desempeñar en el sector general de la salud. Se admite, en efecto, que un buen número de enfermedades —tales como las crisis cardíacas, enfermedades de las vías digestivas, etc.— pueden ser agravadas por factores de orden psicológico. Por otro lado, el número de depresiones nerviosas aumenta a una velocidad vertiginosa. Se demuestra así la importancia de que el psicólogo participe en este sector.

Muchos de los servicios que tienen una vocación pluralista (realizan, en efecto, consejo familiar, matrimonial y también planificación familiar), disponen de un *equipo pluridisciplinario*. Este puede estar formado por consejeros especializados —médico, abogado, psicólogo, asistente social—, y/o consejeros no especializados —eventualmente formados para el trabajo de consejo matrimonial.

2. Sea cual sea la composición del equipo, es en él donde deben discutirse los problemas multidimensionales y elaborar los planes de intervención apropiados. El psicólogo no puede pretender hacer frente, por sí sólo, a los problemas planteados por una persona cuyo comportamiento inspira inquietudes en el plano psicológico.

La multiplicidad de problemas y de etiologías, la proliferación de métodos de investigación y de tratamiento exigen que el trabajo psicológico sea hecho en equipo. La evaluación común de las observaciones permite al equipo proponer soluciones prácticas y personalizadas pudiéndose constatar entonces la necesidad de recurrir a procedimientos de tratamiento más especializados.

3. El psicólogo tiene a pesar de todo un papel privilegiado que desempeñar en el equipo. Sin ser necesariamente el "responsable" del equipo —esta tarea habrá sido determinada más en función de la personalidad del individuo y del caso que se estudia—, desempeña un papel de educador poniendo de relieve el peligro potencial que existe en ciertas situaciones de carácter social. Un informe sobre "el papel del psicólogo en los servicios de salud mental" realizado por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (1) insiste sobre el papel activo que puede desempeñar el psicólogo en la prevención, haciendo comprender mejor las

(1) Cracovia, 8-11 mayo 1973.

causas de los problemas mentales más que en continuar considerando sus efectos: estas causas pueden estar ligadas a factores sociales diversos, que influyen sobre el ajuste del individuo a su medio.

4. El psicólogo, al mismo tiempo que todos los demás miembros del equipo, procurará reaccionar de forma crítica para no provocar el aumento de la demanda proveniente de la comunidad sin que sus necesidades hayan sido determinadas. Los problemas de personas en dificultades no exigen generalmente una respuesta "psicologizada" o "psiquiatrizada" a ultranza. Pueden ser resueltos de manera mucho más simple y sobre todo realista. Tan sólo los casos que presenten una patología muy acusada serán orientados hacia la psicoterapia.

5. Por otra parte, parece que actualmente en numerosos servicios de consulta, los problemas de tipo relacional son tratados por "consejeros" que no han recibido una formación psicoterapéutica y que sin embargo no se limitan a un papel de "escucha" realizando a veces intervenciones de naturaleza psicoterapéutica. Esto demuestra que es indispensable proceder a un control de calidad del ejercicio de este papel en esos centros para evitar la aplicación de "tratamientos" inapropiados.

6. Es pues indispensable que todos los miembros del equipo sean juiciosamente seleccionados y reciban una formación continua adecuada, sean o no especialistas. El equipo, y particularmente el psicólogo, tiene un papel preponderante que desempeñar en la selección y la formación de los no especialistas, y en prestarles ayuda para que respondan de forma apropiada a las necesidades de la colectividad.

7. Sería, por último, deseable elaborar un código deontológico para quienes realizan psicoterapia.

6 Instituciones y servicios de cuidados y tratamiento psiquiátrico para niños y adolescentes.

(...) Pueden distinguirse los siguientes tipos de servicios de cuidados y tratamiento psiquiátrico para los niños y los jóvenes.

1. Consultas externas, con fines de diagnóstico y de ayuda a los niños de edad preescolar con deficiencias mentales y a sus familias; el personal incluye un pediatra y un psicólogo que desempeñan sobre todo tareas de evaluación y de orientación, así como un trabajador social o un enfermero de salud pública especializado en las desviaciones mentales.

2. Clínicas psiquiátricas infantiles sin hospitalización.

3. Clínicas psiquiátricas para adolescentes sin hospitalización.

La acción de los servicios de consulta conyugal y familiar se sitúan en el sector de la prevención

Estas clínicas están generalmente adscritas a departamentos psiquiátricos de hospitales generales. Las clínicas destinadas a adolescentes no son frecuentes y sería deseable que aumentase su número. Las instituciones citadas sirven para diagnosticar y cuidar las enfermedades, inadaptaciones y desviaciones mentales.

4. Unidades infantiles de hospitalización, de *duración breve* para la observación, el tratamiento rápido y las urgencias, y de *larga duración* para acoger a los niños gravemente perturbados, con una sección reservada a los psicóticos. Es preferible que estas unidades estén situadas cerca de clínicas de consulta.

5. Unidades de hospitalización para adolescentes, incluyendo también posibilidades de cuidados de corta y larga duración y que estén próximas, preferentemente, a las clínicas de consulta correspondientes.

6. Unidades hospitalarias especiales para niños y adolescentes con anormalidades profundas, que padezcan minusvalías físicas serias o que no puedan abandonar su cama y que necesiten por tanto cuidados constantes.

En todos los servicios enumerados, el papel del psicólogo puede ser descrito como sigue:

Evaluación. Esta función ha sido interpretada muy a menudo en su sentido más restringido, el que se refiere únicamente a las capacidades estáticas que se manifiestan en los tests de inteligencia. (...) las conclusiones de los tests de inteligencia dependen de una apreciación general del enfermo en el momento de las pruebas así como de una estimación sobre la exactitud de estas últimas. Su sentido sólo puede ser comprendido si se tiene en cuenta el nivel global del niño. Esta regla se aplica no solamente a los tests de inteligencia sino también a otra función del psicólogo en los servicios psiquiátricos, es decir al empleo de tests proyectivos, muy útiles para el control de los datos extraídos del examen psiquiátrico. (...)

Las evaluaciones no adquieren todo su sentido más que cuando son interpretadas teniendo en cuenta el conjunto de referencias disponibles sobre el niño y el adolescente, y considerando

sobre todo su medio afectivo. La interpretación de los tests, tanto en el caso del niño como en el de su familia, requiere de un experto si se desea evitar que aquella cree una situación traumatizante.

Para el psicólogo de las clínicas y de los hospitales, la interpretación de las funciones de evaluación debe ser muy amplia; pueden resumirse como sigue:

1. Determinación de los problemas o inadaptaciones primarias,

2. Definición de estos problemas o inadaptaciones,

3. Investigación de los problemas o inadaptaciones secundarias o asociadas,

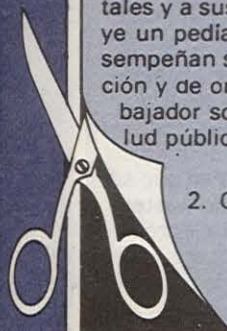
4. Apreciación de las aptitudes y potencialidades,

5. Evaluación continua y progresiva teniendo en cuenta la reacción a los cuidados y tratamientos.

Tratamiento (...) En la mayor parte de los Estados miembros del Consejo de Europa, el psicólogo no asume la responsabilidad clínica última del enfermo, sino que trabaja bajo la vigilancia del psiquiatra. Sin embargo, en el caso de niños y de adolescentes, disfruta habitualmente de posibilidades de intervención terapéutica más amplias sin vigilancia y se le tiene por responsable de sus trabajos con los enfermos. Este es el caso, sobre todo, de la psicoterapia de niños y adolescentes cuando implica una terapia de juego, de comportamiento o de grupo que concierne a uno o más miembros de la familia. (...)

La aplicación de la teoría del aprendizaje a los métodos clínicos (terapia de conducta) ha dado buenos resultados cuando la conducta del enfermo mental comporta un elemento de habituación importante. La terapia de conducta se

DO
CU
MEN
TA
CION



muestra positiva en casos de fobias, de ansiedad, de conductas impulsivas, de perversión sexual, etc. La terapia de conducta se ha mostrado también muy útil en el tratamiento de personas retrasadas.

Los tratamientos que tienen por objetivo esencial mejorar los resultados escolares de los niños que sufren de incapacidades o de retrasos particulares en materias importantes, requieren también la participación del psicólogo empleado en los hospitales de día o en las unidades hospitalarias clásicas, ya que los niños pueden sufrir problemas afectivos que se añaden a las dificultades escolares.

En el contexto de la terapia de padres, el psicólogo de los servicios psiquiátricos tiene una tarea importante que desempeñar dando consejos y ayuda, interpretando los resultados de los tests y participando en la aclaración y en la corrección de las actitudes nefastas que se manifiestan en la terapia familiar de grupo.

Actividades de consulta, educativas y de vigilancia. (...) A este nivel, la intervención no reclama solamente una terapia de evaluación como la que hemos señalado en la sección relativa a las clínicas; comporta también aspectos consultivos y de educación para resolver los problemas complejos de relaciones interpersonales, sobre todo en las instituciones de cuidados de larga duración. Los contactos llegan a ser el factor más importante que determina si una larga estancia en el hospital constituirá una experiencia constructiva o destructiva. (...)

El psicólogo adscrito a unidades de cuidados de larga duración está en situación de formular una opinión sobre la inclusión de los enfermos en el tipo de enseñanza y de formación a la que mejor se adapten, de seguir los progresos obtenidos y de investigar eventualmente las causas del fracaso. Debe aportar una contribución importante a la formación del personal así como a la introducción de nuevos agentes en el servicio. Le corresponde también enseñar la psicología a los alumnos enfermeros y de enseñanza impartida a los estudiantes de medicina de los primeros ciclos. Además, el psicólogo debe formar parte del consejo de selección de personal y ser consultado acerca de todos los nombramientos.

Por último, el psicólogo desempeña un importante papel de investigador en los servicios de salud mental: evalúa los trabajos de la clínica y del hospital y colabora en la preparación de reformas y de cambios que se correspondan con las necesidades fundamentales, ya se trate de asegurar la evolución normal, de responder a las necesidades de cuidados y tratamientos o de ejercer las funciones profilácticas indispensables a la comunidad.

7 Establecimientos y servicios para niños y adolescentes inadaptados o que requieren una protección especial.

En ciertos países europeos, parece difícil distinguir de forma evidente las funciones del psicólogo en establecimientos o en servicios para niños o adolescentes inadaptados, de aquellas que ejerce con los niños y adolescentes acogidos en establecimientos o servicios de cuidados y tratamiento psiquiátrico o aún de los casos de seguimiento en consulta especializada.

En efecto, de acuerdo con la legislación o los usos y costumbres de cada país, se tratará al mismo grupo de pacientes en una u otra de estas tres categorías de servicios. (...)

Como a veces se puede constatar, todavía se orienta a los jóvenes en función de la naturaleza etiológica de sus problemas e inadaptaciones, bien hacia estructuras hospitalarias médicas, bien hacia servicios o instituciones especialmente creadas para la población calificada de "inadaptada". En este caso la asistencia es de naturaleza más psicopedagógica y las intervenciones terapéuticas más psicológicas y sociales que biológicas. Las instituciones o servicios propios de esta última categoría están ya en ciertos países, Francia por ejemplo, fuertemente desmedicalizados en razón sobre todo de elecciones ideológicas de los jóvenes psiquiatras y psicólogos, que en su gran mayoría rechazan las clasificaciones etiológicas y a veces ni siquiera admiten que la deficiencia mental tenga otro origen que el psicógeno.

(...) Este rápido esbozo ilustra bien lo ilusorio de querer discriminar con precisión las fronteras entre el dominio médico y psiquiátrico, y el de la asistencia sanitaria y social. Las funciones, sin duda más que el estatuto, del psicólogo perteneciente a uno u otro de estos dos sectores de acogida de jóvenes minusválidos e inadaptados, van pues a resultar relativamente similares y la mayoría de consideraciones retenidas por la OMS, después de los trabajos de Cracovia, 8-11 de mayo 1973, sobre el papel del psicólogo en los Servicios de Salud Mental (1) son aplicables también en nuestro campo.

De estas consideraciones, se desprende que el psicólogo que aporta su colaboración al programa de asistencia a los jóvenes inadaptados, es necesariamente un psicólogo clínico (...) Esta aproximación compleja a niños y adolescentes aprehendidos en su dinámica y en su medio, exige del psicólogo una gran pericia profesional. El conjunto de los países europeos parece haber tomado conciencia de este imperativo, prote-

giendo el acceso a estos puestos de psicólogos clínicos, al exigir diplomas que atestigüen serios estudios universitarios. Lo que hay que destacar con más énfasis es la demanda complementaria, en muchos países, de una larga formación en situación controlada (esta formación bajo control universitario puede durar de 1 a 4 años).

La intervención de este psicólogo en una institución o servicio para jóvenes inadaptados implica incontestablemente una actividad original que se traduce en prácticas muy diversificadas, teniendo en cuenta las estructuras móviles de esas instituciones y la extrema variedad de clientelas a las que se dirigen:

En el área de la evaluación, la acción del psicólogo contribuye:

- a informar al sujeto sobre sí mismo,
- a informar a otros profesionales sobre el joven,

- a informar a los padres sobre las necesidades o problemas de los jóvenes,

- a apreciar los efectos de las acciones emprendidas para atender al joven,

- a apreciar las repercusiones de una situación ambiental (efectos de la estructura familiar o institucional),

- a informar a los educadores sobre las necesidades del joven y sobre la pertinencia de sus acciones en función de estas necesidades.

Por lo que concierne al tratamiento, la actividad del psicólogo puede consistir:

- en tomar *directamente* a su cargo a los niños o adolescentes para psicoterapias individuales. En Francia, entre otros países, cuando aquellas son de inspiración psiconalítica el psicólogo a menudo ha abandonado su propio estatuto por el de psicoterapeuta y en este caso actúa, la mayor parte del tiempo, bajo su propia responsabilidad incluso si la legislación precisa que sólo un médico puede ser responsable de un acto terapéutico.

- Las intervenciones psicoterapéuticas con los jóvenes tomados individualmente o en grupo, pueden revestir en las instituciones toda suerte de formas, desde la dirección de un taller de arte-terapia o de juego, el psicodrama, las actividades socio-terapéuticas, hasta las reeducaciones psicopedagógicas, etc...

En este caso el psicólogo puede actuar sólo o en colaboración con otros profesionales como educadores especializados o enfermeros, artistas, enseñantes, personal de servicio, médicos-psiquiatras...

- en aportar, muy a menudo *indirectamente*, ayuda al tratamiento del joven. En este caso, pone su conocimiento del niño o del adolescente al servicio del equipo pluridisciplinario, al mismo nivel que el psiquiatra o el médico generalista, con la diferencia de que su preocupación y su necesaria competencia en pedagogía debe permitirle proponer tratamientos originales que combinen constantemente el interés educativo con los fines curativos. (...)

(1) Publicación de la Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague 1974 Euro 5428 I.

En conclusión, diremos que el psicólogo en el conjunto de establecimientos y servicios que acogen a niños o a adolescentes inadaptados de los países europeos, parece que trabaja dentro de un equipo pluridisciplinario. Jurídicamente, está casi siempre subordinado a la autoridad médica: a menudo esta puede ser ejercida, y de forma bastante paradójica, por un médico de especialización relativamente ajena al campo de la psicología; de ahí la situación que de hecho proporciona a los psicólogos una autonomía real y una función al mismo nivel que la de los médicos. Esta no concordancia entre el estatuto jurídico y el estatuto real produce en numerosos países el riesgo de crear a corto plazo un descontento perjudicial para la calidad de su trabajo. Sin embargo, en las instituciones de las que nos ocupamos aquí, el papel del psicólogo resulta fundamental para la vida del equipo. El debe, en efecto, aclarar la acción de los miembros del equipo, participar en la elaboración de los programas y supervisar su desarrollo en tanto que consejero, a menudo sin función jerárquica.

(...) Sin pronunciarnos sobre la oportunidad de determinado tipo de formación o sobre la duración de la misma no podemos por menos que recordar con insistencia la necesidad de que el psicólogo reciba una seria formación práctica después de los estudios teóricos.

8 Educación y formación del psicólogo.

(...) Los psicólogos trabajan con individuos, grupos y sistemas sociales, campos que exigen aproximaciones muy diferentes. El psicólogo debe poseer vastos conocimientos en psicología científica y dominar diversos métodos y técnicas para utilizarlos en el diagnóstico, el tratamiento y las actividades de consejo.

(...) La competencia especial del psicólogo profesional le permite así juzgar y evaluar la información y llegar a una decisión psicológica global que constituye también la base de la iniciativa profesional concreta. Esta decisión global obliga a menudo al psicólogo a reflexionar sobre las acciones y tareas profesionales que pueden revelar o crear problemas en diferentes contextos sociales e institucionales. Cuando trabaja con particulares, por ejemplo, el psicólogo se familiariza con el medio de su cliente (ocupación, situación familiar) y por esta razón tiene que estudiar en profundidad los compromisos sociales e institucionales establecidos.

Los problemas a los que se enfrenta el psicólogo en su profesión son con frecuencia delicados y de una importancia crucial. Esto es lo que determina que sobre la profesión del psicólogo pese una responsabilidad especial. Además

Sea cual sea la composición del equipo, es en él donde deben discutirse los problemas multidimensionales y elaborar los planes de intervención apropiados

de un alto nivel científico, esta profesión exige una integridad moral y un comportamiento profesional claro. (...)

De las respuestas dadas al cuestionario y de los documentos elaborados por los miembros del Grupo sobre la situación en sus respectivos países se desprende que no existe una definición precisa para el oficio de psicólogo. En efecto, en todos los Estados miembros excepto en Noruega, cualquier persona puede denominarse a sí misma psicólogo. En Noruega, el título de psicólogo está protegido legalmente y en Suecia está en camino de serlo. Para el Comité, en todo caso, un psicólogo es una persona titulada con un grado universitario en esta disciplina y que ha recibido una formación que la capacita para las funciones que ejerce.

En lo que concierne a la educación y a la formación del psicólogo, puede ser útil distinguir aquí entre la formación teórica y la formación práctica y dividir la formación teórica en tres partes: Enseñanza básica (Estudio profundizado de las teorías psicológicas y de los métodos y resultados de la investigación, y enseñanza de disciplinas conexas); formación postuniversitaria (Debería ser la justificación de la autonomía de los métodos en áreas tales como la gestión, la psicoterapia y la investigación. Esta formación es impartida en las universidades o establecimientos de formación especializada, o en ambos); y actualización de normas (Tiene por objeto la actualización periódica de las normas. La responsabilidad incumbe a menudo a las asociaciones de psicología o a los diferentes establecimientos que emplean psicólogos, pero también a las universidades y a los centros de formación. Puesto que la sociedad desea controlar cada vez más las normas profesionales, las crecientes responsabilidades en esta materia serán confiadas probablemente a los centros de formación).

La formación práctica es, de diversas formas, un elemento de la enseñanza básica y de la formación universitaria superior; y, casi en todas partes, se recomienda concederle un lugar más amplio, pero además hay que prever la

obligación para los psicólogos de adquirir una experiencia práctica vigilada. (...)

A pesar de las diferencias entre los sistemas de enseñanza, se puede pensar lógicamente que un psicólogo cualificado para ejecutar diferentes tipos de trabajos clínicos, debe haber cursado de seis a siete años de estudios, que incluyan una enseñanza teórica, una formación práctica y una experiencia profesional. Las tareas menos diversificadas y más circunscritas, que consisten corrientemente en evaluaciones psicológicas, son confiadas a aquellos psicólogos cuya formación ha sido más corta.

Para ver reconocida formalmente la posibilidad de practicar la psicoterapia de forma independiente, el interesado tiene que justificar generalmente años suplementarios de práctica clínica, de vigilancia, de experiencia psicoterapéutica personal y de estudios teóricos.

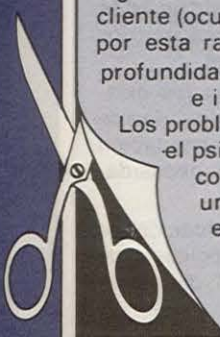
(...) Son las asociaciones profesionales las que generalmente definen las normas en materia de reconocimiento, que la sociedad acepta otorgando los derechos a ejercer a los psicoterapeutas reconocidos.

(...) En conclusión, podemos decir que el fundamento del programa de formación es el conocimiento y la comprensión que resultan de la investigación y de la práctica psicológica. El programa de estudios de psicología, cuya finalidad es preparar a los estudiantes para una actividad psicológica profesional, debe ser concebido de forma que las características antes mencionadas de la psicología profesional sean el objetivo central de los estudios.

El estudio profundo de las teorías psicológicas y de los resultados y métodos de la investigación es un elemento importante de la formación de un psicólogo, pero no es suficiente para las actividades psicológicas profesionales. Los conocimientos y técnicas psicológicas no deberían ser aplicadas indiscriminadamente; han de ser modificadas y ajustadas en el momento del trabajo



DO
CU
MEN
TA
CION



psicológico. Los estudiantes han de tener la ocasión de poner en práctica las nociones teóricas durante sus estudios.

La formación tiene que capacitar al psicólogo para enfrentarse a los problemas psicológicos más frecuentes en el individuo, en el grupo y el medio laboral y, si fuera necesario, para enviar a su cliente a otro especialista.

La formación debe incluir también una introducción a las disciplinas conexas por razones profesionales y de trabajo de equipo.

Puesto que son tantas y tan diversas las actividades que puede desempeñar actualmente un psicólogo, parece difícil evitar una cierta especialización. Es importante subrayar, sin embargo, que si la especialización se traduce en un estrechamiento del campo de las actividades profesionales, puede dar por resultado una limitación lamentable de la competencia profesional del psicólogo.

9 *Papel del psicólogo en la enseñanza y la investigación.*

Tratamos de la *enseñanza* con exclusión de la enseñanza o la formación de otros psicólogos.

Enseñanza formal: a lo largo de los últimos decenios, ha aumentado regularmente el lugar que le corresponde a la psicología en el programa de examen de aptitud profesional de todo el personal con el que los psicólogos cooperan dentro de los equipos multidisciplinarios.

En los Servicios de Educación, la psicología ocupa un amplio lugar en los cursos de formación de los maestros. Desde ese momento la enseñanza formal impartida por los psicopedagogos a maestros "cualificados" se hace menos necesaria. La instrucción formal que los psicopedagogos tendrán que impartir sin duda a estos maestros, consistirá en breves cursos sobre aspectos particulares de la educación, tales como las medidas correctivas que hay que aplicar para tratar las dificultades de aprendizaje, así como sobre los problemas y las necesidades de categorías especiales de alumnos minusválidos —por ejemplo, los ciegos, los sordos, los sujetos aquejados de parálisis o de lesiones cerebrales. Estos psicólogos podrán también participar en cursos de duración breve sobre la organización de la clase, los cuidados en instituciones y otras materias análogas relativas al aprendizaje en general y al medio de vida en el que los niños y los adolescentes podrán hallarse. En su enseñanza, dan a conocer a los maestros los resultados de la investigación psicológica pertinente que pueden aplicarse a los métodos de educación y de conducción de la clase.

En los Servicios de Salud, los psicólogos clínicos que trabajan con los niños y los adolescentes forman parte de un amplio equipo multidisciplinario. De esta forma se hallan asociados a la

enseñanza formal de la psicología impartida a los estudiantes de medicina, a los jóvenes médicos, en particular a los que trabajan en los servicios de psiquiatría y de pediatría, a los enfermeros, tanto en los hospitales generales como en los hospitales psiquiátricos, así como a los miembros de otras profesiones paramédicas, tales como la ergoterapia, la fisioterapia, la ortofonía, etc.... Desde ese momento, la participación de los psicólogos clínicos en la enseñanza formal de otras disciplinas que forman parte del Servicio de Salud es realmente muy importante, puesto que cada modificación del programa de estudio que prepara para el ejercicio de una de estas profesiones conlleva un crecimiento del contenido psicológico del examen.

Desgraciadamente, los psicólogos que trabajan en las diferentes áreas citadas no son siempre suficientemente consultados sobre el contenido psicológico del programa, de tal forma que este puede contener, por error, elementos demasiado teóricos y que presentan poco interés para el ejercicio de otras profesiones.

Así, los psicólogos clínicos considerarían que los temas teóricos y experimentales siguientes revisten una importancia particular para la medicina —a saber: influencias sociales y culturales sobre el comportamiento, efectos placebo, reacciones al stress, diferencias de personalidad e inteligencia, efectos del medio de origen y del medio ulterior sobre el desarrollo, etc.—, sin embargo, estos temas no siempre aparecen en un programa de medicina general y ni siquiera de psiquiatría.

Pueden hacerse consideraciones análogas sobre la enseñanza de la psicología a los profesionales empleados en los servicios sociales tales como asistentes sociales, personas encargadas de la asistencia a la infancia, etc.

Se trata de una situación que se podría remediar fácilmente realizando las consultas apropiadas cuando se reforma un programa de estudios.

Enseñanza informal: este tipo de enseñanza interviene automáticamente en un marco multidisciplinario, ya que los psicólogos participan en las giras de los médicos en sus servicios, en conferencias sobre casos particulares y en coloquios restringidos. Es, asimismo, cada vez más necesario seguir los trabajos de los estudiantes de medicina y de los médicos que reciben una formación especializada en el uso de técnicas de modificación del comportamiento, para que puedan adquirir una buena comprensión del tema. Las enfermeras y demás personal paramédico necesitan también ayuda y orientación en la aplicación de programas para ayudar a los niños a modificar su comportamiento. En un marco comunitario debe aportarse también una ayuda informal en la formación de los responsables de casas de niños, de los centros de diagnóstico de servicios sociales y del personal de las escuelas para niños inadaptados, deficientes, o minusválidos. (...)

Generalidades sobre la investigación:

Si el estatuto de la psicología en tanto que estudio científico del comportamiento ha sido contestado en el pasado, su posición como ciencia experimental ya no es cuestionada seriamente y este reconocimiento va acompañado de un desarrollo regular de los aspectos experimentales y de investigación en los cursos de psicología de la universidad. Los psicólogos que entran en los Servicios de Salud, de Educación o en los Servicios Sociales han sido pues habituados a aplicar métodos de investigación en su disciplina, al contrario de ciertos colegas suyos clínicos y profesionales. Otros miembros del Servicio de Salud titulares de un diploma de ciencias (físicos, químicos, fisiólogos, etc.) poseen evidentemente la misma formación de base en materia de investigación, pero no se encontrarán en estrecho contacto con situaciones clínicas, y no estarán básicamente interesados por la sustancia misma de la psicología, es decir, por todos los aspectos del comportamiento humano. Por otro lado, aquellos que están en contacto estrecho con situaciones clínicas o pedagógicas, tales como los médicos, las enfermeras, los asistentes sociales y los enseñantes, están acostumbrados a aplicar los resultados de las ciencias apropiadas sin poseer una amplia formación en la metodología de estas ciencias. De esta forma los psicólogos se hallan, en general, en la posición única que consiste en haber recibido una formación científica en su disciplina, y al mismo tiempo en trabajar en contacto directo con los problemas clínicos, pedagógicos y de otro tipo que se relacionan con ella. Además de la formación universitaria de primer ciclo, los psicólogos poseerán otras cualificaciones en áreas prácticas (por ejemplo, clínicas o pedagógicas), títulos en materia de investigación, o diversas combinaciones de unos y otros. La amplitud del conocimiento de los métodos de investigación apropiados a las diferentes situaciones dependerá evidentemente, en una cierta medida, de esta experiencia suplementaria.

(...) La investigación en los Servicios de Salud, los Servicios sociales y el Servicio de Educación.

(...) Pueden citarse los tipos siguientes de investigación psicológica aplicada en estos servicios:

1. Medida y evaluación del tipo o de la frecuencia de los problemas psicológicos que se presentan en estos servicios, y evaluación de la utilidad de estas medidas psicológicas para predecir los resultados de la intervención.

2. Evaluación de los servicios existentes, de su eficacia y de la calidad de los cuidados ofrecidos, y determinación de los sectores en los que las necesidades no son satisfechas.

3. Puesta a punto y evaluación de nuevos tratamientos psicológicos y de nuevos métodos correctivos, de formación y de readaptación.

4. Investigaciones fundamentales más profundas sobre las etiologías de los problemas que se presentan, o de los mecanismos de cambio terapéutico, susceptibles de incidir en una intervención más eficaz.

10 *El papel del psicólogo en la planificación de servicios médico-sociales.*

(...) Si se admite que los psicólogos están actualmente capacitados para proporcionar datos útiles sobre la puericultura y la educación de los niños y sobre el tipo de intervenciones que ayudan a prevenir o a atenuar los problemas que atormentan a los niños, los adolescentes y sus padres, deberían ser también capaces de colaborar de la manera más eficaz en la planificación de servicios médico-sociales si se cumplen las siguientes exigencias:

1. A nivel nacional

a. Los psicólogos con responsabilidades administrativas deben ser empleados en los servicios gubernamentales competentes en materia de asistencia a la infancia —Educación, Salud, Empleo, Servicios sociales, etc.

b. Cuando se creen comisiones, comités o grupos de trabajo, y sus mandatos puedan ejercer influencia sobre el desarrollo físico, social, afectivo e intelectual de todos los niños y adolescentes, o de un grupo de niños o de adolescentes minusválidos o inadaptados, debe encontrarse siempre un psicólogo dentro de estos organismos, y la sociedad o asociación nacional de psicología debe ser consultada.

c. Siempre que se tomen decisiones de principio sobre cuestiones que afectan a la salud y al bienestar de los niños sin que existan datos suficientes sobre los efectos de estas decisiones, se debe enfocar siempre la posibilidad de dedicar recursos para la investigación aplicada sobre los efectos psicológicos que puedan derivarse de la ejecución de esta política.

d. Cuando los comités de investigación gubernamentales conceden créditos para proyectos de investigación importantes que puedan tener influencia sobre la salud y el bienestar de los niños, normales o minusválidos, o sobre el tipo de instituciones en las que los niños deberán pasar una parte o la totalidad de su tiempo, habrá que consultar necesariamente con un psicólogo que posea los conocimientos y la experiencia requerida para emitir un juicio autorizado sobre el proyecto de investigación en cuestión.

2. A nivel local

Para que los psicólogos desempeñen un papel efectivo en la planificación de los servicios asistenciales para la infancia a nivel local, tienen que estar repre-

El psicólogo desempeña en el equipo un papel de educador, poniendo de relieve el peligro potencial que existe en ciertas situaciones de carácter social

sentados en los comités de planificación competentes, debiendo hallarse estos bajo los auspicios de los Servicios de Salud, de Educación, o de los Servicios Sociales. En el Reino Unido, por ejemplo, los Servicios de Salud reorganizados proporcionan equipos de planificación de cuidados médicos para cada distrito, y los psicopedagogos y los psicólogos clínicos deben estar representados en el equipo de planificación que se ocupa de la salud y de las minusvalías mentales de los niños.

3. Planificación de la educación y de la formación de los miembros de otras profesiones

Para que los psicólogos desempeñen un papel eficaz en la educación y en la formación de los colegas con los que trabajan, siempre tiene que haber un psicólogo implicado en la planificación del programa de estudio y también eventualmente en el examen de las secciones pertinentes de este programa, dentro de la instancia encargada de organizar el programa de educación, ya sea en el área de la medicina, de la enseñanza, del servicio social, de los servicios de enfermería o de cualquier otra profesión paramédica.

El Comité restringido de expertos ha basado su trabajo sobre los informes de sus miembros acerca de la situación actual en sus propios países, y en las respuestas de las Administraciones Sanitarias de los Estados miembros a los cuestionarios que se les enviaron.

La situación actual. De acuerdo con los informes y con los miembros del Comité, y con las respuestas a los cuestionarios, los psicólogos que se ocupan de padres, niños y adolescentes en un equipo multidisciplinario desempeñan actualmente un trabajo muy diverso y en rápida mutación.

En todos los países de Europa donde se han creado servicios psicológicos, los psicólogos dependen a la vez del ministerio de Salud Pública, del ministerio de Educación y del ministerio de Asuntos Sociales. Todos los países miembros del Consejo de Europa reconocen la necesidad de que haya psicólogos en los servicios que se ocupan de padres, niños y adolescentes y que, en general, hacen falta más psicólogos de los que actualmente se emplean (salvo en Dinamarca y en Francia).

La reglamentación legal y el estatuto del psicólogo. Unicamente en Noruega y en los Países Bajos los psicólogos gozan de un estatuto jurídico gracias a una ley sobre la psicología que es controlada por el ministerio de Sanidad. En Noruega, el título de "psicólogo" está en efecto protegido, y se debe obtener una licenciatura en psicología o un diploma equivalente para aspirar a él. El Consejo de la Psicología nombrado por el Parlamento noruego (Stortinget), compara los programas universitarios de otros países con los estudios de psicología en Noruega para poder legalizar a continuación a los psicólogos formados en el extranjero.

En Suecia los psicólogos recibirán pronto una licencia profesional, y en Austria, está en curso de elaboración un proyecto de ley que reglamente el estatuto de psicólogo.

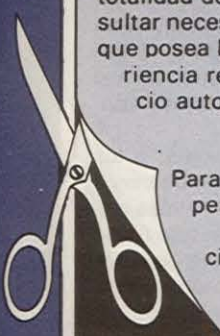
DO
CU
MEN
TA
CION

11

Conclusión.

En el curso de su decimoquinta sesión (Estrasburgo, noviembre 1974) el Comité de Salud Pública del Consejo de Europa creó un Comité restringido de expertos encargado de estudiar el papel del psicólogo en el equipo médico que se ocupa de padres, niños y adolescentes.

El Comité restringido de expertos ha interpretado su mandato incluyendo las actividades preventivas y el tratamiento curativo. Ha subrayado que su estudio versaría no sólo sobre los padres naturales, sino también sobre los padres educadores y adoptivos, y que estaría centrado esencialmente sobre el psicólogo clínico (en el Reino Unido también sobre el psicopedagogo).



En Suecia, los psicólogos tienen un "psykologexamen" obtenido desde 1968 o una licenciatura de psicología legalizada a partir de julio de 1978. La calificación de "psicólogo legalizado" estará protegida.

Cualificaciones. Al inicio de sus trabajos, el Comité restringido juzgó conveniente determinar a qué clase de psicólogo se refería cada uno de sus miembros. Debido a las grandes diferencias constatadas por un lado entre los regímenes universitarios, y por otro lado entre los sistemas de enseñanza y de formación de los psicólogos, no era ya suficiente hablar de una licenciatura universitaria de psicología. Los sistemas de enseñanza de los países europeos no están coordinados, y existen diferencias de nivel y de contenido entre las licenciaturas universitarias de psicología.

Los diplomas exigidos para el ejercicio de la profesión difieren también entre sí de un país a otro. El Comité restringido estima sin embargo que es posible enumerar cuatro condiciones fundamentales para el ejercicio responsable de la psicología dentro de un equipo. Estos cuatro puntos están de una forma o de otra en todos los programas de formación para psicólogos clínicos aprobados, en los países miembros:

1. sólida formación en psicología general, buen conocimiento de sus teorías y métodos, de los resultados de la investigación, así como de las disciplinas relacionadas, por ejemplo la sociología, la psiquiatría, la pedagogía y la estadística;

2. formación teórica y práctica en los diversos métodos y técnicas de diagnóstico utilizados con fines de tratamiento y de consulta.

3. trabajo práctico con los clientes, bajo la supervisión constante de un colega experimentado;

4. investigación, formación, especialmente en la evaluación de programas y diferentes formas de intervención, y diferentes modelos de desarrollo de servicios psiquiátricos.

Modelos que se deben seguir para desarrollar los servicios de psicología. El Comité restringido examinó diversos sectores de cuidados dispensados a los padres, niños y adolescentes, tanto en el área de la prevención como en la de la curación; ha descrito los servicios y ha concentrado su atención en el papel del psicólogo en cada sector. Los últimos capítulos pueden servir de modelos para cierto número de roles que el psicólogo está en condiciones de desempeñar en un equipo multidisciplinario que se ocupe de padres, de niños y de adolescentes.

El psicopedagogo en las actividades de educación y de formación. El Comité restringido ha consagrado un capítulo a la pedagogía, dado que todos los tipos de educación y de información pueden ser considerados como relacionados, antes que nada, con la prevención. En este sentido, se hace referencia sobre todo al trabajo pedagógico que representan los cursos de preparación

para la vida activa, para el matrimonio o para el nacimiento de un niño. Estos cursos son organizados por el ministerio de Salud Pública, servicios culturales y sostenidos gracias a la iniciativa de instituciones privadas.

En el capítulo sobre la psicología de la madre y del niño, se ha subrayado que una gran parte de las lagunas presentes en la ayuda social a los niños y a sus padres son de naturaleza pedagógica. Los cursos para futuros padres son recomendados a título preventivo. Diferentes grupos de padres, por ejemplo los padres de niños minusválidos, pueden ser formados para ayudar a la familia. Ciertos documentos ponen también de relieve la necesidad de la educación y de la formación psicológicas del personal que trabaja en los servicios en los que son hospitalizados los pacientes.

El psicólogo actúa de profesor, de animador, de consejero supervisor para otros tipos de enseñanza, o de experto consultor para la implantación del programa de enseñanza. La psicología está adquiriendo derecho de ciudadanía en los programas escolares y en la formación profesional en general, pero es todavía raro que se pida el consejo de un psicólogo sobre el programa de enseñanza.

El psicólogo como experto consultor. En el trabajo preventivo primario y secundario, el psicólogo desempeña a menudo el papel de consejero esencialmente para los representantes de otras profesiones o paraprofesionales.

En las clínicas prenatales, los dispensarios y los hospitales para niños, el psicólogo debe formar parte del equipo de consejeros. En este sentido, ser un consejero consiste en poner sus conocimientos psicológicos al servicio de todos sus colegas y colaboradores. El psicólogo que tan sólo tenga contactos indirectos con los pacientes, no es el responsable máximo. Ocurre, sin embargo, que habiendo visto a un paciente desea someterle a una evaluación con el propósito de ayudar de la mejor manera posible tanto al interesado como a la persona a la que tiene que aconsejar. Cuando un psicólogo desempeña este papel, es importante asegurarse de que el consejero haya definido de la misma manera la relación y la cooperación. En los servicios de consulta, el psicólogo desempeña a menudo el papel de consejero de sus colaboradores de otras profesiones, pero también tiene contactos directos con los pacientes; de esta forma sus funciones esenciales consisten en examinar a estos últimos y en aconsejar a los primeros.

El psicólogo en los servicios de evaluación. La evaluación constituye desde siempre una de las tareas importantes del psicólogo. Los tests, que consisten en medir las aptitudes y funciones del sujeto, son utilizados particularmente con el fin de establecer un diagnóstico de los niños que presentan una minusvalía o un retraso funcional, y para todos los aspectos de la rehabilitación.

Sin embargo, la evaluación representa mucho más que la aplicación de un test; comprende la recogida de los datos que el psicólogo necesita para establecer la descripción que debe servir de base al tratamiento. Toda forma de observación efectuada en situaciones estructuradas o no estructuradas, diferentes formas de tests psicológicos, inventarios, técnicas proyectivas o informaciones anamnésicas y comparativas son utilizadas por el psicólogo para dar una descripción psicológica del cliente en su situación vital.

El psicólogo como terapeuta. A menudo los demás miembros del equipo multidisciplinario en el que trabaja el psicólogo necesitan una evaluación psicológica antes de dar un diagnóstico definitivo. Pero el psicólogo no es únicamente un diagnosticador; en los centros de orientación para niños y en los establecimientos hospitalarios, el psicólogo se encarga del tratamiento psicológico de los pacientes, por lo que la evaluación psicológica reviste una importancia primordial. El tratamiento psicológico de padres, niños y adolescentes comprende toda una variedad de técnicas que tienen su origen en diversos sistemas teóricos psicológicos; en ciertos países sin embargo, cuando se habla de terapia se refieren a terapia médica. Un psicólogo clínico profesional y experimentado debe dominar la terapia familiar, técnicas y modificación de comportamiento, la terapia de juego para los niños, la psicoterapia verbal individual o colectiva, así como las diversas terapias de ayuda individual o colectiva. El psicólogo evidentemente no proporciona ni tratamiento médico ni tratamientos en los que se utilicen medicamentos. Sus técnicas de intervención son puramente psicológicas.

El psicólogo como investigador. Los psicólogos están formados en su disciplina desde una perspectiva científica, lo que no impide que estén en contacto directo con los problemas relevantes de la misma. Se encuentran, así pues, en una situación privilegiada que les da la posibilidad y el deber de trabajar en el área de la investigación aplicada; en particular, tienen que evaluar los diferentes tipos de intervención terapéutica.

El psicólogo como administrador y coplanificador de servicios médico-sociales. Dado que ha recibido la formación antes mencionada, el psicólogo está capacitado para administrar una institución. En Noruega, los especialistas de psicología clínica y de psiquiatría infantil están habilitados para dirigir centros psiquiátricos reservados para el tratamiento ambulatorio de niños y adolescentes.

Es importante hacer participar a los psicólogos en la planificación de servicios médico-sociales en los niveles nacional y local, pero los consejos que proporcionen tienen entonces que ser corroborados por los resultados de investigaciones científicas objetivas.

Considerando que el objetivo del Consejo de Europa es el de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que este objetivo puede ser perseguido, entre otras formas, por la adopción de normas comunes en el campo social y en el de la salud pública;

Considerando que en la mayor parte de los Estados miembros del Consejo de Europa los servicios médico-sociales que se ocupan de padres, niños y adolescentes no están desarrollados de una manera uniforme;

Considerando la interdependencia de los factores psico-sociales y de los factores físicos en la salud y el bienestar de los niños y de sus padres, y el papel que debería desempeñar el psicólogo en la acción preventiva y curativa con respecto a los niños, a sus familias y a su entorno;

Considerando la necesidad de cooperación entre los profesionales de las distintas disciplinas, en relación con las necesidades particulares en el nivel psicológico, físico y social de los niños y de sus padres;

Considerando que las necesidades de servicios de tipo psicológicos por parte de padres, niños y adolescentes son superiores a las actuales disponibilidades;

Considerando la necesidad de desarrollar la investigación psicológica fundamental y aplicada para evaluar y mejorar la eficacia de los servicios que se ocupan de niños, adolescentes y de sus padres;

Considerando que el psicólogo debería participar en la planificación de los servicios médico-sociales tanto a nivel nacional como a nivel local con el propósito de mejorar la calidad de estos servicios;

Considerando que es esencial asociar al psicólogo con aquellos aspectos que le conciernen en la planificación de los programas de estudios de otras profesiones de la salud;

Considerando que es deseable establecer bases comunes de la formación de los psicólogos en los países miembros del Consejo de Europa;

Considerando que es necesario adoptar medidas concernientes a la organización y a la puesta en marcha de una acción global en beneficio de los niños, los adolescentes y de sus padres;

Considerando que es deseable armonizar las políticas nacionales que conciernen al papel del psicólogo en el

El psicólogo puede desempeñar un papel activo en la prevención, haciendo comprender mejor las causas de los problemas mentales, más que en continuar considerando sus efectos

equipo sanitario que se ocupa de padres, niños y adolescentes.

I. Recomienda a los gobiernos de los Estados miembros que tengan en cuenta en sus legislaciones, reglamentaciones y prácticas nacionales los principios mencionados en el anexo de la presente resolución;

II. Invita a los gobiernos de los Estados miembros a informar cada cinco años al Secretario General del Consejo de Europa acerca de las aplicaciones dadas a la presente resolución.

Papel y funciones

1. En los servicios médico-sociales que se ocupan de padres, niños y adolescentes, el hecho de que los psicólogos tengan papeles diferentes según la formación que han recibido y según la organización propia de cada país, no impide que la naturaleza de sus tareas imponga que trabajen dentro de equipos multidisciplinarios.

2. Así pues es importante, para delimitar el campo de competencia de los psicólogos:

a. definir sus funciones y papeles de acuerdo con los objetivos particulares que persiguen en el marco de la acción global fijada respecto a padres, niños y adolescentes;

b. mantener al día y reevaluar constantemente las funciones del psicólogo, de acuerdo con las necesidades de prestaciones psicológicas, tanto cualitativas como cuantitativas, que se desprenden de las investigaciones relativas a los cambios sociales.

3. Se comprueba que actualmente, los psicólogos pueden ser llamados a asumir, en los estados miembros:

a. la evaluación de las necesidades y recursos de los niños, de los adolescentes, de sus padres y de su entorno;

b. tareas de ayuda directa bajo diversas formas que van desde la pedagogía especializada a la escucha terapéutica, al consejo y a la terapia tanto de niños y adolescentes, como de los padres y del grupo familiar;

c. tareas de información, de entrenamiento y de control de las relaciones educativas y terapéuticas;

d. tareas de administración y de participación en las actividades de planificación.

4. El psicólogo podría entonces intervenir especialmente, entre otras áreas, en:

a. en el área de la prevención primaria.

I. haciendo evidentes a los padres, al público y a las administraciones los peligros potenciales ligados a diversas situaciones de carácter social e interpersonal, para hacer comprender mejor las causas de la inadaptación.

II. recordando los valores fundamentales que conciernen a las relaciones humanas cuestionadas por las mutaciones sociales y económicas;

III. haciendo evidente el papel de las relaciones familiares y su incidencia en la formación de las estructuras afectivas, intelectuales y sociales y de la personalidad;

IV. participando en la elaboración de los programas de educación familiar y sanitaria, así como en su puesta en marcha y en las investigaciones propias de este sector.

b. en el área de la prevención secundaria y terciaria.

I. evaluando la situación con el propósito de participar en la formación de un programa de intervención y de rehabilitación. Se trata de un proceso continuo que puede implicar correcciones dictadas por los resultados de evaluaciones continuas;

II. ejerciendo un papel en la vida del equipo multidisciplinario mediante su participación en la elaboración de programas, la supervisión de su desarrollo y la evaluación de su eficacia;

III. asegurando, a niños y adolescentes inadaptados y a sus familias, una prestación específicamente psicológica que debe ser considerada como un acto directamente terapéutico.

5. Los psicólogos deberían ser capaces de atraer la atención de los poderes

**DO
CU
MEN
TA
CION**

(*) Sobre el papel del psicólogo en el equipo médico que se ocupa de padres, niños y adolescentes, adoptado por el Comité de Ministros el 29-11-1978, en la 292 reunión de delegados de los ministros.

públicos sobre los problemas hallados para que los responsables de la gestión pública accedan a una mejor toma de conciencia acerca del estado de salud y de bienestar de la población y tomen las medidas adecuadas para remediar las carencias así detectadas.

Formación teórica y práctica de los psicólogos

1. Todos los psicólogos que trabajen con padres, niños y adolescentes deberían recibir una formación universitaria que incluyese el estudio de los aspectos teóricos de la psicología y una iniciación a los métodos experimentales y a los descubrimientos de la psicología científica. Deberían tener también un buen conocimiento de los métodos utilizados para evaluar los resultados de experimentos y de estudios de campo.

2. Los psicólogos clínicos deberían además poseer un conocimiento especializado de aspectos pertinentes de la psicología aplicada adquirido gracias a una enseñanza profunda de tipo clásico y a una experiencia dirigida.

3. Puesto que la psicología es una disciplina en rápido desarrollo, los psicólogos clínicos deberían tener periódicamente la posibilidad de seguir cursos para mantener al día sus conocimientos. Esto debería ser favorecido por quienes les emplean concediéndoles permisos especiales y apoyo financiero.

4. Los programas de formación avanzada de elevada especialización que traten, por ejemplo, sobre psicoterapia del niño, terapia conyugal o familiar o técnicas especiales de comportamiento deberían ser elaborados por psicólogos.

5. Tanto la experiencia como la formación avanzada aumentan el valor de los servicios prestados por los psicólogos a sus pacientes. La profesión del

psicólogo debería, en consecuencia, estar caracterizada por una estructura escalonada que tendría que ser reconocida por quienes les emplean.

6. Para un trabajo eficaz en un equipo multidisciplinario, es indispensable que el psicólogo tenga conocimientos en los campos de actividad de sus colegas de otras disciplinas y que sea consciente de las limitaciones impuestas por su propia formación teórica y práctica.

7. Con el fin de facilitar los intercambios de personal y la cooperación, es deseable fijar un nivel común mínimo de formación teórica y práctica para los psicólogos de los Estados miembros del Consejo de Europa.

Estatuto

Los psicólogos deberían tener un estatuto conforme a sus responsabilidades profesionales particulares y a la especificidad de su actividad.

Este estatuto debería tener en cuenta los siguientes elementos:

1. En conformidad con los papeles y funciones definidas en la parte I, se muestra necesario que la contribución específica de los psicólogos en el trabajo del equipo y su responsabilidad profesional sean reconocidas por el del conjunto de las administraciones de los Estados miembros del Consejo de Europa.

2. Los psicólogos deberían ser libres para escoger los métodos de evaluación y de tratamiento dentro de los límites de su competencia y de su código deontológico al tiempo que respetan la responsabilidad del profesional que está llevando a cabo la cura.

3. Deberían tomarse medidas para definir las cualificaciones mínimas ne-

cesarias para tener acceso al trabajo de psicólogo en los equipos multidisciplinarios que trabajan con niños o adolescentes y sus padres.

4. Los códigos deontológicos establecidos de acuerdo con las legislaciones nacionales y las reglamentaciones de las autoridades competentes y/o las reglas de práctica de los psicólogos en los Estados miembros del Consejo de Europa, deberían ser armonizados y reconocidos.

5. Un organismo central, reconocido por los ministerios relacionados con la protección sanitaria y social, debería dar la posibilidad de ejercer a los psicólogos que trabajen en el área de la salud.

Deberían tomarse medidas para el reconocimiento y la protección de la autonomía de esta profesión en los Estados miembros del Consejo de Europa.

Enseñanza e investigación

1. Enseñanza.

Para la evaluación del trabajo de los psicólogos debería tenerse en cuenta el hecho de que aquellos consagran una parte no despreciable de su tiempo a la enseñanza y a la formación de otros psicólogos o de especialistas de otras disciplinas.

2. Investigación.

Habría que dedicar recursos a la investigación científica aplicada para valorar las técnicas de evaluación y de tratamiento y la eficacia de los servicios psicológicos que se ocupan de niños, de adolescentes y de sus padres. Esta es una condición esencial para todo progreso auténtico en la prestación de cuidados.

ine publica

Algunos títulos de su FONDO EDITORIAL en existencia

INFORMACION GENERAL

Anuario Estadístico de España.
Boletín de Estadística.
Reseñas Estadísticas Provinciales.
Catálogo descriptivo de publicaciones estadísticas.
Catálogo de la biblioteca del INE.
Clasificación nacional de actividades económicas.
Clasificación nacional de bienes y servicios.
Clasificación nacional de ocupaciones.

ESTADÍSTICAS Y ANALISIS DEMOGRAFICOS

Censo de la población de España.
Censo de los edificios en España.
Censo de la vivienda en España.
Síntesis estadística de Galicia.
Encuesta de la población activa.
Movimiento natural de la población.
Tablas de mortalidad de la población española.
Panorámica demográfica.
Características de la población española deducidas del padrón municipal de habitantes.
Elecciones generales legislativas de 1.º de marzo de 1979.
Proyección de la población española para el período 1978-1995.
Medida del bienestar social.
Censo de edificios de 1980.
Población de derecho y hecho de los municipios españoles según el censo de 1981.
Relación de municipios y códigos al 31 de diciembre de 1980.
Relación de municipios desaparecidos desde principios de siglo.

ESTADÍSTICAS SOCIALES

Encuesta permanente de consumo.
Encuesta de equipamiento y nivel cultural de las familias.
Encuesta sobre bienes de consumo duradero en las familias.
España, panorámica social.
Encuesta de hábitos de lectura.
Encuesta de vacaciones.
Encuesta de fecundidad.
La alimentación en Galicia.
Préstamos hipotecarios.

ESTADÍSTICAS SANITARIAS

Censo de centros asistenciales.
Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado.
Encuesta de morbilidad hospitalaria.

ESTADÍSTICAS CULTURALES

Estadística de la enseñanza en España.
Encuesta de financiación y gastos de la enseñanza no estatal.
Estadística sobre actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico.
Estadística de entidades y establecimientos deportivos.

ESTADÍSTICAS DE SALARIOS. INDICES DE PRECIOS DE CONSUMO

Salarios.
Sistema de índices de precios de consumo.

TEORIA Y APLICACIONES ESTADISTICAS

Revista "Estadística española".
Vademécum de estadística.
Muestreo de poblaciones finitas, aplicado al diseño de encuestas.
Principios elementales de muestreo y estimación de proporciones.
Estadística descriptiva.
Diseño de la encuesta general de población.
Historia de la estadística como ciencia en España.
Métodos estadísticos de investigación.
Problemas de la medición del bienestar y conceptos afines.
Curso intensivo de muestreo en poblaciones finitas.
Glosario de conjuntos borrosos en relación con la estadística.
Historia del Instituto Nacional de Estadística.
Consideraciones sobre inferencia.
Modelos de respuesta aleatorizada.
Jornadas de Estadística española.
La Estadística en los Ministerios.

EDICIONES FACSIMILES

Elementos de ciencia de la estadística. Por A.P.F. Sampaio.
Censo español realizado en 1787 por el conde de Florida-Blanca.
Censo de población de las provincias y partidos de la Corona de Castilla en el siglo XVI.

Venta en: Instituto Nacional de Estadística - P.º de la Castellana, 183
Publicaciones: Estébanez Calderón, 2. Teléfono: 279 93 00. Madrid-16.

La Psicología de la Salud en Cuba

Lourdes García Averasturi (*) y Loretta Rodríguez Almeyda (**)

Fue a partir de 1962, tres años después del triunfo de la revolución, que se inició la formación masiva de psicólogos en Cuba con la creación de las Escuelas de Psicología en las dos universidades estatales existentes en el momento, producto de la Reforma Universitaria general que llevó a cabo el Gobierno Revolucionario. Hasta entonces, los pocos psicólogos que había en el país se formaban en universidades privadas o en el extranjero.

Desde 1966 comenzó a desarrollarse un nuevo perfil profesional para el psicólogo que ejerce sus funciones en un sistema nacional de salud. Por aquella época el papel profesional del psicólogo en los servicios de salud se limitaba a labores de tipo diagnóstico y alguna psicoterapia en el marco estrecho de la atención psiquiátrica hospitalaria.

La emergencia de un nuevo papel profesional para el psicólogo que trabaja en el sistema nacional de salud de Cuba, ha respondido a la necesidad de una vinculación efectiva entre las ciencias sociales y psicológicas, por un lado, y las ciencias naturales, por el otro, que genere un conocimiento capaz de brindar una mejor comprensión de la totalidad de condiciones que determinan y participan en el proceso salud-enfermedad en toda su complejidad, así como que contribuya a optimizar la prestación y utilización de los servicios de salud, todo lo cual traiga como consecuencia, niveles más elevados de salud y bienestar para la población.

Este enfoque se aleja cada vez más de la valoración exclusiva de la expresión biológica individual de la enfermedad, propia de una óptica reduccionista.

Asimismo, el amplio objetivo de promoción de salud y bienestar en la población que persigue el Estado cubano, como expresión de la aspiración al desarrollo multilateral de la personalidad en todos los ciudadanos, mediante una participación activa en la construcción de la nueva sociedad, demanda una política de salud esencialmente preventiva, y se apoya en el interés fundamental de la sociedad cubana por crear modos de vida en las diferentes clases y capas sociales de la población que beneficien su salud y bienestar, mediante el mejoramiento creciente de sus condiciones de vida y de trabajo, dentro de relaciones interpersonales de cooperación y ayuda mutua en una sociedad libre de explotación.

El desarrollo máximo de las potencialidades individuales y la realización personal de cada ciudadano, de gran relevancia para la salud, la capacidad de

rendimiento y el sentido de bienestar, se convierte en un objetivo prioritario del régimen social socialista, cuya ley económica fundamental es la satisfacción de las necesidades crecientes materiales y espirituales de la población.

Los conocimientos, métodos y técnicas de la ciencia psicológica en su aplicación al cuidado de la salud en Cuba se ponen en función de los esfuerzos básicos del Estado cubano por el logro de los anteriores propósitos.

Producto de las transformaciones sociales ocurridas en el país desde el triunfo revolucionario y de los recursos invertidos en salud, el cuadro de salud de la población cubana ha sufrido un cambio radical. Se han eliminado gradualmente las principales causas de muerte por enfermedades infecto-contagiosas que nos caracterizaban como país subdesarrollado, neocolonial y dependiente. La mortalidad infantil pre-escolar y escolar, así como la mortalidad materna han llegado a niveles muy bajos, difíciles de superar. Con el aumento de la esperanza de vida al nacer, entre otras razones, cobran mayor importancia actualmente las enfermedades crónicas y los accidentes, en donde las reacciones al stress emocional y los estilos de vida personales perjudiciales a la salud juegan un importante papel, tanto en su origen, como en su evolución. Cualquier política de salud que pretenda luchar contra estas enfermedades debe incorporar los conocimientos y técnicas de las ciencias sociales y psicológicas, como parte de la estrategia para combatirlas con efectividad.

En Cuba los servicios de salud están organizados en un sistema nacional de salud.

Para la mejor comprensión de la integración de la Psicología a dicho sistema es recomendable conocer cuáles son los principios básicos que lo sustentan, así como la organización que adopta.

Son tres los principios en que se basa el sistema nacional de salud: 1. la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado; por lo tanto, existe una cobertura completa de servicios de salud, que se brindan gratuitamente; 2. los servicios de salud tienen un carácter integral; es decir, son preventivo-curativos y se dirigen al medio y no sólo al individuo; 3. la comunidad debe participar activamente en las acciones del sistema de salud. En nuestro país los ciudadanos pueden pertenecer a diferentes organizaciones de masas, como los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), la Asociación

Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), la Unión de Pioneros de Cuba, etcétera, lo que permite que la persona que lo desee, de un modo organizado, se integra a distintas actividades para el interés común, entre las cuales se encuentran las acciones y decisiones en salud. Sin esta participación de la comunidad organizada no es posible emprender exitosamente tareas de salud masivas, como vacunaciones, detecciones precoces de problemas de salud, etcétera.

Con respecto a la estructura organizativa del sistema de salud, la atención médica se brinda a través de los niveles primario, secundario y terciario. En el nivel primario está el policlínico, unidad de servicios ambulatorios que atiende la mayor parte de los problemas de salud de una población de alrededor de 25.000 habitantes. El nivel secundario consta de los hospitales generales, pediátricos y ginecobstétricos, que reciben a la población del policlínico que requiere hospitalización o atención ambulatoria más especializada. El nivel terciario está compuesto por unidades hospitalarias altamente especializadas de gran complejidad que atiende aquella minoría de patologías que no han podido ser resueltas en los niveles anteriores. (Ejemplos: neurocirugía, cirugía cardiovascular, diálisis renal, prótesis, trasplante renal, etc.).

Desde el punto de vista administrativo, el sistema nacional de salud está compuesto por tres niveles jerárquicos: el nivel nacional o Ministerio, que establece las políticas nacionales y norma las actividades en las diferentes especialidades; el nivel provincial, que aplica en cada provincia la política trazada a nivel nacional y jerarquiza los hospitales, y el nivel municipal, que jerarquiza los policlínicos.

Objetivos y áreas de aplicación de la Psicología de la Salud en Cuba

La Psicología en su contribución al cuidado de la salud en Cuba tiene los siguientes objetivos básicos:

1. Contribuir al desarrollo óptimo de la personalidad a través de todo el ciclo

(*) Jefa del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

(**) Secretaria del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

DO
CU
MEN
TA
CION



vital para promover la Salud, el bienestar psicológico y la capacidad de rendimiento del individuo.

2. Contribuir a la integralidad de la atención en salud al incorporar la valoración de los aspectos psicológicos del hombre sano y enfermo en las acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Contribuir a la óptima prestación y utilización de los servicios de salud mediante la valoración de los aspectos sociopsicológicos involucrados.

La Psicología de la Salud tal como la desarrollamos en Cuba estudia los siguientes aspectos:

1. Las condiciones en que se forma y desarrolla la personalidad a través del ciclo vital (en la familia, la escuela, el trabajo), derivadas de la posición del individuo en la sociedad y su relación con la salud y la enfermedad. En especial su relación con:
 - 1.1 El comportamiento de la reproducción.
 - 1.2 La motivación en salud y el comportamiento individual.
 - 1.3 Las reacciones al stress emocional.
 - 1.4 Las reacciones al stress de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización.
2. Los aspectos sociopsicológicos de la prestación de los servicios de salud:
 - 2.1 Funcionamiento del equipo de salud.
 - 2.2 La satisfacción laboral en las ocupaciones de salud.
 - 2.3 El proceso de la hospitalización y las necesidades psicológicas del paciente.
 - 2.4 La relación médico-paciente.
3. Los aspectos sociopsicológicos de la utilización de los servicios de salud:
 - 3.1 Evaluación de la población sobre los servicios recibidos.
 - 3.2 Cultura en salud y su relación con la utilización de los servicios de salud.
4. Participación de la comunidad organizada en las tareas de salud.

Como puede observarse, la estrecha perspectiva de la psicología clínica tra-

dicional, con su énfasis en el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología, generalmente con un enfoque individual, no puede adentrarse a plenitud en las variadas facetas que las propiedades y procesos psicológicos significan para el proceso salud enfermedad y para la atención en salud.

Con la creación del Grupo Nacional de Psicología en el Ministerio de Salud Pública de Cuba en 1968, con funciones normativas, de control y de asesoría técnica, se sentaron las bases para el desarrollo de las nuevas concepciones que convirtieron gradualmente la Psicología clínica en Psicología de la salud, con un enfoque preventivo y social, respondiendo a las demandas de la práctica diaria. Se fueron diseñando paulatinamente planes nacionales de actividades para el psicólogo en los policlínicos, hospitales, así como en los institutos de investigación (hospitales altamente especializados que constituyen unidades científico-técnicas).

Premisas teóricas básicas

Antes de continuar es importante tener en cuenta los principios teóricos generales que orientan nuestra comprensión de la personalidad y su intervención en el proceso salud enfermedad.

Nuestra concepción de la esencia social del hombre es el fundamento de nuestra comprensión de la personalidad. Para nosotros, la personalidad tiene una naturaleza social y activa. El carácter social del hombre, es decir su relación con otras personas, es la premisa más importante para su formación como personalidad. La personalidad se produce con la interacción social; se crea por las relaciones sociales en que entra el individuo a través de las actividades que realiza. La personalidad se origina y se transforma en la actividad, lo cual tiene lugar bajo condiciones sociales concretas.

A través del ciclo vital, el individuo realiza diferentes actividades fundamentales: juego, aprendizaje, trabajo,

actividades culturales, socio-políticas, estéticas, deportivas y otras.

La naturaleza activa de la personalidad significa que el hombre no actúa como un detector de influencias externas, sino que desempeña un papel activo en la transformación del mundo exterior, haciéndolo cambiar, dirigiéndolo y mejorándolo. En este sentido, la personalidad es al mismo tiempo, objeto y sujeto del desarrollo social. (1).

La actividad del hombre no puede estar abstraída de las relaciones sociales, de la vida en sociedad con todas sus peculiaridades; transcurre en condiciones sociales concretas, específicas y de clase. La actividad de cada hombre por separado depende de su lugar en la sociedad, de las condiciones que le ha tocado vivir, de cómo las mismas se han ido constituyendo en circunstancias individuales e irrepetibles. La personalidad no puede ser reducida a un conjunto de propiedades aisladas de las condiciones, conexiones y relaciones objetivas de la personalidad con el medio circundante. (2).

La actividad del individuo forma parte de un determinado modo de vida, el cual depende, en última instancia, del modo de producción, es decir del modo de cómo se producen los bienes materiales. El modo de producir los bienes materiales se traduce en un determinado modo de actividad de los individuos, en un determinado modo de manifestar su vida, en un determinado modo de vida de los mismos. (3).

El modo de vida ha sido definido como "el conjunto de los rasgos sustanciales que caracterizan formas de la actividad vital de la sociedad, los pueblos, las clases, los grupos sociales y las personas en una determinada formación socioeconómica". (4).

La estructura del modo de vida comprende desde la actividad creadora, la manera de satisfacer las necesidades materiales y espirituales, las formas de satisfacer las necesidades materiales y espirituales, las formas de participar en las actividades sociopolíticas, la actividad cognoscitiva y de comunicación entre los hombres. En la estructura del modo de vida se manifiestan elementos de distintos grados de generalidad: humanos en general, nacionales, de clase, determinados grupos individuales, propios de una persona en particular.

Es decir, que cada modo de vida individual tendría rasgos nacionales, de clase, de grupos de pertenencia específicos, incluyendo la familia y propiamente individuales, por las características específicas biológicas de personalidad que se han ido formando.

Se ha señalado el papel mediatizador que juega el modo de vida entre la base económica de la sociedad y el proceso salud-enfermedad. (5).

El modo de vida puede propiciar u obstaculizar el desarrollo de determinados procesos patológicos. El modo de vida puede contener diferentes riesgos que pueden llevar directamente a la enfermedad, como el caso de agentes tóxicos-físicos, químicos o biológicos en

LOURDES GARCIA AVERASTURI y LORETTA RODRIGUEZ ALMEYDA.
La psicología de la salud en Cuba. "Papeles del Colegio. Psicólogos". Nº 10/11. Septiembre 1983, pp. 75 a 78.

- (1) Leontiev, A. N. "El problema de la Actividad en Psicología", Problemas de la Filosofía, número 9, 1972.
- (2) Leontiev, A. N. "La Actividad y la Personalidad", Problemas de Filosofía, número 12, 1972.
- (3) Marx, C. y Engels, F. "La ideología Alemana". Ed. Pueblos Unidos, Montevideo, 1971, pp. 19-20.

- (4) Kapustin, E. "En qué se diferencian el nivel de vida y el modo de vida". Socialismo, teoría y práctica, número 9, 1975, pp. 138-141, citado en Pérez Lovello, R. "Acerca del Condicionamiento y la Determinación Económica de la Salud", 1981, en imprenta.
- (5) Pérez Lovello, R. "Acerca del Condicionamiento y la Determinación Económica de la Salud", 1981, en imprenta.

contacto directo con el individuo. El modo de vida puede también producir enfermedad indirectamente, mediante la presencia de hechos o situaciones, las cuales mediatizadas por la personalidad, pueden ser valoradas como estresantes y cuyos concomitantes emocionales pueden traducirse en alteraciones en órganos y sistemas de órganos mediante complejos mecanismos neuroendocrinos. También la personalidad puede exhibir comportamientos autodestructivos propios de un particular modo de vida individual, de reconocida influencia en la aparición de muchas de las actuales enfermedades.

De esta forma la dimensión social psicológica y biológica del hombre deben ser consideradas en su unidad en el proceso salud-enfermedad.

Niveles y tipos de intervenciones psicológicas

Correspondiendo a nuestras concepciones, las intervenciones del psicólogo de la salud para contribuir a los objetivos de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y sentido de bienestar de la población, no pueden limitarse al nivel individual, ya que todo el modo de vida del hombre en su correspondiente actividad y a través de relaciones sociales concretas; constituye el marco donde se forma y transforma la personalidad.

Las intervenciones del psicólogo de la salud, entonces pueden ocurrir en los niveles siguientes:

- Individual
- De pareja
- Familiar
- De grupo o colectivo
- De organización (centros de trabajo, escuelas, hospitales, policlínicos, etc.)
- De políticas (laborales, educacionales, de salud, etc.)

De este modo, la Psicología de la Salud en Cuba se aparta cada vez más del enfoque individual, intrapsíquico y restaurativo y adquiere una proyección social y preventiva.

Para llevar a efecto las intervenciones a diferentes niveles, se cuenta con la cooperación de los distintos Organismos y dependencias del Estado, así como las organizaciones de masas, políticas y los órganos del Poder Popular, todos los cuales responden a un mismo fin social. Se logran así, una total armonía de intereses que facilitan el esfuerzo conjunto por la salud y el bienestar de la población.

Las intervenciones psicológicas en Cuba no pueden concebirse aisladamente del contexto de cambio social producto de la transformación revolucionaria de la estructura económica del país. Las relaciones libres de ex-

plotación entre los hombres, la desaparición de la discriminación de clase, raza y sexo, la elevación creciente del nivel de vida de la población, el acceso generalizado de la educación, la cultura y la atención médica, son premisas básicas de un modo de vida que genera salud y sentido de bienestar. Las intervenciones del psicólogo de la salud en Cuba constituye un elemento más dentro de esta gran transformación y en ella se apoya para acelerar los cambios requeridos en las ideas, concepciones, los valores, la moral, propios de la nueva sociedad que construimos, así como para estimular las relaciones de igualdad y ayuda mutua en el seno familiar, del colectivo laboral, escolar, etc., capaces de promover el óptimo desarrollo de la personalidad individual, todo lo cual es de indudable beneficio para la salud y bienestar.

Por otro lado, las intervenciones del psicólogo de la salud para el logro de la óptima prestación, utilización de los servicios de salud, forman parte del proceso de transformación gradual de la institución médica para adecuar la atención a las expectativas y aspiraciones de la población que recibe los mismos mediante una relación equipo de salud-población de igualdad, que tenga en cuenta las necesidades emocionales y de información del paciente y sus familiares.

Asimismo, las intervenciones para estimular la participación popular en salud forma parte de todo un proceso que estimula nuestro régimen social de involucración creciente de la comunidad en las acciones y decisiones de salud, para su integración a nivel de la planificación de las acciones que satisfagan sus necesidades sentidas de salud, así como en la ejecución y evaluación de dichas acciones. Las organizaciones de masas existentes en Cuba y los nuevos mecanismos establecidos que garantizan a la población la participación en las decisiones de todas las cuestiones que la atañen, a través de la reciente creación de los Poderes Populares, a los cuales se integran voluntariamente todos los ciudadanos en circunscripciones por áreas geográficas, para discutir y buscar solución a todos los problemas que la atañen, facilitan grandemente la participación en materia de salud. En este sentido, para que la comunidad desarrolle todo su potencial en cuanto a participación se refiere, se hace necesario elevar su conciencia aún más en esa dirección, así como estimular al equipo de salud a propiciar que la población identifique sus problemas de salud y participe en una valoración conjunta de las soluciones. Hacia estos objetivos van dirigidos las intervenciones del psicólogo.

Tipos de intervención psicológica

Con relación a los tipos de intervención psicológica en los diferentes nive-

les que ya describimos, éstos se pueden clasificar del modo siguiente:

1. Intervenciones educativas
2. Orientación y psicoterapia
3. Asesoría
4. Docencia y educación continuada
5. Investigación

1. Las intervenciones educativas tienen el propósito de transmitir información con respecto a diferentes aspectos del cuidado de la salud, las respuestas adecuadas ante la enfermedad específica, el comportamiento de la reproducción, así como en todo lo relacionado con el papel de la familia y la escuela en la formación de las jóvenes generaciones, haciendo énfasis en las necesidades psicológicas en cada etapa del desarrollo.

Se trabaja con pacientes crónicos, embarazadas, padres y futuros padres, maestros, etc. Importancia particular se da a la discusión pre-matrimonial con parejas.

Estas intervenciones educativas pueden llevarse a cabo no sólo en el policlínico u hospital, sino en las escuelas, centros de trabajo, en reuniones con grupos de la comunidad y a través de los medios de comunicación masiva.

2. La orientación y psicoterapia pueden realizarse tanto a nivel individual, como de pareja (incluyendo la terapia sexual) a nivel de familia y grupal. Puede perseguir diferentes fines, según su aplicación sea para uno u otro de los campos de acción de la Psicología de la Salud. El propósito común es ayudar a la población a tomar decisiones ante situaciones de conflicto, a enfrentar el stress a través del ciclo vital para evitar las reacciones emocionales negativas y los comportamientos inadecuados que pueden conducir a tensiones y enfermedad somática, así como enfrentar el stress que comporta la enfermedad, la invalidez y la hospitalización.

3. La intervención del psicólogo como asesor va dirigida en general al nivel organizacional, con el propósito de cambiar diferentes aspectos sociopsicológicos del funcionamiento de organizaciones, que pueden estar afectando la salud y sentido de bienestar de sus integrantes. La asesoría puede tener lugar tanto en escuelas, con el fin de optimizar el régimen de vida del escolar y favorecer su desarrollo emocional y social, como en centros de trabajo para contribuir a eliminar o disminuir riesgos en el puesto de trabajo, aumentar la motivación laboral y favorecer el clima psicológico, todo lo cual redende en la salud y bienestar de los trabajadores. Estas intervenciones se realizan generalmente desde el policlínico.

Asimismo, como asesor, el psicólogo brinda recomendaciones a las direcciones de hospitales y policlínicos, con vista a favorecer una atención que satisfaga las expectativas de la población

DOCUMENTACIÓN



con respecto a los servicios de salud, así como las necesidades psicológicas del paciente y sus familiares.

Las intervenciones psicológicas a nivel de políticas generalmente son posibilidades a través de la influencia que los psicólogos, a través de la estructura de Psicología, pueden ejercer sobre las que toman las decisiones, no sólo en el sector salud, sino en otros sectores de la economía y los servicios. Este puede ser el caso de las políticas laborales, por ejemplo, las leyes para la seguridad y protección de los trabajadores y la política educacional, donde las opiniones de los psicólogos son ampliamente aceptadas y tomadas en consideración.

4. La intervención del psicólogo en la formación de recursos humanos en salud, tanto profesionales como técnicos (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, trabajadores sanitarios, etc.), así como la educación continuada de los mismos, favorece un desempeño profesional integral, que tome en consideración al abordar los problemas de salud, los aspectos de personalidad y comportamiento del hombre en su condicionamiento social.

Tanto mediante las técnicas docentes clásicas, como la conferencia, el seminario y la observación práctica, se emplea la interconsulta, mediante la cual el psicólogo valora con el médico la situación emocional del paciente y ubica el problema de salud en el modo de vida del mismo, valorando la vida familiar, conyugal, laboral, etc., sirviendo ello de mecanismo importante para que el médico incorpore esa dimensión en la práctica diaria en la atención a sus pacientes.

5. La intervención del psicólogo en la investigación pretende contribuir a dar respuesta a muchos interrogantes acerca del papel de los aspectos de personalidad y de comportamiento en los problemas más frecuentes de salud y en las dificultades que pueden surgir en la prestación y utilización de servicios.

El psicólogo de la salud combina la asistencia con el trabajo científico, y los temas a investigar surgen de la práctica diaria y con una orientación práctica de solución de problemas.

Aspectos organizativos

Los diferentes campos que son objeto de la Psicología de la Salud en Cuba se abordan en el Ministerio de Salud Pública a través de una estructura organizativa piramidal en Psicología, que va desde el nivel central hasta la base del sistema de salud y se instrumenta mediante planes nacionales de actividades para los distintos tipos de unidades asistenciales (policlínicos, hospitales generales, ginecobstétricos, pediátricos), así como para los institutos de investigación.

Además del Grupo Nacional de Psicología, encargado de normar las actividades en el nivel central, en cada una de

las catorce provincias del país existe un Grupo Provincial de Psicología que vela por el cumplimiento de los planes de actividades en la base, es decir, en los servicios de Psicología de policlínicos y hospitales.

Periódicamente se realizan visitas del nivel central a las unidades en las diferentes provincias para evaluar la aplicación y el progreso de las actividades. Asimismo, se revisan los planes de actividades en reuniones nacionales donde participan todos los trabajadores de la Psicología y funcionarios médicos de municipios y provincias. En ellas se discuten los diferentes aspectos de los planes nacionales, tal como se experimentan en la práctica. Ello sirve de retroalimentación para optimizar el ajuste de dichos planes a las necesidades reales.

Con respecto a los recursos humanos, éstos se han incrementado desde la primera promoción de psicólogos de las universidades estatales en 1966, en que había menos de una docena trabajando en el sistema de salud, hasta 400, que es la cifra actual de psicólogos en la Organización de salud de Cuba, pudiéndose dar cobertura al 40 por 100 de las unidades asistenciales del país. Más de la tercera parte de todos los psicólogos que hay en el país trabaja en el sistema de salud cubano.

Debemos mencionar que desde 1972 estamos formando técnicos medios en Psicología, los cuales estudian durante dos años después de terminados los estudios preuniversitarios. Entre otras cosas, están capacitados para aplicar pruebas, dirigir grupos de discusión y recoger datos para las investigaciones, mediante la observación, la entrevista, el cuestionario. Asimismo pueden realizar un análisis estadístico simple.

La presencia de este personal ha permitido una mayor expansión de las actividades con gran calidad. En la actualidad hay trabajando cerca de 350 técnicos en Psicología en el sistema nacional de salud.

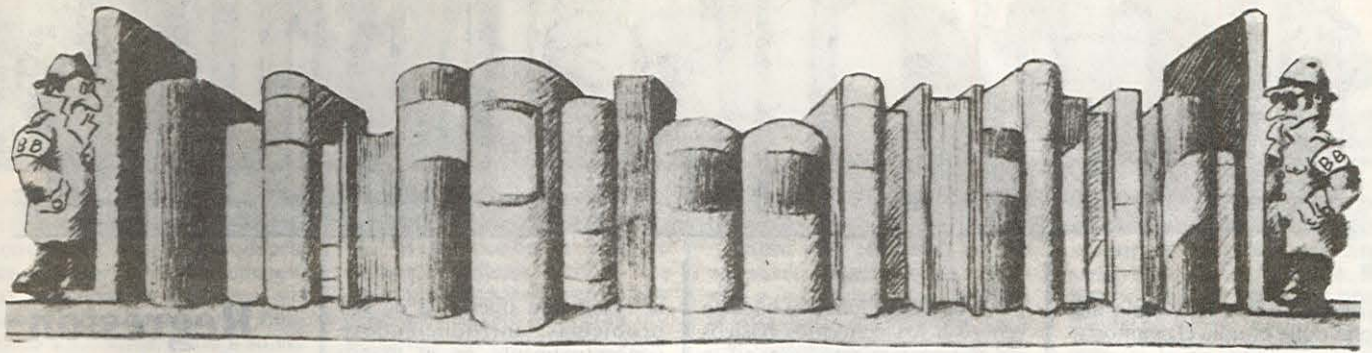
Tendencias futuras

La teoría y la práctica de la Psicología de la salud en Cuba está muy lejos de ser algo acabado, estando, por el contrario, en constante desarrollo y puesta a prueba.

Entre nuestras primeras prioridades está el estudio y evaluación de aquellas técnicas psicoterapéuticas que mejor se adecúan a nuestro marco conceptual y a las amplias posibilidades de solución de problemas y de intervención en la realidad social. La participación de los psicólogos en la lucha por crear en la población una motivación en salud y hábitos de vida sanos para combatir la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo es también una responsabilidad primordial. Asimismo, el psicólogo de la salud debe jugar un papel destacado en estimular la completa emancipación de la mujer y las relaciones de igualdad en

las relaciones familiares y sociales en general. La creación de nuevos sistemas de apoyo para las personas con enfermedades crónicas, invalideces y otras condiciones de riesgo emocional, merece también la pronta consideración futura.

Constituye para nosotros una cuestión importante el intercambio científico periódico mediante la celebración de eventos, tanto de carácter nacional, como internacional. Han tenido lugar en el Ministerio de Salud Pública dos Congresos Nacionales de Psicología de la Salud, el segundo con participación de una delegación de la Asociación Americana de Psicología. Asimismo, en septiembre de 1980 se celebró en La Habana el Primer Seminario Internacional de Psicología en la Comunidad con la asistencia de cerca de 300 participantes de las Américas y coordinada por la Sociedad Interamericana de Psicología. Estos intercambios con colegas de otros países constituyen un valioso aporte, brindando ideas y elementos a ser incorporados en la búsqueda de un nuevo camino para la Psicología en su contribución a la salud en Cuba. ■



Sala de lecturas

Psicología de las relaciones de pareja

TERAPIA DE PAREJAS

Miguel Costa y Carmen Serrat



Alianza Editorial

Miguel Costa y Carmen Serrat

Terapia de parejas

Alianza Editorial. Madrid 1982

Hacer la recensión de este libro de Alianza Editorial, bellamente prologado por J.A.I. Carrrobes, es harto difícil, puesto que me hubiese contentado con que esta recensión para una transcripción literal del Prólogo,

donde además de hacer un repaso sobre la significación psicológica de las relaciones de pareja en nuestras sociedades occidentales, con apuntes histórico-políticos e ideológicos de las mismas, hace una consideración que para la práctica profesional del psicólogo es sumamente importante, cual es la necesidad de que el psicólogo ha de construir técnicas adecuadas para la resolución de problemas de relación e interrelación personales sobre bases científicas, concretas, operativas y nada esotéricas, mágicas o irracionales; como afirma el prologuista "lo importante no es definir la felicidad, sino lograr que los hombres sean felices".

Esto que es la aspiración del género humano es lo que se proponen los autores M. Costa y C. Serrat al abordar la terapia de parejas desde un enfoque conductual, de una forma práctica y operativa, formulando la forma de enfrentarse a los problemas de pareja en base a una evaluación adecuada de estos, y sobre la construcción de un modelo de intervención operativo y constructivo, flexible y profesional.

Estamos acostumbrados a que cualquier tema psicológico sea encarado siempre bajo el prisma académico, de revisión de trabajos de compilaciones más o menos afortunadas y de traducciones en muchos casos insuficientes e intencionadamente (exclusivamente) "curriculares". Estamos acostumbrados a que la última palabra teórica la plantee quien desconoce la práctica profesional, sobre trabajos endogámicos que

aumentan el curriculum de quien los hace, pero que poco (a veces nada) aportan a la familia profesional y que repiten como un papagayo aquellos que se hace fuera sin hacer una revisión crítica y sin contrastar con la realidad de nuestra práctica profesional.

Quizás porque nuestros profesionales tienen dificultades de introducirse en el mercado de trabajo, es por lo que sólo las bendiciones catedráticas son las únicas válidas como filtro a la práctica profesional, como si de una Iglesia se tratara.

Esto es lo que hace afirmar a algunos "prohombres" de nuestras Universidades que la introducción de planteamientos profesionales en los contenidos de los Planes de Estudio haría rebajar el techo científico de nuestras facultades. Pero cabría preguntarse, ¿qué techo? ¿quién establece ese techo? ¿para qué ese techo?

Por eso, este libro tiene la hermosa facultad de suscitar esta reflexión porque estamos ante una de las primeras publicaciones no sólo del género sino de profesionales en ejercicio, basado en la práctica profesional con una robusta formación teórica adquirida en la práctica a pesar de la Universidad.

Los avatares culturales, ideológicos y sociales que sufren las parejas con la influencia que aún tienen los consejeros espirituales en sus relaciones hacen que consideremos este libro de Costa y Serrat como un intento claro de introducir planteamientos científicos desde la perspectiva de la

Psicología de las relaciones de pareja

Página 79

Diez años de trabajo sobre la regresión

Página 81

El niño ante la vida

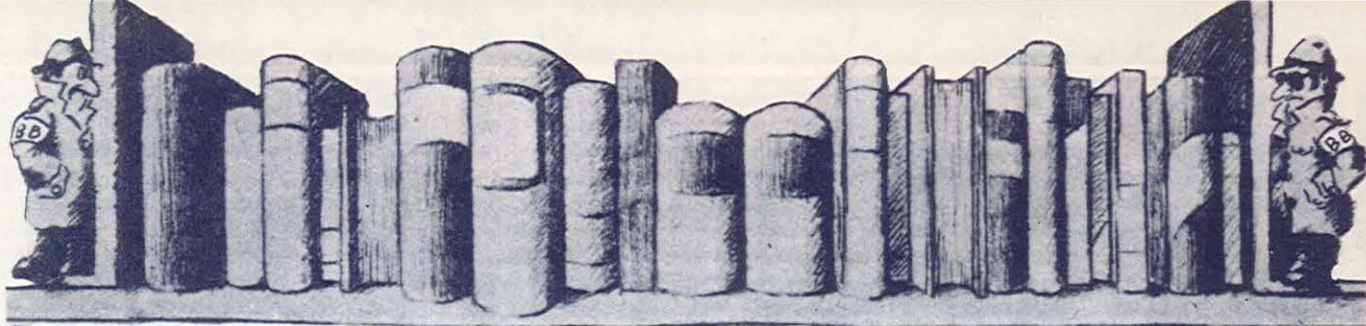
Página 82

Revistas recibidas

Página 83

Libros recibidos

Página 84



Psicología entendida como disciplina que estudia el comportamiento humano, en el entendimiento de las relaciones interpersonales, superando aspectos irracionales y mágicos de las mismas, presentes en nuestra costumbre social.

Igualmente hay que considerar que los contenidos de la obra profundizan en la necesidad de hacer un análisis crítico de la estructura familiar, de la insatisfacción de la vida de pareja como un elemento más a añadir en "la insatisfacción individual y colectiva en el seno de la sociedad", que reproduce unas condiciones de vida que se basan en aquellos aspectos cuantitativos de acumulación de bienes, enfrentándose al modelo cualitativo de realización y felicidad.

Los autores de "Terapia de parejas", partiendo de ese análisis crítico social, de la estructura familiar y de los roles tradicionalmente desempeñados por los componentes de la pareja, aplican una metodología científica en el abordaje de los problemas de comportamiento y elaboran un modelo de intervención basado teóricamente en la terapia del Comportamiento, utilizando los principios del aprendizaje orientándolos hacia la adquisición de habilidades para el cambio de conducta en la relación.

Esa base teórica a la que aludo está contenida en la primera

parte del libro donde se hace un repaso a los conceptos básicos del comportamiento humano en su interacción con el ambiente, y referida a la relación de parejas.

Quiero señalar aquí la importancia que los autores dan a la "vulgarización" (en el sentido didáctico de socialización de conocimientos) de los conceptos científicos de la Psicología, lo que hace, además un vehículo de entendimiento entre el profesional (el científico) y las personas a quien va dirigido el esfuerzo del mismo.

En la segunda parte se abordan los medios básicos de evaluación conductual de los problemas de pareja, señalando los objetivos que deben cubrirse en aquella, basándose en la hipótesis conductual de que el conflicto de pareja es debido a "la existencia de un déficit o inadecuación del intercambio conductual en las parejas con problemas".

Por ello, el modelo de intervención que proponen los autores hace énfasis en la seguridad de la modificación del tipo de relación afectiva, partiendo de la hipótesis de que ésta se producirá por medio de los cambios que, de una forma voluntaria, introduzca cada miembro de la pareja en sus comportamientos. Lo cual supone que buena parte de la actividad del psicólogo ha de ir encaminada a conseguir la total implicación de la pareja en

la resolución operativa de sus problemas, introduciéndose conceptualmente en el marco teórico del modelo de intervención; para más tarde pasar a la experimentación por parte de la propia pareja de la hipótesis de su actividad intencionada como modificadora de su relación; entrenándola en habilidades de comunicación y resolución de problemas, mediante ejercicios sistematizados y evaluados, para conseguir un control estimular adecuado, y una reestructuración cognitiva de los miembros de la pareja.

Una parte muy importante de la obra es la de los apéndices, donde se recogen los esquemas de guías de sesiones en el proceso de evaluación e intervención, así como la guía de trabajo para mejorar las relaciones de pareja: autoregistros, cuestionarios, modelos de contrato, modelos de evaluación, escalas, hojas de observación, etc.; que completan la operatividad que los autores han dado a su obra.

En suma, una publicación (y no me resisto a transcribir aquí el último párrafo de la Introducción de los propios autores, pero cambiando el deseo de ellos por la presente y actual afirmación de quien ha leído el libro) que sirve "de estímulo a otros muchos colegas que en nuestro país ya están aportando experiencias y trabajos muy interesantes. ■

Carlos Camarero

Regresión benigna

Paidós
Biblioteca de psicología profunda
Michael Balint
La falta básica
Aspectos terapéuticos de la regresión



Michael Balint
La falta básica.
Aspectos terapéuticos de la regresión
Editorial Paidós.
Buenos Aires, 1982

Michael Balint, psiquiatra y psicoanalista, ha sido durante muchos años director de estudios para médicos del Departamento de

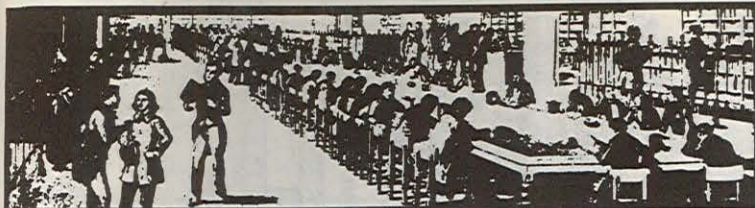
ANALISIS DE LA SITUACION Y COMETIDOS DEL PSICOLOGO EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE LA PROVINCIA DE MADRID BOLETIN DE PEDIDO

APELLIDOS:
NOMBRE:
DIRECCION:
PROVINCIA: TELEFONO:

TITULO	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
"ANALISIS SOBRE LA SITUACION Y COMETIDOS DEL PSICOLOGO EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE LA PROVINCIA DE MADRID"	2.000		
TOTAL:			
GASTOS DE ENVIO:			214
(tachar si no procede)			
TOTAL			

Adjunto GIRO POSTAL ☐ N°

FIRMA:



mento de Medicina Psicológica del University College Spital de Londres. Formado en Budapest con Sandor Ferenczi conoció sus experiencias clínicas y sus discrepancias con Freud. Emigrado a Londres, pudo a su vez contactar con el grupo de psicoanalistas que alrededor de la Tavistock, dieron lugar a enfoques propios y enriquecedores sobre la importancia clínica y teórica de las primeras relaciones pre-edípicas y pre-verbales, tales como Melanie Klein o Winnicott, entre otros.

Como él mismo confiesa en su prefacio a la primera edición de 1967, estuvo ocupado en los problemas desarrollados en el presente libro durante un período de diez años. Período en que publica "Los tres ámbitos de la psique" (1957), "Narcisismo primario y amor primario" (1960), "El paciente en regresión y su analista" (1960) y "La forma benigna y la forma maligna de regresión" (1965). Artículos que una vez corregidos y reordenados han dado lugar a las cinco partes en que está dividido el presente libro.

Enid Balint, en el prefacio a la segunda edición de 1979, de la que es traducción la presente edición castellana, escribe: "las ideas y cuestiones planteadas y expuestas en este libro eran importantes hace diez años; algunas de ellas tal vez sean aún más importantes hoy". Lo cual me parece una oportuna justificación de la reedición de este libro tras el descenso cuantitativo que sufre la literatura psicoanalítica desde 1970.

Aquí no se nos habla desde la teoría inaprensible, sino desde el fruto de la vivida experiencia de largos años de trabajo clínico: "los que manejan los conceptos muchas veces no saben lo que dicen. Por el contrario, en otros casos se tiene la viva impresión de que los conceptos expresan, en efecto, algo que tiene que ver con la experiencia. Este es el caso de nuestro amigo Balint". Palabras pronunciadas por Jacques Lacan en su crítica a "Los callejones sin salida de Michael Balint". Es que la obra de Balint posee esa escasa cualidad de transmitir al pasivo lector el

contacto directo con la realidad terapéutica.

Balint cree encontrar en sus pacientes situaciones de regresión a lo que denomina nivel de la falta básica, caracterizado por una relación mucho más primitiva que la del nivel edípico: "el paciente dice que le falta algo en su interior... Y se la siente como una falta, no como un complejo, no como un conflicto, no como una situación... los pacientes tienen la sensación de que la causa de esa falta está en que alguien les falló o los descuidó... algo que el paciente echa de menos ahora o quizá haya echado de menos durante toda su vida".

Esto le lleva a revisar las tres teorías diferentes que propuso Freud para explicar la primitiva relación del individuo con su ambiente: relación objetal primaria, autoerotismo primario y narcisismo primario. Explicaciones teóricas que para Balint quedan refutadas por la experiencia. Si bien Freud y todo el psicoanálisis posterior intentó una síntesis a favor de la teoría del narcisismo primario, para Balint todo intento de confirmar

dicha teoría a través de las observaciones clínicas sólo demuestra la existencia del narcisismo secundario. Ante esto, Balint postula su teoría del amor primario como explicación de más fácil refutación o confirmación con los hechos: "todo narcisismo es secundario respecto de la más primitiva de estas relaciones, la armoniosa interpenetración; la causa inmediata del narcisismo es siempre una discrepancia entre el individuo y su ambiente, esto lleva a la frustración como consecuencia de la cual el individuo viene a diferenciarse lo que hasta entonces era la armoniosa fusión del sí mismo y el ambiente, retira parte de su catexia del ambiente y la carga en su yo en desarrollo".

Balint encuentra ciertas conexiones entre su teoría del amor primario y los estudios de otros autores. Así, con la "Dependencia oral" de F. Alexander (1950), los estudios de J. Masserman (1951) y los hallazgos de Melanie Klein (1955); el "ambiente previsible normal" de H. Hartmann (1939); el "objeto satisfactor de necesidad" de Anna

Guía del psicólogo

Nota: Mandar los dos formularios, debidamente rellenos a la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos.

APELLIDOS NOMBRE
 PROFESION
 DOMICILIO
 POBLACION P.D. PROVINCIA

Se inscribe por 5 números (desde el nº 9 —julio 1983— hasta el nº 13 —diciembre 1983— a la "GUIA DEL PSICOLOGO"

PRECIO DE LA SUSCRIPCION (los 5 números): 425 ptas.

FORMA DE PAGO: Domiciliación Bancaria, o

Transferencia Bancaria al BANCO POPULAR, AG. 32, c/ Génova, 20. c.c. 60-1240-8

EJEMPLAR PARA EL BANCO

Madrid, de de 198
 Sr. Director del Banco
 Agencia Dirección postal
 población

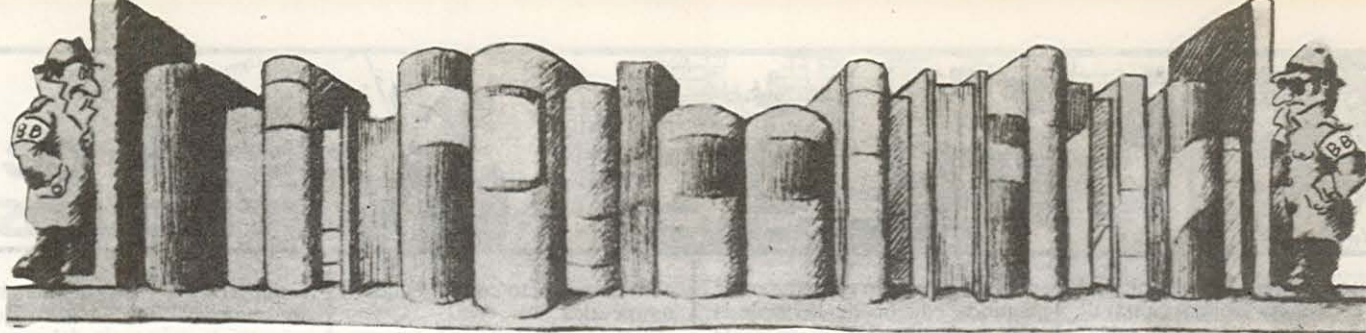
Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. que a partir de la fecha sean abonados con cargo a mi (1) c.c. o c/h. nº en esa
 Entidad los recibos de D. del Colegio Oficial de Psicólogos,
 Delegación de Madrid.

Agradeciéndole su atención le saluda atentamente,

(Firma del titular de la c/c, o c/h.)

(1) Táchese lo que no proceda.



Freud (1963); la "matriz extrauterina" de M. Mahler (1952); la "unidad básica" de M. Little (1960); el "mediador del ambiente" de R. Spitz (1965); o con los diversos conceptos al respecto desarrollados a lo largo de la obra de Winnicott: "ambiente suficientemente bueno" (1941), "madre de devoción común" (1949), "preocupación maternal primaria" (1956), "función de sostén" (1960) y "ambiente facilitador" (1963).

La técnica psicoanalítica de Freud se fundamenta en su teoría de los instintos, su teoría de la estructura de la mente y su descubrimiento de los mecanismos defensivos y los efectos patógenos de los conflictos, de ahí que se dijera que consiste en hacer consciente lo inconsciente o "donde estaba el ello advendrá el yo". Freud se centró en los aspectos verbales de la cura (interpretación) en detrimento de los no verbales (transferencia). Balint vendría a invertir los tér-

minos en ciertas situaciones o momentos del proceso analítico. Puesto que toda relación analítica es una relación entre dos, se ve favorecida la tendencia a la regresión en el paciente a esa primitiva relación pre-verbal y pre-edípica de armoniosa interpenetración entre dos personas. Ahí radica precisamente el escollo que encuentra la técnica clásica al escapársele toda relación objetual no edípica. Algunos analistas influenciados por Melanie Klein tratan de acceder al niño que hay en el paciente por medio del lenguaje adulto. Es lo que Balint denomina el peligro de la interpretación consecuente.

Un tercer grupo de analistas (Winnicott) vendrían a defender que el analista no sólo debe escuchar, comprender e interpretar, sino proteger y mediar, es decir permitir la regresión del paciente a la situación primitiva en que por una falta de ajuste entre él y el ambiente (madrehijo), desarrolló un falso yo. De

modo que "obstruye el acceso al verdadero sí mismo que permanece así inmaduro y fuera de contacto con la realidad. El resultado es un sentimiento de futilidad, vacuidad y desdicha que dura toda la vida".

La técnica de Balint, desarrollada en las tres últimas partes del libro, se diferenciaría notablemente de las anteriores, si bien presenta bastantes semejanzas con la de Winnicott. Se trata de permitir en el paciente la regresión "benigna" que es la que tiende al reconocimiento por parte de un objeto en lugar de a la gratificación de una pulsión. De modo que se permita la regresión al ámbito de la falta básica donde sólo es posible "comenzar de nuevo" para después seguir interpretando ya en el nivel edípico de los complejos y los conflictos.

"Necesitaríamos una palabra que describiese una situación en la cual un individuo siente que en el ambiente no hay nada noci-

vo para él y al mismo tiempo que en él mismo no hay nada nocivo para su ambiente... adjetivos como preambivalente, prepersecutorio o preparanoide... son demasiado elaborados para describir la simple atmósfera cándida y sencilla de este período. Lo que el paciente experimentó en la transferencia era que por fin se sentía capaz de prescindir de toda coraza defensiva y sentir que la vida se había hecho más simple y verdadera..., un descubrimiento realmente nuevo". ■

Francisco Javier Alba

Conducta infantil

J. Turner

El niño ante la vida
(enfrentamiento,
competencia y cognición)

PAPELES del COLEGIO

Nota: Mandar los dos formularios, debidamente rellenos a la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Colegio Oficial de Psicólogos

Fernández de los Ríos, 87. MADRID-15

☐ SUSCRIPCION NUEVA

☐ RENOVACION

APELLIDOS NOMBRE
PROFESION
DOMICILIO
POBLACION P.D. PROVINCIA

Se inscribe por 5 números, uno de ellos doble, desde el nº a Papeles del Colegio, psicólogos.

PRECIO DE LA SUSCRIPCION (los 5 números): 900 ptas.

FORMA DE PAGO: Domiciliación Bancaria, o

Transferencia Bancaria al BANCO POPULAR, AG. 32, c/ Génova, 20. c.c. 60-1240-8

EJEMPLAR PARA EL BANCO

Madrid, de de 198

Sr. Director del Banco

Agencia Dirección postal

..... población

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. que a partir de la fecha sean abonados con cargo a mi (1) c.c. o c/h. nº en esa Entidad los recibos de D. del Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Madrid.

Agradeciéndole su atención le saluda atentamente,

(Firma del titular de la c/c, o c/h.)

(1) Táchese lo que no proceda.



J. Turner

**El niño
ante la vida**
Enfrentamiento,
competencia,
y cognición



 **Morata**

Madrid, Morata, 1983.
13 x 21 Rúst. 208 págs. 600 ptas.
Prólogo a la Edición Española
por D. J.M. Aragó Mitjans,
Catedrático de Psicología
Evolutiva de Barcelona

La finalidad de esta obra es
integrar armónicamente las múl-
tiples interpretaciones que se
han ido formulando sobre la
conducta infantil, partiendo de
teorías diferentes y aún de para-
digmas opuestos. Para lograr
este objetivo, la autora no se
apoya en disquisiciones teóricas,
ni en el eclecticismo práctico,

sino en la realidad viva que es el
niño.

A lo largo de toda la obra, J.
Turner va mostrando a ese niño
que avanza evolutivamente y re-
vela en su conducta una serie
muy peculiar y cambiante de
características. Para ello, la au-
tora se vale de los hechos obte-
nidos por el método conductista,
también de los que se derivan
de la observación inspirada en la
teoría cognitiva y, por último, de
los resultados patentes a partir
de la postura psicoanalítica to-
mada como hipótesis de trabajo.

La conducta infantil, sujeta a
tantas influencias y tan varia-
bles, ha dado lugar a múltiples
y diversas interpretaciones, según
las escuelas. Por ello, es digno de
ser mencionado el afán integra-
dor de J. Turner quien, teniendo
en cuenta los datos experimen-
tales junto con la metodología
con que han sido obtenidos y la
teoría subyacente, pretende va-
lorar los hechos y, dado el caso,
intenta mostrar su complemen-
tariedad y la posible integración
de las interpretaciones.

La autora insiste primordial-
mente en hechos y aspectos con-
ductuales a los que hasta no hace
mucho apenas se había prestado
atención: el papel de la autoes-
tima o confianza en sí mismo en
orden a los aprendizajes y a la
tarea de enfrentarse con éxito al
mundo; el estudio dedicado al
autoritarismo y a sus efectos
negativos en orden a la autoes-
tima y futura capacidad de moti-
vación.

Elena Salat

REVISTAS RECIBIDAS



AMERICAN PSYCHOLOGIST

Volume 38. Number 7. July 1983

Let's End the Duel. Raymond B.
Cattell.

DSM-III: Do Psychologists Rea-
lly Want an Alternative?. Darrell
Smith and William A. Kraft.

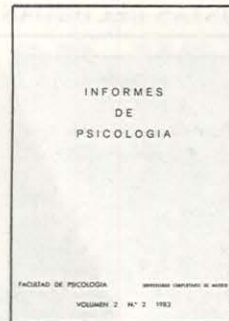
A Woman's View of DSM-III.
Marcie Kaplan.

The Issue of Sex Bias in DSM-III:
A Critique of "A Woman's View of
DSM-III" by Marcie Kaplan. Janet
B. W. Williams and Robert L. Spit-
zer.

An Empirical Study of the Issue
of Sex Bias in the Diagnostic Cri-
teria of DSM-III Axis II Person-
ality Disorders. Frederic Kass, Ro-
bert L. Spitzer, and Janet B. W.
Williams.

The Issue of Sex Bias in DSM-III:
Comments on the Articles by Spit-
zer, Williams, and Kass. Marcie
Kaplan.

The DSM-III: An Insider's Pers-
pective. Theodore Millon.



INFORMES DE PSICOLOGIA

Facultad de Psicología
Universidad Complutense
de Madrid
Volumen 2 - Nº 2 - 1983

Campos Bueno, J. Javier: El Dr.
Simarro y la tradición experimental
en la Psicología española.

Jañez, Luis: Stimulus control of
visual reference frame orientation:
Quantitative theories.

Fernández-Abascal, Enrique:
Relación entre el tiempo de tránsito
del pulso y la presión arterial.

Medina Fermin, F. Alfonso: Pro-
totipos y representaciones de cate-
gorías semánticas supraordenadas.

Amo Martín, Tomás del: Abs-
tracción de prototipos.

Calles Doñate, Ana Mª y Garriga
Trillo, A. Julia: ¿Fuerza del Ego =
Fuerza del yo?

Conchillo Jiménez, Angela: La
reversibilidad como clave de la con-
servación: ¿Realidad o necesidad?

GUIA DE RECURSOS ASISTENCIALES EN EL AREA DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN LA PROVINCIA DE MADRID BOLETIN DE PEDIDO

	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
"GUIA DE RECURSOS ASISTENCIALES EN EL AREA DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN LA PRO- VINCIA DE MADRID"	600 Ptas.		
GASTOS DE ENVIO (*)		MADRID	36 Ptas.
		PROVINCIAS	59 Ptas.
GIRO POSTAL Nº	TOTAL:		
FECHA			

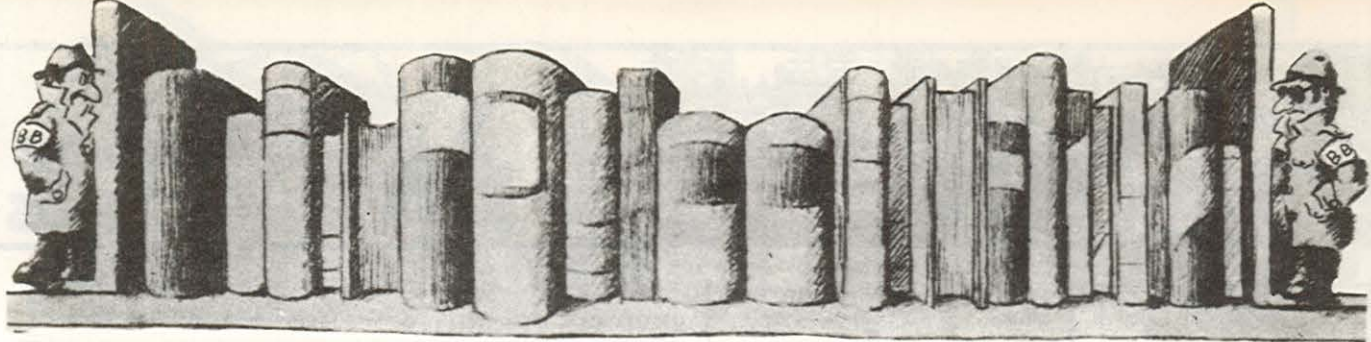
NOMBRE:

DOMICILIO: PROVINCIA:

Madrid, de de

(*) Táchese lo que no proceda. Cuando la obra se vaya a recoger directamente en la sede
de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, tachar ambas cantidades.

FIRMA:



REVISTAS RECIBIDAS



PSICODEIA Dossier nº 3 - 1983

Primeras jornadas de modificación de conducta cognitiva.

Modificación de conducta cognitiva: bases y desarrollo actuales. José A. I. Carrobbles.

Tratamiento con auto-instrucciones de Meichenbaum para niños hiperactivos. José Santacreu.

La técnica de inoculación de stress. Aplicaciones clínicas a las fobias y al dolor. Julio Alvarez.

Principios filosóficos y técnicos de la terapia racional emotiva. Trinidad Bonet.

La terapia racional emotiva y los problemas maritales. Angeles Sanz.



LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Septembre 1983 - nº 10

Les rapports de la psychologie et de la musique.

Forum des Psychologues de Juin 83: Ebauche d'un Mouvement Professionnel.

La fonction du psychologue en maternité.

Dossier: L'expertise psychologique.

Du psychanalyse au psychologisme. Entretien avec Robert Castel.

La collaboration orthophoniste-psychologue.



REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Nº 3. Primer semestre/83

Diálogos con C. Rogers.

Procedimiento de intervención: Una forma práctica de trabajar el contrato.

La formación del directivo y el análisis transaccional.

Estructura y vínculo de la pareja. El educador integrado.

Asertividad y análisis transaccional.



REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA

Volumen 15 - 1983 - Nos. 1-2
Número especial
Biorretroalimentación

Manoleta S. Moscoso. Perspectiva histórica de la biorretroalimentación.

Charles L. Sheridan. Biorretroalimentación y medicina comportamental.

Sandra A. Thomson. Los usos de la biorretroalimentación en psicoterapia.

Ramón Bayés. Biorretroalimentación y efecto placebo.

Henry Casalta C. Biorretroalimentación y conducta verbal.



REVISTA ESPAÑOLA DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

Abril 1983 - Nº 1

Vallejo P., M. C., Labrador E., F.J., "Modelo de predisposición psicobiológica para explicar las céfaléas".

Fuertes Z., J., Arias M., B. "Tratamiento de los terrores nocturnos en tres niños por medio del entrenamiento a los padres en un método breve de relajación.

González A., J.L. "Influencias de la adición de un tratamiento cognitivo al tratamiento conductual de las compulsiones".

Bragado, M.C. "Eneúrisis nocturna: Eficacia parcial de los componentes implicados en el entrenamiento en cama seca".



REVISTA DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA SOCIAL

Vol. I. Nº 2.
Julio-Diciembre 1981

Parte I. Investigación en Psicología social. Research in Social Psychology. Recherche en Psychologie Sociale.

Sánchez-Bedolla, M.A.: Efectos del espacio, los recursos y las relaciones afectivas sobre las conductas de Interacción social. Effects of space resources and affective relationships on social interaction behavior. Effets de l'espace, les ressources et des relations affectives sur les conduites d'interaction sociale.

LIBROS RECIBIDOS

DA FONSECA, V. "Introducción a las dificultades de aprendizaje". 1ª edición. Madrid, CITAP, 1983, 126 págs., col. "Cuadernos Monográficos CITAP", nº 1.

GRUPO SOCIALISTA DE EDUCACION (PSOE). "Escuelas Infantiles. Alternativa socialista para la educación preescolar". Madrid, Secretaría Federal de Acción Social del PSOE, 1983, 120 págs., col. "Cuadernos de Acción Social", nº 13.

GOMEZ LLORENTE, L y MAYORAL, V. "La escuela pública comunitaria". 1ª edición. Barcelona, Laia, 1981, 207 págs.

GRUPO SOCIALISTA DE EDUCACION (PSOE). "Los Padres y la Escuela (A.P.A.S.)". Madrid, Secretaría Federal de Política Sectorial, 1981, 142 págs., col. "Cuadernos de Política Sectorial", nº 7.

BERNSTEIN, D.A. y BOR-KOVEC, T.D. "Entrenamiento en relajación progresiva". Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983, 95 págs.

KAZDIN, A.E. "Historia de la modificación de conducta (Fundamentos experimentales de la investigación actual)". Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983, 378 págs.

UPPER, D. y CAUTELA, J.R. "Condicionamiento Encubierto". Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983, 383 págs.

BALLESTEROS, R. "La Psicología aplicada a la empresa". 1ª edición. Barcelona, CEAC, 1982, vol. 1: 260 págs., vol. 2: 256 págs., col. "Biblioteca Básica de Psicología".

ANUNCIOS BREVES

La publicación de comunicados y anuncios por parte de los colegiados es gratuita. Basta con recortar el Boletín del Anunciante correspondiente de "Papeles del Colegio" y hacerlo llegar a nuestra redacción. Concebimos esta sección como un vehículo de comunicación interna abierta a todo tipo de comunicados.

CURSOS

INICIACION A LA LECTURA DE FREUD. Introducción al Psicoanálisis. Para terapeutas y/o futuros terapeutas. Organiza el Centro Psicoanalítico de Investigación. Profesor: Patricio Olivera, Psicólogo-Psicoanalista. Inscripción e informes en: c/ Alvarez Gato, 9, 1º B, Madrid-12. Tel: 231 43 66, de 12 a 20 h., todo el mes de septiembre.

ESCUELA DE PSICOANÁLISIS GRUPO CERO. Abierta la matrícula al seminario Signund Freud. Una hora de clase y dos de grupo. Un día a la semana. Dirigido a cuantos se relacionan con la salud y la educación y el campo de la intersubjetividad. Ferraz, 22. Madrid-8. Tel.: (91) 242 33 49.

PSICOANÁLISIS, teoría y técnica, iniciación. Dirigido a terapeutas, Médicos, Psicólogos, Docentes, estudiantes último curso. Organiza el Centro Psicoanalítico de Investigación. Profesor: Alicia Montserrat, Psicólogo-Psicoanalista. Inscripción e información, en c/ Alvarez Gato, 9, 1º B, Madrid-12. Tel: 231 43 66, de 12 a 20 h.

CENTRO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA. Seminario de Rorschach (prácticas y sesiones clínicas). Inscripción en la Secretaría del centro. Teléfono: 241 60 35.

SEMINARIO PARA PSICOANALISTAS. Tres años de duración. Un día a la semana. Santa Teresa, 5, primera planta. Teléfono: 419 89 42.

PSICOPATOLOGIA DINAMICA, curso introductorio, análisis y diagnósticos clínicos. Dirigido a terapeutas, Médicos, Psicólogos, estudiantes último curso. Organiza: Centro Psicoanalítico de Investigación. Inscripción e Informes en: c/ Alvarez Gato, 9, 1º B, Madrid-12. Tel: 231 43 66, de 12 a 20 h.

SOCIEDAD SEXOLOGICA DE MADRID. Programa docente curso 83-84. Curso básico de Monitores de Educación Sexual.

xual. Curso de Psicoanálisis y Sexualidad. Curso de Antropología Sexual. Duración anual. Sesiones semanales y mensuales. Fecha de comienzo: el 15 de Octubre del 83. Matrícula e información: Antonio Arias, 6, bajo B. Tel: 409 37 82 (de 5 a 8 tardes).

CURSO monográfico e intensivo sobre el test de Rorschach. Una clase semanal de tres horas de duración; los lunes, a las cinco y media, de octubre a junio. Para alumnos de 4º y 5º de psicología y postgraduados. Información: tardes. Teléfonos: 759 63 18, 638 02 43 y 270 23 12.

CENTRO IBEROAMERICANO DE SEXOLOGIA. III Convocatoria para Formación de Educadores y Terapeutas sexuales. Dos años. Sesiones mensuales. Grupos reducidos teórico-prácticos. Plazas limitadas. Fecha de comienzo: el 18 de Octubre de 1983. Matrícula e información: CEIX, c/ Príncipe de Vergara, 11, entre. izda. Tel: 276 40 90 (de 5 a 8 tardes, lunes, miércoles y viernes).

GABINETES

TALLER de vegetoterapia. Monitor: Frank Boss (miembro del Wilhelm Reich Institut de Viena). Inscripción: Centro de Psicología Aplicada. Mota del Cuervo, 10. Tel: 200 34 91.

CENTRO de psicología aplicada dedicado a diversos temas de la psicología industrial (selección, organización, evaluación de puestos, formación y publicidad). Tel: 350 15 04 (de Valencia).

ETHOS: formación psicológica en Análisis transaccional; terapia individual y de grupos. Avda. de Felipe II, 15, 3º D. Madrid-9. Tel: 431 69 98.

GRUPO 80. Centro de Psicología y desarrollo humanístico. Espacio clínico, espacio expresivo y espacio cultural. Urbanización del "Jardín de la Ermita", nº 8, 2º derecha, c/ Gran Vía, s/n. Majadahonda. Tel: 638 71 44.

DIAGNOSTICO y tratamiento problemas personalidad (depresión, fobias, obsesiones, etc.). Relajación Psicofísica. Cursos de Formación de Psicología Clínica y Pedagógica. Tel. 435 31 70.

CENTRO de Psicoterapia-Psicodiagnóstico-Psicoterapia individual y grupal. Orientación Psicoanalítica. Psicodrama-Gestalt-Bionérgica. C/ Florida, 2-1º B. Valladolid-7. Tel. 47 28 19.

LOGOPEDIA Y PSICOLOGIA. Reeducción de trastornos de lecto-escritura (dislexias, disgrafías) dislalias, diagnósticos y terapias (individuales o grupales). Asesoramiento a padres y profesores. C/ Murillo, 5-6º C. Alcalá de Henares. Tel. 881 57 67.

PSICOLOGO CLINICO. Especializado en conductas asociadas (delincuencia, deserciones familiares, vagabundeo, agresividad, etc.) C/ Bravo Murillo, 123-2º centro. Teléfonos: 254 44 57 y 262 33 71 (petición hora tardes de 5 a 9).

GRAFOPSILOGO DI PLOMADO. Grafología clásica y g. científica (con grafometría). Se ofrece para realizar informes a Gabinetes, colegios, selección de personal, etc. Experiencia avalada por más de 150 informes ya realizados. Interesados llamar al tel. 739 64 65.

DIAGNOSTICO Y PSICOTERAPIA niños, adolescentes y adultos. Tratamiento problemas. Lenguaje hablado y escrito. Cursos de formación para licenciados. Petición hora: Tel. 435 31 70.

OAPU (Organización de Asistencia Psicológica Universitaria). Trabajo específico con universitarios en: Diagnóstico y orientación individual. Psicoterapias individuales y/o de grupos, de orientación psicoanalítica; tratamiento de conflictos familiares. M.H. Alvarez Aza. Tel. 279 14 20. L. Baena Preysler, teléfono: 253 43 39. C/ Francisco Gervás, 12-2º A.

Lea este anuncio en voz alta

¿Cuántos pueden oírle?
¿Cuántos, a su alrededor, pueden leer igual que usted?
En voz alta o baja. Pero de viva voz.

Si piensa que todos deberían poder hacerlo.

Si cree que todos tienen derecho a comunicarse igual que usted.

Si quiere hacer algo por ese mundo de silencio que —por serlo— apenas percibimos...

Suscríbese a PROAS, la revista de Promoción y Asistencia a Sordos.

Es una ayuda callada. Y eficaz.

Todo posible beneficio que se obtenga en la revista PROAS será destinado a la ayuda y promoción de los sordos.

DESEO SUSCRIBIRME A LA REVISTA PROAS

- ☐ Por un año
- ☐ Por dos años
- ☐ Por tres años

Precios suscripción anual: España y Portugal, 300 Ptas.
Sobretasas por vía aérea: Europa, 150 Ptas.; EE.UU., 430 Ptas.; Latinoamérica, 400 Ptas.

Nombre y apellidos

Dirección

Es una promoción asistencial de la Fundación General Mediterránea

Recorte y envíe este cupón a
PROAS: Velázquez, 4. Madrid-1

CONSULTORIO de Psicología. Niños, adolescentes, adultos. Diagnóstico y terapia. Consulta previa petición al tel. 705 14 35 (tardes).

PSICOLOGIA CLINICA. Exploración y Psicoterapia de Adultos individual y grupos. Exploración y reeducación de niños. COPIG C/ Fernández de Oviedo, 5-1º A. Tel. 413 39 58.

GABINETE Psicopedagógico Clínica Saluber. Terapias infantil y de adultos. Problemas de aprendizaje. Tel. 202 92 98. C/ Caleruega, 8. Pinar de Chamartín.

TRABAJO

AYUDO A PSICOLOGO que desee empezar a trabajar por su cuenta en mi gabinete. Asesor, colaboro, proporciono materiales, máquinas y test. C/ Arenal. Tel. 259 64 22.

PSICOLOGA con experiencia en reeducación de deficientes, trastornos de aprendizaje, retraso y dificultades del habla, se ofrece para gabinete o centro. Tel. 409 20 00 (tardes).

PSICOLOGA especializada en Psicología Infantil. Diagnóstico, orientación y reeducación. Deficiencias y alteraciones del lenguaje, lectura y escritura.

AYUDO AL PSICOLOGO que desee empezar a trabajar por su cuenta en mi gabinete (c/ Arenal) proporcionándole toda clase de materiales y tests. Con o sin asesoramiento y

colaboración. Tel: (91) 259 64 22.

SOLICITO PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA. Se requiere: sólida formación como psicoterapeuta; orientación psicoanalítica; psicoterapia personal; edad entre 26 y 33 años; preferible con algo de experiencia; que tenga local para atender pacientes sólo durante algunos meses. Se ofrece: puesto para formar equipo en un despacho de psicología, bien respaldado; retribución económica alta. Mandar curriculum y teléfono de contacto a nombre de D. Jorge Cerdán. Avda. Ferrol del Caudillo, 17, 2º Madrid-29. Los datos del curriculum tendrán que justificarse si se selecciona.

DESPACHOS

COMPARTIMOS CONSULTAS zona céntrica con profesionales médicos y psicólogos. Teléfono: 447 53 09.

CONSULTA. Alquiler consulta para psicólogo o psicoanalista, muy céntrica, por horas. Dos despachos y/o sala de grupos. Información: teléfono: 983 47 28 19. Valladolid.

ALQUILO CONSULTA zona céntrica, con profesionales médicos y psicólogos. Tel: 231 43 66.

COMPARTIRIA mi despacho (completo) de psicoanalista con otro psicoanalista o psicólogo por 10.000 pesetas mensuales. Situación junto Metro Argüelles. Preguntar por Sr. Rodríguez. Tel: 243 78 67 (de 1 a 4,30 de la tarde).

CONSULTA. Se alquila consulta bien ubicada por horas (plaza de Santa Ana). Sala de conferencias. Llamar al teléfono: 231 43 66, de 12 a 20 h.

CONSULTA alquiler, en centro psicoanalítico, a psicoanalista preferible experiencia profesional y buena formación. Puede ser consulta completa, por días o por sesiones. Santa Teresa, 5, primera planta. Tel: 419 89 42. Llamar de 11 a 13 o de 20 a 21 h.

VARIOS

PROGRAMAS DE ESTADISTICA para ordenadores Sinclair (ZX81 y ZX Spectrum). Introduciendo los datos una sola vez se obtienen valores máximos y mínimos, media y desviación típica de cada variable, y, respecto a cada par de variables, coeficiente de correlación de Pearson y gráfico de nube de puntos. Capacidad máxima de tratamiento de datos, desde 100 pares de datos (ZX81-16k) hasta matrices de puntuaciones con 1.500 o más puntuaciones (ZX Spectrum), que pueden conservarse independientemente en cinta de "cassette". Otro programa complementario permite acumular muestras, para tratar conjuntos muy amplios de datos. Tel: (988) 22 16 47.

PLAYA GANDIA, alquiler piso, ocho camas, terrazas con magníficas vistas, zona ajardinada, piscina, aparcamiento, parque infantil, completamente instalado y nuevo. Septiembre: 75.000 ptas. Teléfonos: 259 64 22 y 734 32 67. Madrid.

SALVAR LA VIDA DE 20.000 NIÑOS CADA DIA

Este es el objetivo del UNICEF, mediante cuatro avances: Terapia de rehidratación oral, Vacuna termoestable contra el sarampión, Lactancia materna y Gráficas de desarrollo.

Esperamos su ayuda. ¡Hágase socio del UNICEF!

unicef

Asociación UNICEF-España

Solicite información al Apartado de Correos 12.021 de Madrid.

CÁRITAS CON TODOS



TRABAJAMOS POR LA JUSTICIA

Martín de los Heros, 21
MADRID-8

Collegio Oficial de Psicólogos

PAPELES del COLEGIO

BOLETIN DEL ANUNCIANTE

Colegio Oficial de Psicólogos
Fernández de los Ríos, 87. MADRID-15

Para tener acceso a nuestra sección de anuncios gratuitos cualquier colegial puede enviar este boletín con el texto que desee insertar.

Apellidos Nombre
Nº de colegiado
Domicilio
Población D.P. Provincia

TEXTO DEL ANUNCIO



Luis Llavona

Aparece una nueva revista,— la Revista Española de Terapia del Comportamiento—, cuyo número 1, fechado en Abril tenemos en nuestras manos. Luis Llavona su director está con nosotros, ¿Podrías decirnos qué objetivos pretendéis alcanzar al sacar al mercado esta nueva revista?

—Los objetivos lógicamente son múltiples. Por una parte, al ser una revista española de terapia del comportamiento, la orientamos en una línea teórica: la línea de terapia del comportamiento; eso, ya de antemano, marca una serie de objetivos o propósitos. Nosotros nos dirigimos a todos los psicólogos, pero les ofrecemos una información y una visión desde ese punto de vista teórico.

¿Y qué es lo que pretendéis hacer dentro de ese marco?

—Pretendemos aglutinar a todos aquellos profesionales que están trabajando en psicología en los aspectos comportamentales y les ofrecemos una tribuna de explicación y de difusión de sus trabajos. Por otra parte, tenemos otro tipo de objetivo que es el de impulsar la psicología, pre-

cisamente a través de la línea de terapia del comportamiento, sacando nuevos temas punteros, esforzándonos en informar de aquellas realizaciones innovadoras que se están realizando en España. Una labor que tampoco queremos olvidar y que es muy necesaria, es la de ayudar a la formación y a la puesta al día de los psicólogos españoles desde nuestra línea.

¿La labor que pretendéis hacer con la Revista Española de Terapia del Comportamiento puede solaparse con alguna otra iniciativa editorial, o pensáis que es una iniciativa nueva que expande la oferta de publicaciones?

—Solapar yo creo que no. Desde el punto de vista de la terapia del comportamiento no hay una revista en España que se dedique exclusivamente, como ésta pretende, a trabajos de esa línea teórica. No nos solapamos, pues, sino que añadimos otra pata más a esa mesa que creo que todos estamos sosteniendo.

Seguramente lo que te voy a preguntar es muy conocido pero de todos modos, aprovecho que estamos juntos, para preguntártelo, ¿qué es

En Papeles del Colegio, Psicólogos creemos que una de nuestras misiones es la de dar a conocer todas las iniciativas editoriales psicológicas que se inicien en nuestro país. Ante la publicación del número uno de la Revista Española de Terapia del Comportamiento, hemos acudido a entrevistar a su director, Luis Llavona.

AETCO, qué es la Asociación que lanza esta revista?

—Bueno AETCO, es la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Es una Asociación que ha partido de la práctica. Ha sido formada, no exclusivamente pero sí fundamentalmente por sectores profesionales desde una vertiente de aplicación de la terapia de conducta. Había una serie de inquietudes y una serie de realizaciones que no estaban suficientemente respaldadas por ninguna asociación, por ninguna agrupación y se pensó en reunir experiencias y esfuerzos y crear una Asociación de ámbito estatal que permitiera aglutinar a profesionales que estaban trabajando en terapia del comportamiento en sus múltiples variantes, es decir, no sólo en terapia estrictamente hablando, si no también en aspectos educativos, o comunitarios.

¿Y qué otras actividades tiene AETCO aparte de la edición de la revista?

—AETCO es una Asociación nueva, porque tiene, si no recuerdo mal, tres años nada más. Tiene labores de formación impartiendo una serie de cursos, cursillos, ha realizado dos congresos nacionales; a partir de que la AETCO pertenece a la Asociación Europea de Terapia del Comportamiento, que a la vez está en la Asociación Mundial, aparece una proyección internacional: contactos, intercambios de informaciones, gestión de becas,—por ejemplo la única beca que ha dado la Asociación Europea el año pasado la

concedió a un español—; es decir, lo que se favorece con estas cosas es el trasvase de comunicación desde ámbitos internacionales a España. En España, la psicología estaba empezando y en terapia de conducta estaba bastante en mantillas. La Asociación pretende, además de aglutinar y potenciar las realizaciones de los terapeutas de conducta servir como introductora de esos trasvases de comunicación de ámbitos internacionales a las necesidades españolas.

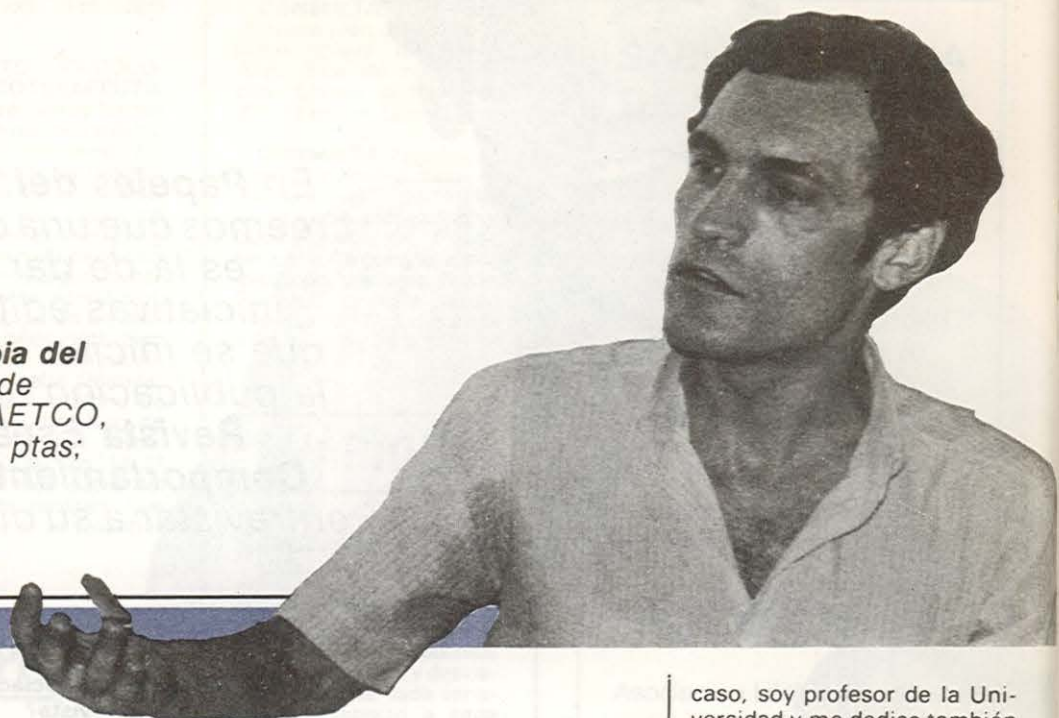
¿Y la revista también va a jugar un papel de intercomunicación con otros países? ¿Se va a publicar predominantemente producción española o pensáis también publicar traducciones?

—Es una revista española y cuando decimos española utilizamos un término muy amplio. Queremos decir que está generada por la Asociación Española de Terapia del Comportamiento y entonces sería de ámbito estatal. Queremos decir también que deseamos potenciar y recoger trabajos españoles. Pero no excluiremos, ya que sería un absurdo, todos aquellos trabajos que lleguen del extranjero, pero siempre que sean originales para la revista. En este sentido podríamos reproducir un artículo escrito en otra lengua, pero no realizar traducciones de artículos ya publicados.

Has hablado de que tanto AETCO como la revista de la que intentas ser portavoz, está inspirada desde un punto de vista teórico, el de la



Revista Española de Terapia del Comportamiento. Precios de suscripción: miembro de AETCO, 900 ptas; estudiante, 1.000 ptas; otros, 1.200 ptas. Para información, escribir al apartado 9.209 de Madrid.



terapia del comportamiento. Si te pregunto que si eso no va a implicar sectarismo, me vas a decir que no. Pero ¿podrías explicarlo más?

—No te voy a decir que no; lo que pasa es que depende de a qué des tú la denominación al sectarismo.

Bueno, pues explícame en qué va a consistir vuestro punto de vista teórico.

—Está claro. Lo señala el título de la revista. Nosotros seguimos una línea científica que se basa en una metodología experimental, en unos principios derivados de la ciencia del comportamiento y en esa línea es donde acogemos investigaciones, desarrollos, que vayan en ese sector y para ese sector. Entonces es, si quieres, parcial, porque toda la realidad es parcial; va en una línea muy determinada si eso se le quiere llamar sectarismo pues será sectario.

¿Es una revista exclusivamente madrileña o tenéis relaciones con otros grupos de fuera de Madrid?

—Vuelvo a remitirme al nombre, —Revista Española—, y es órgano de la Sociedad Española; luego es de ámbito estatal; aunque ambas surgieron de un núcleo donde predominan psicólogos del área de Madrid, tienen un ámbito estatal. Si te fijas en el comité de redacción, predominan los madrileños, aunque hay personas de fuera, pero esto es más por motivos funcionales que por una intencionalidad de territorio. Donde más se está trabajando, apar-

te de Madrid, puede ser en los núcleos de Barcelona, de Valencia y del Norte. Entonces lógicamente esta revista y cualquier otra revista, probablemente en cuanto a la territorialidad de aportaciones, va a tener algún sesgo no pretendido debido a la configuración territorial de la comunidad española de psicólogos. Por tanto, pensamos que de ello se obtendrá una gran utilidad para el terapeuta que tiene que enfrentarse a la práctica diaria.

Si tuvieras que definir vuestra revista, ¿la definirías como una revista científica, social, política, mezcla de los tres?

—Yo creo que cualquier revista, cualquier publicación, algo de todo eso tiene, directa o indirectamente. ¿Es una revista científica? Sí, puesto que tiene unos marcos de rigor metodológico imprescindibles. ¿Revista social? También, puesto que intentamos ampliar una serie de aportaciones que redundan en un bienestar para la población a través de la formación y de la difusión de una serie de técnicas y procedimientos modificadores que van a alterar la sociedad a la que uno se dirige, procurando un mejor bienestar social. Pero también es social desde el punto de vista de la psicología, con una labor, como decía antes, no sólo de puesta al día y de medio de comunicación, si no formativo. Si nos fijamos en las sec-

ciones de este número 1 veremos que algunos artículos se centran fundamentalmente en la investigación básica, básica pero con una aplicabilidad bastante inmediata; luego se recogen una serie de trabajos de aplicaciones, de tratamientos determinados; luego hay una revisión de un área, que eso tiene un nivel de puesta al día; y por otra parte hay reseñas de libros, información de congresos y demás actividades, dentro también, vuelvo a decir, de la terapia de comportamiento.

—El comité de redacción está integrado (por orden alfabético) por: José Cáceres, que trabaja en el País Vasco; es especialista y tiene varias publicaciones en trabajos con niños de neuresis; está encargado en un centro de la Diputación de Navarra de planificación familiar y aspectos sexuales. Enrique Cervantes, es una persona que trabaja aquí, en Madrid; está fundamentalmente dedicado a clínica de adultos. Miguel Costa trabaja en el ámbito Municipal dentro de los asuntos del ámbito comunitario. Francisco Labrador es profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Madrid y está orientado dentro de la modificación de conducta en todo el ámbito del dolor y las técnicas de Bio-Feed-Back. Eduardo Sánchez, es otro psicólogo que trabaja aquí, en Madrid, y se dedica a la clínica de adultos y también con niños. Y por último, en mi

caso, soy profesor de la Universidad y me dedico también a la clínica de adultos.

¿Cuál es vuestra tirada inicial?

—La tirada inicial estamos tratando de acercarnos a los mil ejemplares. No tenemos todavía, por ser el número 1, una tirada muy amplia; pero sí pensamos que tenemos un potencial bastante amplio.

¿Dónde se va a poder encontrar?

—Va a estar en librerías, pero también se puede solicitar al apartado de correos de Madrid 9.209, que es el de la Asociación.

Daniel Iríbar

ESCUELA DE PSICOANÁLISIS GRUPO CERO SEMINARIO SIGMUND FREUD

(IV Convocatoria)

ABIERTA LA MATRICULA

La Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero abre la inscripción al Seminario Sigmund Freud de tres años de duración.

Convoca a todos aquellos relacionados con los campos de la salud y educación en general: médicos, psicólogos, estudiantes, matronas, puericultores, maestros, ATS, asistentes sociales y todas aquellas personas vinculadas al campo de la intersubjetividad.

CURSO 83-84

FERRAZ, 22 - 2.º izqda.

M A D R I D - 8

Teléfono: 242 33 49

NORMAS PARA EL ENVÍO DE ORIGINALES A "PAPELES DEL COLEGIO"

Los trabajos deberán de tener una extensión máxima de 7 holandesas mecanografiadas a doble espacio, por una sola cara.

En folio aparte deberá figurar el título y nombre del autor o autores.

Las figuras, dibujos o gráficos deberán enviarse en tinta china o copia fotografiada; las ilustraciones en general irán numeradas correlativamente con la indicación del lugar del texto donde deben de incluirse.

Las notas a pie de página se numerarán por orden de aparición y se mecanografiarán aparte.

El original deberá ir acompañado de una breve nota con la dirección del autor, su teléfono, número de colegiado, centro de trabajo y una breve reseña de su trayectoria profesional.

La redacción de "Papeles" se reserva el derecho de publicar el trabajo en el número que considere más oportuno. Acusará recibo de los originales recibidos, pero no mantendrá otro tipo de correspondencia ni devolverá los originales.

Los trabajos deberán de remitirse a la redacción de "Papeles del Colegio". Fernández de los Ríos, 87, 3.º. Madrid-15.

DOCUMENTOS QUE ES PRECISO PRESENTAR PARA COLEGIARSE

- 3 Fotos tamaño carnet.
- Póliza de 25 Ptas.
- Carnet de Identidad.
- Título original (o fotocopia compulsada).
- Para los que aún no les hayan entregado su título deberán traer los resguardos del mismo (siempre y cuando estos no tengan más de un año desde la fecha de solicitud).
- Traer el nº de cuenta, nº de Agencia y domicilio completo de la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros donde se desee que se pasen los recibos del Colegio.

GABINETE DE ORIENTACION PSICOLOGICA



Presenta a los psicólogos españoles una infraestructura metodológica completa para psicología escolar:

- Instrumentos de medida y diagnóstico.
- Métodos de corrección y valoración.
- Instrumentos de recuperación.
- Sistemas para supervisión psicopedagógica.
- Cursillos de formación y reciclaje.

Todo esto a través de las siguientes posibilidades:

- Editorial propia.
- Bancos de datos exhaustivos.
- División informática con ordenadores propios.
- Departamentos de reeducación y didácticos.
- Conexiones en toda España.

Cientos de psicólogos profesionales de toda la nación, desde hace casi veinte años, se apoyan en los aportes del único gabinete Psicopedagógico que presenta una gama integral de ayudas al Orientador.

Si te mueves en Psicología Escolar y deseas una información más completa, envía el boletín adjunto a **Gabinete de Orientación Psicológica EOS**, c/ Orense, 12 - 1.º - Ofi. 10 Madrid-20.

Soy psicólogo y deseo información sobre material, sistemas y "apoyos" que presenta en Psicopedagogía el **Gabinete de Orientación Psicológica EOS**.

Nombre

Dirección

Provincia

D.P. Teléfono

Profesión

Cargo

CENTROS DE RECONOCIMIENTO MEDICO PARA CONDUCTORES



FORMA DE PAGO:
36 MESES
MEDIANTE LEASING

345.000 PTAS.

POLIRREACTOMETRO SENSOMOTOR INFORMATIZADO REIN-IV (Autorizado por Sanidad)

PARA MEDIR:

- LAS REACCIONES MULTIPLES
- LA VELOCIDAD DE ANTICIPACION
- LA ATENCION CONCENTRADA
- LA COORDINACION BIMANUAL

CONFORME A LO DISPUESTO EN EL REAL DECRETO 1467/82 DE 28 DE MAYO SOBRE ACTITUDES SENSOMOTORAS PARA LA OBTENCION O RENOVACION DE LOS PERMISOS DE CONDUCIR DE LAS CLASES C, D Y E.

EQUIPO COMPUESTO DE:

- MICROORDENADOR DE 32 K RAM
- LECTOR DE CINTAS DE CASSETTE
- TV COLOR
- PAREJA DE CONTROLES (JOYSTICKS Y KEYPADS)
- MESA COMPACTA CON TODOS LOS MECANISMOS DE CONSTRUCCION MODULAR
- DOS CINTAS DE PROGRAMAS CON LA APLICACION

DISPONIBLE PARA TODO EL TERRITORIO NACIONAL. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS. 6 MESES DE GARANTIA.

SERVICIO DE INSTALACION Y CURSILLO DE APRENDIZAJE

MICRO SYSTEM EDIFICIO SEVILLA-2, AVDA. SAN FRANCISCO JAVIER S/Nº
SEVILLA-5. TELF. (954) 63 57 11