

N.º 4/5

MADRID

SEPTIEMBRE 1982

Colegio
Oficial



de
Psicólogos

**El equipo
multiprofesional**

Pilar Arranz
Miguel Costa
M. Angeles Echomove
Angara Ferrey
Alfredo Garcia
Jose Antonio Morán
Ricardo Hernández
Santiago Prieto
Serafin Ruano

**Los psicólogos franceses y su lucha por el
reconocimiento legal del título**

Adolfo Hernández

**Enfoque interdisciplinario de
planificación familiar**

C.E.S. de Carabanchel

PAPELES del COLEGIO

Boletín del Colegio Oficial de Psicólogos

Dirección: JUNTA DE GOBIERNO DE LA DELEGACIÓN DE MADRID

Editorial

- El psicólogo y la escuela 1
- A fondo. El equipo multiprofesional**
- La actuación del equipo. *Santiago Morán* 3
- Experiencias de trabajo multiprofesional. *Miguel Costa* 5
- El profesor de educación especial en el equipo. *José Antonio García* 7
- El asistente social en el equipo. *Amparo Ferrer y María Angeles Echanove* 8
- El equipo multiprofesional en rehabilitación. *Ricardo Hernández* 9
- Tratamientos psicológicos básicos en retraso mental. *Alfredo Fierro* 11
- La psicología aplicada a la rehabilitación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. *Angel Ruano* 14
- Un psicólogo en un servicio de hemofilia. *Pilar Arranz* 17
- El minusválido ante el mercado de trabajo. *Serafín Prieto* 19
- Declaración de Sundberg 20
- Carta para los años 80 22

Reflexiones

- Acercando la psicología a la comunidad 25

Encuentros científicos

- La psicología como ciencia. *Ricardo Martínez* 28
- Primeras Jornadas sobre adolescencia 28
- 2º Seminario Iberoamericano para orientación escolar y profesional. *Antonio Rodríguez García* 30
- La reunión de Murcia sobre intervención psicológica 38
- En torno al VIII Congreso. *Miguel Pérez y Alejandro Torres* 38
- Seminario sobre política social en España 40

- Primeras Jornadas de modificación de conducta cognitiva. *Verania Andrés* 42
- IV Encuentro de Escuelas Infantiles. *María Antonia Álvarez-Monteserín* 44

Experiencias

- En el CPS de Carabanchel, un enfoque interdisciplinario de planificación familiar 49

Situación laboral

- Clasificación ocupacional y funciones de los psicólogos en los Estados Unidos. *Belarmino Vigara* 54

Información colegial

- Continúa injusto trato de psicólogos en la Aisna 61
- Honorarios mínimos 62
- Aisna, oposiciones de nunca acabar 62
- Sobre los requisitos para colegiarse 64
- II Jornadas de psicología y municipios 64
- La comisión de psicólogos en hospitales. *Pedro Pérez* 65
- Junta de Gobierno Estatal. *Adolfo Hernández* 67
- Inclusión de psicólogos en el régimen especial de la seguridad social de trabajadores por cuenta propia o autónomos 73
- Funcionamiento de las delegaciones 75

Documentación

- Los psicólogos franceses y su lucha por el reconocimiento legal del título. *Adolfo Hernández* 77
- La información y documentación científica en psicología 81

Boletín Oficial del Estado 83

Sala de lecturas 100

Redacción: Alejandro Avila, Carlos Camarero, Alfredo Fierro, Adolfo Hernández, Daniel Iribar (redactor-jefe), Enrique Loscos, Ricardo Lucas y Serafín Prieto.

Edición y diseño: Daniel Iribar.

Junta de Gobierno, Delegación de Madrid: Carlos Camarero —presidente—, Alejandro Avila —vicepresidente—, Adolfo Hernández —secretario—, José María Prieto —vicesecretario—, Antonio Pérez —tesorero— y los vocales: Julio Álvarez, Juan Carlos Duro, Consuelo Escudero, Luis Llavona, Víctor Pérez, Pablo del Río, Mariana Segura y Encarnación Vázquez.

La reseña del libro de Seligman "Indefensión" la realizó Julio Torralbo. Un error dejó su crítica sin firma.

"Papeles del Colegio" se distribuye gratuitamente a todos los colegiados. Suscripción para los no colegiados: cinco números, 750 pts. Número suelto: 175 pts. Número atrasado: 200 pts.

Depósito legal: M-27453-1981. ISSNº 211-7851.

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

De este número de "Papeles del Colegio" se han editado 7.000 ejemplares.

Redacción y Administración: Fernández de los Ríos, 87. Tfno: 244 58 13.

Fotocomposición e impresión: Stelvio Impresores. Matilde Hernández, 28.

Edita: Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Madrid.



Editorial

El Psicólogo y la Escuela

La actuación del psicólogo debe encaminarse a intervenir en el ámbito escolar (profesores y alumnos) y en el ámbito comunitario (familia y comunidad) y no sólo limitarse al diagnóstico de posibles anomalías o problemas de aprendizaje.

La labor a desarrollar en su intervención debe ir encaminada a prevenir posibles situaciones de conflicto entre la escuela, la familia y el niño, de forma que evite aquéllas en las que se puede dificultar el aprendizaje; lo cual puede estar motivado por varias causas:

- Los programas no se adaptan a las necesidades reales del niño.
- El ambiente familiar puede entrar en conflicto con la necesidad de un equilibrio armónico personal del niño.
- La escuela, como institución, puede estar demandando una socialización por medio de los profesores que nada o muy poco tenga que ver con la realidad ambiental del niño.

Se hace necesario, por tanto, que el psicólogo esté al tanto de la demanda que se hace al niño, del medio social, familiar y escolar en el que ha de darse el aprendizaje, y de qué tipo de servicios se le proporciona para la satisfacción de sus necesidades: afectividad; capacidad; nivel de desarrollo; adaptación; ocio; asistencia sanitaria y salud mental; etc.

Por tanto, los niveles en los que el psicólogo debe situar su actuación profesional no se limitan sólo al niño mediante el tradicional modelo de diagnóstico y evaluación, sino que intervendrá igualmente con el profesorado y con la familia, como núcleos (o personas) que están incidiendo directamente en el proceso educativo del niño.

Por ello el psicólogo no sólo aplicará tests de inteligencia, aptitud, personalidad, actitudes, etc., como un fin en sí mismos, sino que estas técnicas las utilizará como medio de conocimiento de una realidad compleja. El test arroja unos datos, en muchas ocasiones ajenos al grupo social en el que se desenvuelve el niño al que se le aplica, y por lo tanto sus resultados deben ser cotejados con esos otros niveles ambientales para poder diagnosticar, calificar o evaluar un problema.

Pero a partir de ahí (y no sólo con los tests) el psicólogo deberá elaborar programas de enseñanza ajustados a las necesidades del niño, en función del resultado de analizar los otros niveles, integrando los datos y proponiendo a profesores y a padres unos programas de actuación conjunta, integrada y dirigida a transformar no sólo las conductas desadaptativas del niño, sino a modificar todo aquello que está impidiendo un desarrollo armónico y un aprendizaje adecuado de las habilidades sociales. Cualquier diagnóstico deberá integrar este análisis ambiental, social, familiar, etc.

No es adecuado el diagnóstico basado exclusivamente en datos numéricos que arrojan los baremos de las tablas de los tests, porque, en muchos casos, dichos baremos responden a una población distinta de la del niño examinado, y por lo tanto con unas condiciones socio-ambientales distintas.

Existen muchos errores de diagnóstico (y este es un dato negativo muy importante que puede producir una "marca" en el niño, en los padres, profesores, etc.), porque se basa sólo en la aplicación de una batería de tests que ni siquiera analiza el propio psicólogo, ya que existen casas expendedoras de tests que a su vez, poseen máquinas informáticas que resuelven la baremación en segundos y como resultado de unos datos numéricos se obtienen calificativos estandarizados.

Este sistema que inutiliza la labor que un psicólogo (dentro de un equipo multiprofesional que se plantee todos los aspectos apuntados más arriba) está muy extendido entre los Colegios. Como resultado de ello, en el boletín de notas mensuales o anuales aparecerán unos datos que sirven para justificar unos cobros extras a los padres.

La utilización de la Psicología como un lujo por determinados Centros privados también es analizable desde este punto de vista: mientras el Ministerio correspondiente no dota a los Centros estatales de los servicios psicopedagógicos debidos, algunos Colegios privados entre sus servicios anunciará la Psicología, con lo cual se convierte en un lujo y no en un servicio público.



"Papeles del psicólogo" es la sección fija en la que recogemos todas las cartas que nos envíen. Para que se publiquen es imprescindible señalar el número de colegiado así como la indicación de si se prefiere firmar con el propio nombre o no firmar.

ASOMBRO ANTE ARTICULO DE ASIS

He leído con atención el artículo firmado por Francisco Asís Blas, publicado en el número 2 de la revista, y quisiera hacer algunas consideraciones sobre el mismo.

Estoy básicamente de acuerdo con su contenido general (necesidad de crear una Facultad de Psicología con criterios experimentalistas), pero no puede dejar de asombrarme que el autor considere como experimentales (y por lo tanto científicas) únicamente a las corrientes comportamentales, considerando al resto como meros apéndices de la filosofía.

Como dicha afirmación supone un acto de soberbia en los propios planteamientos y/o una ignorancia manifiesta sobre otros enfoques, debo recor-

dar, Sr. Director, que nadie debería otorgarse el título de la exclusividad científica sin antes hacer un acto de humildad y un acercamiento, siquiera teórico, a otras fuentes, no por ignoradas menos científicas.

Las investigaciones científicas llevadas a cabo por psicólogos humanistas y fenomenólogos —como Carl R. Rogers, creador de un enfoque basado precisamente en estudios empíricos y honrado por ello en 1956 con el premio de la American Psychological Association por "contribución científica distinguida", y nombrado ese mismo año Presidente de la Academia Norteamericana de Psicoterapeutas— hacen tambalearse a este tipo de afirmaciones poco rigurosas. Animo a Francisco Asís Blas, presidente de la Comisión de Plan de Estudios de la Facultad de Psicología de la Compluten-

se de Madrid, a leer y comprobar la abundante bibliografía existente sobre el tema

Ricardo Ros
Pamplona

ESCUELA DE PSICOANALISIS

Hemos leído con satisfacción el número 1 de *PAPELES DEL COLEGIO* y agradecemos la generosa acogida que ha tenido en vuestra revista el debate surgido de la muerte de Jacques Lacan. Como ustedes saben este debate prosigue, también en otros medios y por otros medios (no siempre tan éticos, como la discusión pública).

Aprovechamos la oportunidad de saludarles, para mandarlos información sobre las actividades de nuestra Asociación y algunas de nuestras publicaciones.

Las relaciones entre la Psicología (sus diversas vertientes), la Psiquiatría (sus diversas escuelas), y el Psicoanálisis (sus diversos discursos) se encuentran oscurecida por la falta de información y por los intereses que sostiene esta falta de información.

PAPELES DEL COLEGIO por lo que se puede inferir de su primer número parece ser una publicación dispuesta a explicitar un campo muy preciso. Es a partir de esa explicitación que deberá hacerse en cada uno de los campos puestos en juego, que surge la posibilidad de un debate sobre el estatuto de las prácticas y sus efectos sociales.

Cordialmente en nombre de la Junta Directiva y de los Asociados de la *Escuela de Psicoanálisis*, les saluda.

Rosa María Calvet Romani

ANUNCIOS BREVES

CURSOS Y CONGRESOS

PSICOLOGIA HUMANISTA (EUPATHOS)

Entrenamiento y Seminarios en Análisis Transaccional, Grupos de Encuentro, Gestalt, Psicoterapia Racional Emotiva. Cristóbal Bordiu, 10 - 1º - C. Tfno.: 442 28 13. Madrid-3.

RORSCHACH. Curso teórico-práctico (82-83). Clases de una hora y media impartidas en el Centro de psicología evolutiva (Director Dr. Carmelo Monedero). Paseo de Rosales, 12, 1º izq. Tfno.: 241 60 35. Información en la secretaría del centro de 16 a 21 horas.

ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA de niños y adolescentes. Curso de tres años. Abierta la inscripción. Plazas limitadas. Sexto curso. Atocha 20, 1º izq. Tfno.: 239 19 09.

INSTITUTO DE ORIENTA-

CION PSICOLOGICA EOS. Organiza en los meses de Septiembre, Diciembre y Julio los siguientes cursos en el campo de la Educación y Orientación Psicológica:

- Psicopedagogía.
- Problemas de lenguaje.
- Problemas lécto-escritores.
- Técnicas de estudio.
- Grafología.
- Análisis transaccional.

La programación de cursos y seminarios de EOS lleva casi veinte años de desarrollo y cuenta con ponentes de la máxima experiencia.

Información: EOS.- Orense, 2. Oficina-10, primera planta. Tfnos.: 455 33 28 y 455 39 13.

"El Congreso de Psicoterapia de Grupo" programado para el mes de Agosto de 1983 en México, ha quedado pospuesto para los días del 21 al 28 de Abril de 1984 en la misma ciudad. Para mayor informa-

ción dirigirse a Instituto de Psicoterapia "Peña Retama". Tfno.: 248 03 28. Representante Comité Ejecutivo, Doña Mariana Prado de Molina".

TRABAJO

TRADUCCION. Psicóloga bilingüe en inglés haría trabajos de traducción simultánea o traducciones escritas para editoriales, empresas o particulares. Llamar a partir de las 9,00 noche a María Jesús Martínez Escobar. Tel. 244 46 71.

GABINETES

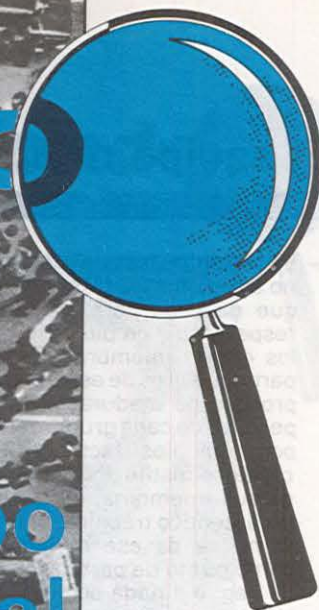
INFANTIL. Centro especializado en psicología infantil Diagnóstico y orientación. Autismo. Deficiencias y alteraciones de lenguaje. Reeducción de lectura y escritura (dislexia, disgrafía, etc.) Asesoramiento a centros preescolares y esco-

lares. Avda. Trinidad, 48, bajo. Tel. 25 08 01.

APRENDIZAJE. Centro de psicología aprendizaje y conducta. Consultas y terapias psicológicas. Retraso escolar, rehabilitación del lenguaje, dislexias, dislalias, educación especial. Terapias sexuales. Consultas de 5 a 8 de lunes a viernes. Calle Segovia, 11, 4º C. Alcalá de Henares.

MUJER. Centro de psicoterapia de la mujer. Grupos psicoterapéuticos de orientación psicoanalítica. Honorarios: 300 pesetas la hora. Este centro está patrocinado por A.P.E.C. (Asociación para la Evolución Cultural), entidad subvencionada por el Ministerio de Cultura. Tfnos: 407 98 33 y 415 96 35.

PSICOTERAPIA de grupo e individual en base psicoanalítica. Pez Volador, 26. J.F. Cavestany. Tfno.: 274 94 54.



Finalizamos en este *a fondo* la publicación de los textos leídos en el ciclo organizado por nuestro Colegio sobre *minusválidos y psicología en la sociedad actual*. El equipo multiprofesional, como organización más adecuada para abordar la recuperación, es el tema central de la entrega; a la vez, incluimos algunas aportaciones sobre el papel del psicólogo en la recuperación, aportaciones íntimamente vinculadas a una práctica multidisciplinar. Por último, ofrecemos un resumen de *La carta para los años 80*, declaración de prioridades sobre discapacidad y rehabilitación, y la *Declaración de Sundberg* sobre acciones y estrategias para la educación, prevención e integración.



QUISIERA plantear una serie de puntos de reflexión referentes a tres aspectos: al sentido básico o filosofía de la acción en equipo interdisciplinar, problemas de funcionamiento y ubicación en el contexto institucional y social.

Visión global

El primer gran punto se refiere al sentido del trabajo en equipo en el campo de la rehabilitación en sentido amplio. ¿Qué es el trabajo en equipo, qué aporta frente a otras fórmulas de actuación?. En el equipo multidisciplinar han de enfatizarse, pienso, igualmente el sustantivo y el adjetivo. No hay

La actuación del equipo multiprofesional

SANTIAGO MORAN

equipo cuando el paciente es diagnosticado o tratado por diversos profesionales cuya única relación consiste en trabajar en el ámbito de la misma institución, aportando cada uno sus informes que se archivan reunidos en la historia respectiva. Claro que también hay que preguntarse si se da el trabajo en equipo simplemente por el hecho de que se celebren una serie de reuniones donde cada cual expone la visión que tiene del caso desde su perspectiva profesional. En realidad quizá pueda hablarse de grados o acercamientos al trabajo en equipo y posiblemente los dos indicados sean tales. No obstante en muchos de los que trabajamos en este campo, existe la idea de que el trabajo en equipo puede dar lugar, en el diagnóstico y el tratamiento, a resultados que justifiquen el énfasis que actualmente se pone en el mismo. En el diagnóstico, llegar a una visión del sujeto, que partiendo de y respetando las aportaciones parciales de cada perspectiva profesional, sea global, es decir, recoja la interacción dinámica de sus diversas facetas y planos (social, fisiológico, psicológico, etc.). En el tratamiento, en lógica correspondencia, programas individualizados que no pierdan de vista que se trata de habilitar o rehabilitar a una persona.

Descendiendo a la práctica concreta

podemos plantearnos si es factible el trabajo en equipo como lo acabamos de plantear. Desde luego cada profesional ha de partir de que él solo tiene una visión parcial y estar dispuesto a admitir la de los demás siempre y cuando cada uno se mantenga dentro de su campo. En el trabajo como equipo se trata de superar las visiones parciales, en ningún caso negándolas, sino puestas en el individuo concreto, interaccionado y determinándose mutuamente.

Claro que todo esto puede quedar en afirmaciones más o menos teóricas y doctrinarias irrealizables. Y desde luego es posible que en muchos casos suceda así con lo que el esfuerzo actual por instaurar un enfoque multiprofesional en el campo de la rehabilitación se quede en una moda que no afecta en absoluto a la calidad del trabajo, como ha ocurrido a veces en otros campos con innovaciones que se presentaron como auténticamente mesiánicas y que en realidad no tocaron para nada la sustancia de las cosas.

Condiciones previas

Como presupuestos para que el planteamiento multidisciplinar tenga éxito en el sentido indicado, señalaría:

El equipo multiprofesional

- La actitud de los que lo componen. Si no es de entrada la óptima, al menos que dé base para un intercambio respetuoso y en pie de igualdad con los demás miembros del equipo. A partir de ahí es de esperar que por un proceso de maduración, delicado y peculiar de cada grupo, determinado por múltiples factores (liderazgo, contexto institucional, personalidad de sus miembros, etc.), se llegue a un auténtico trabajo en equipo. Pero si no se da ese mínimo indicado como punto de partida, es difícil que se llegue a nada positivo.
- Un segundo presupuesto es externo al equipo: que se desenvuelva en un contexto institucional favorable, sin interferencias por vía jerárquica ni exigencias desproporcionadas a las posibilidades del equipo. En este aspecto es importante que la población asignada no exceda de sus posibilidades, pues de lo contrario el agobio de la agenda de trabajo individual impide el estudio detenido y conjunto de los casos, cortocircuitando el funcionamiento del equipo. Por otra parte debería discriminarse los casos que precisas de un enfoque de este tipo, de aquéllos que únicamente precisan una atención muy específica, en aras de una economía de tiempo y de dinero, y de un respeto a los interesados.

Problemas concretos

Voy a indicar a continuación algunos problemas concretos que se plantean en el funcionamiento del equipo multiprofesional:

El principal es problemático el de la definición de roles dentro del equipo y su estructura funcional. ¿Hay jerarquía entre los distintos roles profesionales? ¿profesiones con más "autoridad" que otras? ¿son los profesionales del diagnóstico, por ejemplo, de una categoría superior a la de los que aplican los tratamientos? Y en este mismo terreno se plantea el problema del liderazgo, si va ligado a uno u otro rol profesional, o se establece de otra forma.

Este tipo de temas se resuelve con dificultad porque involucran, más que criterios objetivos, intereses profesionales y corporativos, prejuicios, sentimientos que hacen rígidas las posiciones y abren la puerta a soluciones irracionales como puede ser la imposición de criterios por el más fuerte dentro del contexto institucional y social, con lo que se corre el peligro de enviciar de entrada el funcionamiento del equipo en lo que tiene de intercambio, síntesis, etc.

Con respecto a los roles se plantea también el problema del mutuo entendimiento respecto al ámbito profesional de cada cual. No basta con que cada uno sepa cuál es su función y aportación profesional propia, tiene que tener también una idea de cuál es la de los



Fernando Gallego

restantes profesionales del equipo y esto no siempre es fácil, porque cada uno tiene una idea clara de los límites de su campo y un conocimiento "vulgar" de los de los demás con lo que puede tender a encasillar a éstos de forma inadecuada, alimentada por los propios intereses. Esta indefinición o mala definición recíproca propicia los conflictos por intromisiones que en algunos casos pueden no ser tales, sino solapamientos reales entre los distintos ámbitos profesionales, aunque generalmente desde diferentes perspectivas.

Un caso particular de este problema se presenta con la incorporación de roles profesionales nuevos al campo de la rehabilitación y a los equipos (psicomotricistas, estimuladores, educadores de subnormales, etc.) que exige un esfuerzo de entendimiento por parte de las profesiones ya instaladas y definidas, algunas de las cuales pueden, en principio, sentirse amenazadas por estas profesiones que parecen invadir terrenos hasta ahora a ellas reservadas, ignorando la perspectiva propia y peculiar que da entidad a estas nuevas profesiones e incluso las bases teóricas en que se asientan. Problema éste propiciado, claro está, por la indefinición real de algunas de estas profesiones al carecer de un currículum formativo homogéneo y normalizado que permita saber cuál es el bagaje propio de conocimientos de estos profesionales.

En el equipo no sólo se producen conflictos originados por la definición confusa de roles, sino por la diversidad de marcos teóricos de referencia o, a veces simplemente, de ideologías. El conflicto entre psicólogos de distintas escuelas dentro de un equipo puede ser un buen ejemplo, a este respecto; pero no el único: la diferencia de criterios sobre la susceptibilidad de actuación rehabilitadora en una serie de casos "difíciles" puede ser también importan-

te. Se plantea así la cuestión de que hasta qué punto tenga que ser unitaria la filosofía del equipo, o mejor, qué nivel de divergencia de criterios sea compatible con el buen funcionamiento del mismo.

Para este segundo grupo de problemas referentes a la dinámica interna del equipo no creo que existan soluciones-recetas. No veo más vía que el ajuste gradual a través del diálogo basado en buenas relaciones personales, teniendo como presupuestos y reglas de juego: la igualdad entre los miembros del equipo, el reconocimiento de la competencia superior de cada uno en el campo profesional propio, la distinción entre datos científicos que se imponen por su propio peso y aquéllos otros susceptibles de debate en torno a lo que ha de llegarse a un consenso sujeto constantemente a comprobación y modificación.

El último aspecto que voy a tocar es el del equipo en el contexto social e institucional.

Los equipos que trabajan en el campo de la rehabilitación actúan condicionados por el marco institucional en que surgen (iniciativa pública o privada, medio sanitario, educativo, etc.). En el medio público se forman generalmente por cauces administrativos (oposiciones, concurso de traslados, etc.), su estructura y liderazgo son establecidos desde arriba, con lo que se hace necesario después un proceso de ajuste para intentar constituir un verdadero equipo. Y están sometidos a los vaivenes de los planteamientos políticos de fondo en el campo de la rehabilitación, que pueden afectar a su ámbito de actividad, metodología, composición e incluso a su misma existencia.

La descoordinación que caracteriza actualmente la red de servicios rehabilitadores perjudica seriamente a sus beneficiarios y condiciona la actividad de los equipos. El ciudadano necesitado de estos servicios no se encuentra con una oferta clara, fiable, ni en muchos casos asequible. Ha de vagar de un lado para otro buscando el mejor acomodo, en un itinerario que puede durar años, sometiéndose a múltiples diagnósticos, tratamientos y recomendaciones, no siempre homogéneos.

Es urgente que se plantee una política seria, científicamente basada, acorde con una filosofía de respeto y promoción de los derechos humanos y constitucionales, con objetivos claros a corto, medio y largo plazo, que, superando intereses personales, institucionales y gremiales, acabe con el desbarajuste reinante.

Entretanto y como paliativo, los equipos hemos de tender a coordinarnos por nuestra cuenta, superando el protagonismo fácil de creer que tenemos la mejor solución para el caso y tratando al máximo de mantener, siempre que sea factible, una continuidad en la línea de su recuperación. De no ser así se cae en un tratamiento despersonalizado de los sujetos que lleva a plantearse la utilidad del enfoque interdisciplinar. ■

Experiencias de trabajo multiprofesional

MIGUEL COSTA

M la participación en este número de *Papeles del Colegio* es en calidad de psicólogo que ha vivido algunas experiencias de equipos interdisciplinarios. En la actualidad estoy desarrollando mi trabajo en un Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid y en el contexto de un equipo interdisciplinario orientado al trabajo comunitario. Voy a permitirme plantear algunas reflexiones sobre el funcionamiento de estos equipos.

Un amigo, hace unos días, me comentó una anécdota ocurrida en unas Jornadas de Psicoprofilaxis del parto celebradas en Barcelona. Al parecer, un profesional, seguramente llevado por su celo en la defensa de la participación en un programa de este tipo, llegó a exclamar "la embarazada es mía". Naturalmente no se refería a que él la hubiera embarazado como es obvio sino que pretendía ser el único responsable de su seguimiento y control. Esta anécdota, que desgraciadamente aún hoy día se repite en muchos contextos, revela un *comportamiento anti-interdisciplinario* de un profesional. Cosas de este tipo evidentemente se dan a menudo, y es que nos olvidamos con frecuencia de que el objetivo de un equipo interdisciplinario es el *ser humano*, en este caso alguna persona con algún tipo de minusvalía.

Ya de entrada en mis reflexiones he de recurrir a *obviadas* que por tales no desearía señalar pero que, por la frecuencia de esas anécdotas a que me refería, voy a hacerlo. Una obviedad es, que la *minusvalía*, el caso concreto de que se trate *no es* ni médica, ni psicológica ni: sociológica. La realidad del caso es una, estructurada en diferentes niveles de complejidad e interacción y abordable mediante diferentes niveles de análisis no excluyentes sino complementarios. Suele decirse con relativa frecuencia "éste es un caso para endocrino", "éste es para psiquiatra o para psicólogo",...

Esto es un planteamiento falso. En cualquier caso de minusvalía, en un caso de parálisis espástica, de "deficiencia",... la asistente social, el psicólogo, y cualquier otro profesional pueden intervenir. El caso *no es de nadie*. Esto es una obviedad pero que conviene resaltarla.

La razón última del equipo interdisciplinario es la de conjuntar esos niveles de análisis, de coordinar esos niveles de análisis en aras de que la intervención sanitaria o rehabilitadora resulte mucho más eficaz.

No voy a detenerme en desarrollar

cuál es el nivel de análisis del psicólogo en un equipo multiprofesional. Opino que el psicólogo está definiendo ese nivel de análisis en la práctica y cuestionado y revitalizando otras clásicamente aceptadas por otros profesionales. Me permito sugerir la lectura de un libro de un colega nuestro, Ramón Bayes "Psicología y Medicina", muy ilustrativo de muchas de las reflexiones que en torno a este tema pudieran suscitarse.

No voy a detallar lo que un psicólogo puede hacer y de hecho está haciendo en esos equipos, sin embargo voy a referirme a algunas inadecuaciones funcionales, que a mí me parecen relevantes, en que el mismo psicólogo y el equipo interdisciplinario pueden incurrir. Aquí defino una inadecuación no en términos ideológicos, sino en términos de "no adecuado" a los objetivos que pretende ese equipo interdisciplinario. Si un objetivo, aún siendo global y vago, es ayudar y mejorar la salud de un ciudadano, cuando pasamos a la práctica de *como se hace*, cuando definimos en términos muy concretos el proceso, podemos encontrarnos con bastantes sorpresas y descubrir que no sólo no ayudamos sino que además estamos creando bastantes problemas adicionales. Por ejemplo, una de las funciones que suelen ejercerse en esos equipos es la de *diagnosticar y etiquetar*.

Decir de un individuo que "es un deficiente" o "es un neurótico", aparte de ser muy cuestionable bajo el punto de vista científico puede tener efectos muy negativos; no en vano existe preocupación por este tema y comienza a existir una amplia bibliografía sobre la "teoría de la etiquetación".

La gente etiquetada produce un impacto no sólo en otros ciudadanos sino también en los técnicos. Las etiquetas negativas otorgan a la gente un status adscrito negativo e induce el que haya una mayor posibilidad de ser tratado negativamente, de ser degradada esa persona, de reducir incluso la posibilidad de acceder al status de ciudadano. En el campo de la rehabilitación también tiene sus efectos, y en este sentido estoy muy de acuerdo con el Dr. Hernández cuando decía en un artículo anterior que el C.I. (cociente intelectual) no sirve. Yo diría más, no sólo no sirve sino que puede retardar o inutilizar el mismo proceso de rehabilitación. Existen trabajos que demuestran el efecto en el rehabilitador, en el maestro, en el pedagogo,... Estos comienzan a trabajar con una expectativa mediatizada negativamente por la etiqueta o el diagnós-



tico y a comportarse de modo diferente con el niño o persona etiquetada.

Una etiqueta global de "deficiencia mental" impide comprender qué déficits o habilidades concretas existen para desarrollar un programa de rehabilitación. En la literatura especializada existen casos de niños de los llamados "vegetativos" que alcanzan mejoras sorprendentes cuando de modo minucioso se investigaron las deficiencias concretas y se definía el problema en términos descriptivos.

Por otra parte, si un objetivo es la reintegración social del minusválido, podemos estar restringiendo esas posibilidades con algunas de nuestras funciones supuestamente asépticas. Nuestro trabajo profesional no es algo nuestro; tiene consecuencias y efectos sociales que muy a menudo no controlamos. Los instrumentos técnicos que utilizamos nos convierte incluso en seres poderosos y peligrosos. A este respecto conozco, muy de cerca, bastantes anécdotas. Una de ellas, una institución "etiquetadora" dictamina, en base a unas notas manuscritas y análisis grafológico, la homosexualidad, "bestialismo" e incompetencia para la maternidad de una señora. Muchos de estos dictámenes o informes pueden ser decisivos en la toma de decisiones con consecuencias graves para la vida de un ciudadano/a.

Me atrevería a decir que un profesional, un equipo interdisciplinario y todo un sistema sanitario pueden convertirse en una amenaza para la salud y la vida misma del hombre. Quizás penséis que son palabras muy duras que yo os invitaría a hacer una radiografía de algunos sistemas sanitarios. El alto porcentaje de problemas que generan, y el dispendio económico que facilita y que dirige no a proteger la salud del ciudadano sino a acrecentar los sacrificios de multinacionales farmacéuticas.

Desprofesionalizar

En muchos equipos ocurre otro fenómeno que evidencia el desarrollo de

El equipo multiprofesional

alternativas sin salida: la *hiperespecialización*, siempre sale un nuevo especialista aún sin criterios sociales que lo justifiquen.

Opino que una alternativa viable para corregir las inadecuaciones de un equipo y de un sistema sanitario es, sin más, someterlo a un *control social*. Es decir, ponerlo bajo los efectos de las contingencias que esté generando, y para que este control social sea efectivo y competente no hay otro camino que la de *sociologizar* el conocimiento científico transfiriéndolo a los sectores de la población marginada, a esos sectores donde estamos incidiendo día a día. Es lo que algunos autores llaman *desprofesionalización*. Por esta razón una función importante de un profesional, de un equipo interdisciplinario, y de todo un sistema sanitario ha de ser la pedagógica y educativa. Cuántas minusvalías podrían acelerarse en su proceso de rehabilitación si enseñáramos a los padres, amigos, maestros, etc..., habilidades de apoyo, y lo que es mejor enseñáramos al mismo individuo habilidades con las que se ayude a conectar mejor con los sistemas de apoyo social. El nivel de competencia de estos sectores sociales puede facilitar que la técnica y el conocimiento profesional se utilicen para los fines que definan esos mismos sectores.

En este contexto de socialización y de desprofesionalización, estamos tratando de desarrollar algunos colegas lo que se llama "modelo de competencias" o de "amplificación cultural", también conocido por muchos de vosotros como "modelo conductual". En este modelo, el objetivo, según un proceso pedagógico, es hacer competente al ciudadano en habilidades que le capaciten para resolver multitud de problemas y desarrollar entornos "saludables" en su comunidad familiar o geográfica. Hemos podido observar cómo padres con cierto entrenamiento han sido competentes en resolver problemas de sus hijos, y problemas que han pasado por muchos técnicos y han acumulado fracasos repetidos. En este contexto, no actuamos como terapeutas sino más bien como pedagogos, como enseñantes de habilidades.

En estos Centros se están desarrollando programas interdisciplinarios. Uno de ellos es el de "salud materno-infantil" y "psicoprofilaxis del parto". Este último programa tiene un objetivo de prevenir minusvalías. Como sabéis el embarazo y el parto, en nuestro mundo cultural, son situaciones de stress, y hay bastantes estudios que demuestran que la ansiedad de la parturienta puede ser una variable etiológica en multitud de malformaciones en el recién nacido; no digamos ya las pautas de crianza inadecuadas que se establecen en el primer año de vida. Existen otros programas en preparación: el de planificación familiar, cardiovascular, etc... Es nuestro deseo desarrollar estos programas con ese control social comunitario a que aludíamos como método

idóneo de evitar inadecuaciones del equipo.

Un problema es el control social del equipo interdisciplinario pero otro, y muy importante, es la *eficiencia y eficacia* del mismo equipo en su actividad sanitaria.

A este respecto he de señalar algunos otros elementos críticos. Uno es el *lenguaje utilizado* entre los miembros del equipo y el que se utiliza con el objeto de la actividad: el ciudadano. El *lenguaje esotérico*, excesivamente tecnicizado, puede convertir al equipo en una Torre de Marfil aislada y con riesgos de "no llegar" y comunicar información y educación sanitaria. El *lenguaje interpretativo* (es un neurótico, etc...) puede fomentar la situación de Torre de Babel, en que cada profesional habla su propio lenguaje. Desafortunadamente, aún hoy día, este problema está presente en la "incomunicación" de muchos equipos. He de decirlos que, con frecuencia, he logrado comunicarme mejor con un neurólogo, ginecólogo o pediatra que con un psicólogo, y no por problemas personales, sino por el lenguaje utilizado. Esto, en nuestra realidad profesional, es lamentable, y es que, aún está por definir cual debería ser el currículum teórico y práctico de un psicólogo.

Creo, en mi opinión personal, que un lenguaje establecido según un código descifrable por cualquier persona (lenguaje operativo, descriptivo) sería idóneo para una adecuada comunicación y eficiencia del equipo.

Otro elemento crítico de un equipo interdisciplinario es la *evaluación*. Con frecuencia estamos cometiendo errores continuaremos haciéndolo alegremente si no establecemos mecanismos de evaluación rigurosa y determinamos objetivos mensurables. La responsabi-

lidad social nos obliga dar pasos en este sentido.

Existen finalmente otros elementos que sólo enumeraré. Uno es el *solapamiento*, muchas veces inevitable, que existe en la conjunción de los diferentes niveles de análisis de cada profesional. La escasa experiencia que tenemos en el funcionamiento de estos equipos me indica que deberíamos ser cautos en la cristalización excesiva de las fronteras interprofesionales que, por otra parte, no quiere decir que "todos hagamos de todo". Creo que hay que tener una cierta especialización en esos equipos para evitar duplicaciones innecesarias.

Los criterios de composición de un equipo es otra variable que ya algún compañero ha comentado y que determina en gran medida la efectividad del equipo. Qué duda cabe que los objetivos y programas del equipo deberían definir en gran medida el *perfil profesional* de cada componente.

Finalmente señalaría un elemento crucial: el *mantenimiento y cohesión interna del equipo*. Sin duda alguna esto viene condicionado por los elementos señalados antes (lenguaje, criterios de composición, evaluación, etc...) pero sí me atrevería a apuntar que el psicólogo como yo lo veo, como especialista del comportamiento humano, tendría una función importante que desarrollar en este campo. Como enseñante que desarrollar en este campo. Como enseñante de habilidades sociales de relación interpersonal puede facilitar la comunicación entre los componentes del equipo, como especialista en diseños del entorno y en ingeniería conductual puede ayudar a planificar ambientes reforzantes y establecer procesos de evaluación rigurosa a fin de revisar y corregir errores o inadecuaciones de funcionamiento. ■



Enrique Gállego

El profesor de educación especial en el equipo

JOSE ANTONIO GARCIA

HACIENDO una serie de consideraciones en torno a la función y al rol de profesor de educación especial en medio de las contradicciones y dificultades de diferente tipo en que se encuentra en la actualidad, diré que lo fundamental en la educación de este tipo, es que el profesor tenga claro los objetivos que persigue, es decir, que no acepte sin más el papel que le adjudica el sistema, sino que tome conciencia de su verdadera función.

Quizá esté equivocado, pero a través de mi contacto con deficientes, creo que no se puede concebir el término "deficiente" más que en relación con algo. En relación con una función o capacidad de movimiento o de otro tipo. En algunas ocasiones tenemos también que extender el concepto de deficiencia a otras funciones que no poseemos los que somos considerados como normales, entonces creo que nadie queda excluido de tener deficiencias.

De lo anterior, encuentro yo que tanto la sociedad como el sistema escolar especial pretenden como un principio muy en voga la integración; lo cual me parece un noble empeño. Pero en el fondo es un poco una falsedad, puesto que es la misma sociedad la que en principio está estableciendo factores desintegrantes. Yo trabajo en un centro de minusválidos físicos, en el cual todos tienen una o varias deficiencias asociadas, no han podido ir a las escuelas de sus pueblos que son a las que en realidad deberían ir, puesto que algunos partiendo simplemente de un impedimento motriz, se han convertido más tarde en inadaptados escolares porque son rechazados por el sistema normal escolar, pudiendo convertirse más tarde en un inadaptado psíquico.

Otra cosa que conviene recordar dentro del concepto de educación especial, es la categoría que ha tenido siempre de cajón de sastre, donde lo mismo cabe un oligofrénico que un deficiente motorico, y al mismo tiempo, el concepto que tienen los centros especializados respecto a la función de los profesores que trabajamos en los mismos. Por lo general solamente se sabe que existen especialidades como la del lenguaje y digamos el profesor especial de base, que es un profesor cuya formación es totalmente general, sin profundizar en ningún campo y así sirve lo mismo para un caso que para otro.

Cuando la Administración te califica como especialista sin tener en cuenta si uno va a trabajar en un centro de motores, sensoriales o lo que sea. La idea que yo tengo al respecto, es que el concepto de educación significa simplemente una adaptación del concepto

general a los individuos y esto vale tanto para la educación especial como para la normal. Pero quizá la especial sobre todo si nos referimos a los deficientes mentales, no puede quedar solamente en meras actuaciones técnicas y por técnicos distintos que fragmentan a la persona. El doctor Ricardo Hernández ha citado al profesor como la persona que puede asumir el papel principal en la educación; creo que en teoría es esto a pesar de las dificultades reseñadas.

No desintegrar tanto

He partido diciendo que es la sociedad la que primero desintegra y después pretende integrar, lo correcto sería que no desintegrara tanto y así no tendría que integrar después. Ahora mismo estamos bajo la teoría pedagógica de la educación personalizada a partir de la Ley General de Educación, que precisamente va a eso; a la atención individualizada y atendiendo a las diferencias individuales. Sin embargo, eso lo entiendo como una plasmación del principio de igualdad de oportunidades, como ejemplo de una enseñanza no discriminatoria.

La realidad es que ahí están los programas mínimos que significan un retroceso sobre la situación anterior de las nuevas orientaciones pedagógicas; hoy son sólo objetivos mínimos obligatorios para todos, con lo cual todo aquel que no se someta al programa hecho por los técnicos queda marginado. Quiero decir que de educación personalizada, nada, por lo que pienso que más que educar estamos aplicando técnicas de adiestramiento, provocando conductas adaptativas e introduciendo mecanismos reflejos, simplemente para que el niño funcione sin ser un problema para los demás. Creo debemos creer en la capacidad del hombre. Aquella distinción entre deficientes educables y no educables me parece un tanto artificial y a partir de mi experiencia digo que todos los niños que vienen a los centros de educación especial son educables, aún reconociendo que las exigencias no son las mismas para todos ellos.

Existe una educación personalizada con la cual me identifico, y que podríamos resumir en una taxonomía, en una clasificación que es la siguiente: por una parte, un área que sería activación y motivación, con orientación al impulso de vivir y a la confianza en la vida; en segundo lugar, el cultivo de la sensoriomotricidad como formación para las capacidades de utilidad en la vida práctica; en tercer lugar, el cultivo a la



información y la comunicación como medio de orientación en la vida y en el contacto social; y, por último, las normas de valor y estabilización como formación para las actitudes de la vida, es decir, el campo actitudinal, el campo de la afectividad también. Pero si nos fijamos en esta clasificación realmente no es solamente el programa de educación especial, sino el programa de cualquier tipo de educación.

Podríamos preguntarnos si los llamados disminuidos, son sujetos que necesitan un centro especial, un centro específico y si no se podrían educar en un centro normal; personalmente me inclino por pensar que no. Yo me he tropezado con muchísimos chicos y he participado personalmente en una experiencia en un colegio nacional, en el que habían aulas de educación especial, que eran consideradas como una especie de basurero del colegio donde se arrojaban a todos los chicos que no podían seguir el programa normal. Lo que observamos es que aquello iba de mal en peor y después de haber hecho una valoración de cada caso y de haber recurrido a la asistente psicólogo y otros técnicos, nos dimos cuenta de que no todos los que estaban allí eran deficientes; tenían un déficit sociocultural, pero nada más. En unos casos comprobamos que había un déficit afectivo en otros un problema de percepción y en otros un problema X, pero que no eran disminuidos. La experiencia ya sabéis más o menos por dónde va y los resultados al efectuar un cambio en el planteamiento educativo los he comprobado personalmente, han permitido que esos supuestos minusválidos hayan continuado estudios, con su aspecto físico, así como con su capacidad de lenguaje y su manera de relacionarse con los demás, sin ninguna diferencia respecto de los demás niños. Creo que el trabajo de los técnicos y profesionales debe centrarse en la cooperación y por tanto yo diría a los equipos multiprofesionales que para ser eficaces no podemos trabajar en forma masificada, por ejemplo cuatro especialistas para 1.000 alumnos, puesto que este tipo de experiencias son las que han tenido lugar en el pasado y de ahí que se crea falsamente en la inoperatividad del equipo multiprofesional.

El equipo multiprofesional

El asistente social en el equipo

AMPARO FERRER y MARIA ANGELES ECHANOVE

La profesión de asistente social está muy difusa y muy deteriorada; existe un gran desconocimiento acerca de la profesión desde los orígenes de la misma.

A finales del siglo XIX con la revolución industrial, en Inglaterra, las clases obreras, la miseria social y la explotación del hombre por el hombre, hacen crear la conciencia del proletariado y una tendencia a la defensa común aún con muy pocos medios; con lo cual el capitalismo empieza a pensar en unos profesionales que podían paliar ciertas situaciones de extrema miseria, siempre y cuando sirviera esto a la clase dominante.

De lo anterior, surgen unas organizaciones de caridad, sobre todo en Inglaterra, donde se empieza a gestar la nueva profesión siendo las mujeres las que iniciaron este tipo de actividades. Las asistentes sociales casi siempre eran mujeres y aún puedo acordarme por sus nombres de los hombres que son asistentes sociales en España.

El caso español, y los orígenes del mismo lo encontramos en San Sebastián en el año 36, en donde parece ser que se constituyó la primera escuela de asistentes sociales. Al cabo de los años empieza a crearse un cuerpo de profesionales con unos requisitos menos exigentes que los que actualmente tiene. En el año 1972 en el Segundo Congreso Nacional de Asistentes Sociales, un grupo de profesionales expuso un comunicado en el que se delimita la profesionalidad del asistente social en relación a todo aquello social que se relaciona con la tarea específica de esta profesión. En 1977 en el Congreso de

Pamplona, se habló de la importancia del asistente social, pero se nos encasilló porque no interesaba que adquiriéramos un estatus profesional ya que se nos relacionaba de alguna forma con grupos clandestinos.

Es de todos modos en el Congreso de Pamplona en donde se empieza a pensar en la función básica del asistente social. En un equipo multiprofesional en el que intervengan A.T.S., médicos, psicólogos y profesionales afines, el asistente social, aporta un marco social.

Con respecto a las minusvalías, se decía ya desde hace muchos años que los asistentes sociales tienen una labor importante a desarrollar en relación a todo aquello social que circunda al disminuido, pongamos por caso a los deficientes mentales. El punto específico del trabajador social es incidir y actuar en los aspectos sociales que acompañan siempre a cualquier otro enfoque ya sea médico, pedagógico, psicológico, etc. A los asistentes sociales se nos debe exigir, una alta especialización en el conocimiento de las interacciones entre el fenómeno de la subnormalidad y otros fenómenos o procesos sociales, económicos, políticos y todo esto con vistas a la modificación social, es decir a que las cosas sean vistas de otro modo.

Si la deficiencia mental se halla encerrada bajo las siete llaves de la fatalidad, los asistentes sociales nos encontraremos limitados a ser simples gestores de becas, —cuyo planteamiento no contribuye precisamente a dignificar al hombre— y a agentes de colocación escolar, hospitalaria o laboral, para las familias con hijos subdotados.



Si los asistentes sociales nos dedicamos a romper barreras y condicionantes, nuestra función dentro del equipo multiprofesional, puede ser dirigida al conocimiento de las familias, pero también al conocimiento de ciertos encargos de organismos públicos paraestatales o estatales, con lo cual conociendo su funcionamiento, podemos aportar una serie de datos de todo tipo a las familias y a los profesionales.

Una experiencia personal

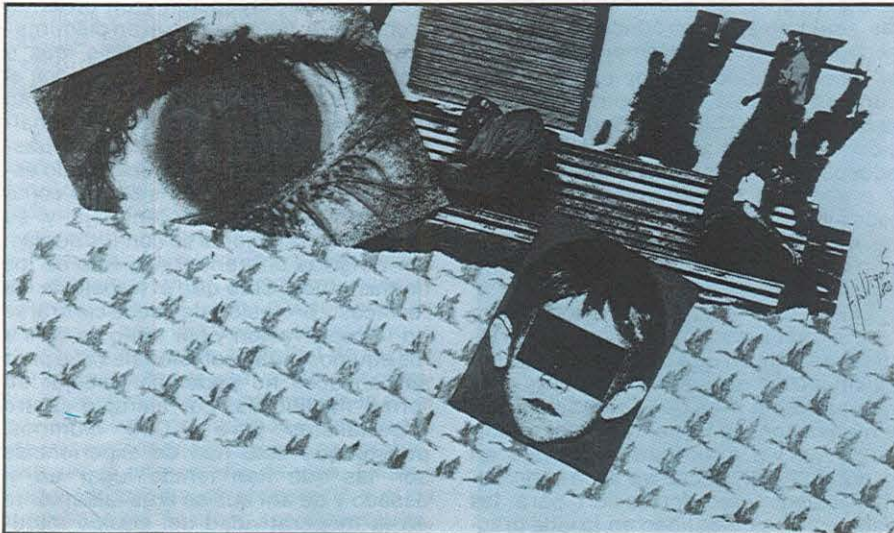
Pertenezco a un equipo multiprofesional; estamos ubicados en San Blas, este equipo depende del Instituto Nacional de Educación Especial.

El equipo está formado, por cuatro psicólogos, tres pedagogos y dos asistentes sociales, uno de los miembros hace de coordinador.

Voy a explicar brevemente cuáles son los objetivos del equipo: el objetivo último es la integración total del niño, tanto en el colegio como en la familia y en el barrio. Para ello trabajamos los profesores con la familia, creamos un programa del desarrollo individual con unas orientaciones que el equipo determina para cada niño; no nos limitamos a diagnosticar, sino que seguimos los casos de cada niño. Para nosotros el fundamento de la multiprofesionalidad está en que nosotros vemos al niño globalmente sin hacer compartimentos estancos. El niño tiene unas dificultades pedagógicas que no están aisladas de las psicológicas y que, casi todas ellas, se originan en el medio social donde vive, aunque haya muchas de origen orgánico.

Llevamos un año trabajando, estamos todavía en una fase experimental, el trabajo se evalúa constantemente y por tanto se replantea.

Hemos visto que era fundamental la cohesión del grupo; hay dos aspectos del equipo que se han tenido muy en cuenta a lo largo de este año: las rela-



Fernando Gállego

Amparo Ferrer, profesora de la Escuela de asistentes sociales, y María Angeles Echanove son asistentes sociales.



ciones interprofesionales dentro del grupo y la síntesis multiprofesional.

Es imprescindible delimitar competencias en el equipo, pero no de modo rígido; habrá cosas que puede hacer el psicólogo y que nunca las podremos hacer otros técnicos del equipo; pero hay muchos aspectos que en determinados momentos los puede hacer cualquier miembro del equipo. De todas maneras las decisiones se toman en conjunto, no hay nadie que tome una decisión individual y que se lleve a cabo sino está aprobada por el resto del equipo.

Es muy importante cuidar las relaciones interpersonales; el sujeto de nuestro trabajo es el niño, y cuanto mayor cohesión haya entre los profesionales mayor va a ser el beneficio que va a recibir ese niño. Es muy difícil que si no existe un mínimo de relaciones interprofesionales medianamente aceptables se pueda llevar a cabo este trabajo de forma adecuada. Esta relación la hemos alcanzado con un nivel óptimo.

Por otro lado, como decíamos antes es de suma importancia la síntesis multiprofesional. Aunque nosotros trabaja-

mos mucho en los colegios y con un número muy grande de niños, jamás se pasan pruebas colectivas: cada niño, es visto por un psicólogo, por un pedagogo; del mismo modo la familia es vista por un asistente social. Después de hechas las pruebas por cada profesional en su campo, nos reunimos los profesionales que han visto al niño y a tenor de los datos que aporta cada profesional se decide qué es lo que se va hacer con ese niño, cuáles son las orientaciones pertinentes, quién va hablar con los profesores y cómo se va hacer todo esto. Estas aportaciones múltiples enriquecen a todos los profesionales.

Ahora os voy a contar lo que hace la asistente social. Entrevistamos a las familias y nos ocupamos de todo el entorno social del niño; no sólo hacemos una recogida de datos, si no de cómo incide el ambiente familiar en el niño; detectamos aquellas familias que por sus condiciones pueden colaborar, ya que vemos familias que se mueven en un nivel de supervivencia y a éstas es muy difícil involucrarlas en el proceso de educación para saber qué tienen que hacer con el niño. A las familias que se

las puede involucrar en el programa, les damos orientaciones a seguir y hacemos el seguimiento de estas familias mediante entrevistas periódicas y vemos cómo están realizando las acciones que tenían que desarrollar. Nosotras tenemos obligación de conocer todos los recursos que existen en la sociedad; pero también hay padres a los que no les damos todo hecho y son ellos los que toman la iniciativa de buscar los recursos. Nosotros orientamos en este caso. Anterior a esto hemos realizado la entrevista de devolución a los padres, una vez que se ha decidido lo que le pasa al niño y qué hay que hacer con él.

El equipo va funcionando gracias a la mentalidad abierta —experimental— y aportándonos los conocimientos unos a otros.

El equipo multiprofesional en rehabilitación

RICARDO HERNANDEZ

LA variedad de circunstancias en torno al hombre minusválido obliga a que coincidan en su atención un grupo de profesionales que si bien se orientan hacia la faceta clínica o hacia la sociológica participan en cierto modo de ambas hasta conformar en la unión de sus esfuerzos el entramado en que habrá de apoyarse el vivir de cada minusválido. Vamos a esbozar un esquema general de cometidos desde el enfoque, predominantemente clínico, de médico especializado en minusválidos y minusvalías. Para ello desarrollaremos de forma sucesiva cuatro puntos capitales: Qué se pretende con el trabajo de un equipo multidisciplinario en Rehabilitación, cómo conseguir la finalidad buscada, con quién y con qué.

Se pretende, por supuesto, mejorar al máximo el asentamiento de cada minusválido mediante la atención de cada faceta problemática en su desenvolverse vital. De cada uno, es decir, de todos, para lo cual hay que tener una idea clara de cuales son los tipos de minusvalía. A nuestro modo de ver solamente existe una manera correcta de clasificar las minusvalías básicas y es utilizando las estructuras componentes de la persona. Si admitimos que estas estructuras se dividen en Captativas, Ideativas y Manifestativas, los tipos fundamentales de minusvalía serán Sensorial en la

zona Captativa, Mental en la Ideativa y Expresiva y Motora en la Manifestativa. Otros términos son peyorativos, como "subnormal", o irreales, como "psíquicos". Pretender homologar "psíquico" con "psicólogo" porque empiezan por "psi" es jugar a la confusión. También empieza por "psi" psiquiatra y nada tiene que ver este especialista con el mundo de los minusválidos, sean o no mentales. La Psiquiatría está clara y rotundamente destinada a enfermos mentales, no a deficientes mentales, aunque la inercia del pasado mantenga aún un error, incompatible con todo propósito de verdadera atención al minusválido mental.

En definitiva, el equipo multidisciplinario en Rehabilitación debe integrarse en la búsqueda de las mejores soluciones para los minusválidos sensoriales, mentales, expresivos y motores en los diferentes campos de su problemática vital.

Lo buscado, lo conseguiremos, en pocas palabras, reivindicando para cada minusválido su condición de ser humano. Encajando a cada individuo en su entorno y acoplado este entorno al individuo. Actuando a la vez en lo posible para mejorar las aptitudes individuales en orden a mejorar cada desenvolvimiento personal dentro del entorno elegido. Elijiendo, por último, el entor-



no más apropiado a cada caso individual. Con sólo pensar en la complejidad de acciones y la multiplicidad posible de factores se comprende la necesidad de colaboración coherente y lúcida de varios profesionales.

Estos profesionales, miembros del equipo multidisciplinario, deben atender lo que les atañe sin perder de vista los efectos de la labor ajena y, en su momento, la necesidad de la misma. De aquí la obligación de conocer lo suficiente de los cometidos de los demás, tanto se orienten hacia cometidos clínicos (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), sociológicos (asistente social, economista, arquitecto) o hacia una labor de engarce entre ambas vertientes, como entendemos que compete al psicólogo.

Lo lograremos con especialistas en minusvalías. Todos los miembros del equipo: el médico no basta por ser

El equipo multiprofesional

médico; ha de ser médico rehabilitador. El psicólogo, a secas, tampoco sirve de mucho si no es psicólogo rehabilitador. Muchos fracasos de médicos y de psicólogos residen en este simple error: pretender solucionar problemas de minusvalía sin haberse especializado previamente. Comprendo que hay mucho por hacer y poco, por tanto, se puede exigir. Por lo menos vocación, dedicación y afán de mejora. Pretender ser médico pediatra, o neurólogo o cirujano a unas horas y rehabilitador durante otras es perder el tiempo. El psicólogo y todos los demás componentes del equipo tienen la misma exigencia profesional, de la que sólo algunos, como el economista o el arquitecto, podrán librarse. De lo que nadie, absolutamente nadie, puede verse libre es de ser un experto máximo en minusvalías dentro de la parcela de cometido que le compete. Otra cosa conducirá al desprestigio no ya de uno mismo sino de todo el equipo y de la propia faceta profesional.

Esta faceta profesional se orienta, como queda dicho, más bien hacia lo clínico, más bien hacia lo social o preferentemente al engarce entre las dos facetas. En un intento de lista, los rehabilitadores necesarios en el equipo serían, yendo de lo clínico a lo sociolaboral: Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Técnico Ortopédico, Logoterapeuta, Psicólogo, Pedagogo, Asistente Social, Economista, Jurista, Legislador, Arquitecto, Técnico de Formación Profesional, Técnico de empleo.

Unos miembros habrán de convivir. Otros no. No importa quien coordine o dirija. Los objetivos habrán de cumplirse; los resultados, quedar puestos de manifiesto.

Como reafirmación de que todos los miembros del equipo citado han de ser, ineludiblemente, especialistas en los aspectos de minusvalía, que a su cometido añaden, hay que señalar, una vez más, que no se trata de enfermos, sino de minusválidos. Colocando en el centro de un esquema posible al sujeto normal hacia uno de los lados se orienta el enfermo, hacia el otro el minusválido. En general, la situación de este es estable, la del enfermo, temporal. Este último puede esperar una curación que para aquél carece de sentido. Por todo ello las necesidades sociológicas y de equipo interdisciplinario son infinitamente mayores en el minusválido que en el enfermo.

Los logros pretendidos habrá que elaborarlos con técnicas que cada grupo de especialistas en minusvalías ha de buscar y conseguir. Casi todo lo que los médicos rehabilitadores venimos haciendo hoy día lo hemos tenido que ir descubriendo a lo largo de años de trabajo y de experiencia. Lo que necesitamos conocer o no viene en los libros o, lo que es peor, viene equivocado. Yo no puedo ofrecer cuerpos de doctrina para todos. Me limitaré a expresar las bases esenciales del cometido profesional en Medicina rehabilitadora y, porque me considero un poco obligado a ello al



Fernando Gallego

estar en una Escuela de Psicología, apuntar, con mi mejor intención y afecto, algunos rasgos que a mí me parece pueden contribuir a dar fisonomía al cometido del psicólogo rehabilitador.

Medicina rehabilitadora

En Medicina rehabilitadora, como en cualquier otra especialidad clínica, hay que cumplir con una serie de cometidos que no son sólo terapéuticos, como una pobre visión inicial pretendía. Estos cometidos son los siguientes:

Prevención. Ya están lejos los tiempos en que Rusk estableció la escala Prevención-Curación-Rehabilitación para toda la Medicina. Al ser la parte de la Medicina que se ocupa de los problemas de minusvalías la Medicina rehabilitadora se encuentra ante una necesidad preventiva superponible a la que compete a otras especialidades. Para no complicar citaré un sólo ejemplo y es el de la artrosis. Esta no sólo no es irremediable sino que se atenúa al eliminar la causa que la produjo. Un gran número de pensiones de invalidez está siendo abonado por ignorar esta circunstancia. Aún más, cuando corregimos los ejes de unas piernas, unas rodillas, unos tobillos de niños en edad de crecimiento de esta zona estamos previniendo la aparición de una artrosis de rodilla o de cadera más o menos tempranas.

Exploración. Según lo habitual, ha de ser clínica, radiológica, de laboratorio, etc.

Valoración. Es una forma especial de exploración de la que carecen las demás especialidades medicoquirúrgicas. Una gran parte de mi trabajo está dedicada a la elaboración del que seguramente es el único "sistema" auténtico existente para la valoración de minusvalías.

Diagnóstico. Ha de ser el de la minusvalía. La enfermedad causal, si existió, queda como antecedente. En una amputación por enfermedad de Buerger, por ejemplo, el diagnóstico no es ya esta sino la propia amputación, con sus características (nivel, etc.)

Pronóstico. También debe bastar un ejemplo. Sabiendo que el raquis concluye su evolución hacia los 25 años de edad se puede pronosticar el curso a seguir en un paciente de menos años, lo cual es base para instaurar un tratamiento lógico y eficaz.

Tratamiento. Son muchas las conquistas logradas en los últimos años en Medicina rehabilitadora. El estudio de los problemas parciales pertinentes a cada tipo de minusvalía ha permitido dar forma a subespecialidades como Medicina Ortopédica, Medicina del lenguaje en sus dos vertientes, Logopedia y Foniatría, etc. Sin rechazar del todo los métodos clásicos en lo para mí muy escaso (Medicina Física) o tremendamente importante (Terapéutica medicamentosa) que se nos pueda ofrecer.

Psicólogo rehabilitador

En cuanto al cometido profesional del psicólogo rehabilitador voy a intentar ofrecer algunas ideas personales con la esperanza y el deseo de que puedan ser de alguna utilidad. Para ello cabe adoptar diferentes puntos de vista.

Así, el del papel del psicólogo rehabilitador en relación con las que yo llamo *aptitudes de soporte* de la personalidad:

Aceptabilidad. Si no hay aceptación de la propia limitación el minusválido se integrará muy difícilmente. El papel del psicólogo es máximo. En un baremo por cruces de 1 a 4 le damos + + + +.

Afectividad. Para el psicólogo + + +.

Psicomotricidad. Contra lo que se pretende, el papel del psicólogo es mínimo, al lado de lo que corresponde a fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos ortopédicos o logoterapeutas. Le corresponde de todos modos +.

Comunicabilidad. El papel del psicólogo lo vemos aquí un poco superior: + +.

Otro punto de vista es el del papel del psicólogo rehabilitador en las minusvalías básicas:

Minusvalías mentales. Es muy escaso, a pesar del tópico. El principal cometido en este tipo de minusválidos corresponde, no nos equivoquemos, al pedagogo. Las razones son claras. El deficiente mental es un deficiente en bloque, con una afectación global de la personalidad. Los factores médicos y, por supuesto, los pedagógicos, juegan un papel que lo solamente psicológico no puede ofrecer. Además, el minusválido mental guarda muy bien lo que yo llamo equilibrio noológico. Dicho de otra forma le suele importar todo muy poco. Acepta y huye de motivaciones. Todo ello bien poco psicológico.

Minusvalías sensoriales. Por el con-



trario el papel del psicólogo es enorme, tanto en las vertientes de deficiencia auditiva como en las visuales.

Minusvalías expresivas. Vemos al psicólogo rehabilitador con bastante cometido, en ayuda de otros miembros del equipo.

Minusvalías motoras. También cabe esperar mucho de la colaboración de un buen psicólogo rehabilitador.

Un último punto de vista es el del papel del psicólogo rehabilitador en cuanto al contenido de su especialidad.

Seguiremos un esquema similar al utilizado en Medicina rehabilitadora.

Prevención. Para el psicólogo la prevención es de lo patológico, de la caída en lo psiquiátrico. De aquí la importancia que puede alcanzar un psicólogo entrenado en el mundo de los minusválidos, tanto en acciones sobre el individuo como en su medio familiar y laboral.

Diagnóstico. Entendemos que el diagnóstico que corresponde hacer al psicólogo es el de grado de engarce noológico, espiritual, entre el minusválido y su entorno.

Pronóstico. Según las posibilidades de este engarce.

Valoración. Para el psicólogo, la de la situación ante la vida de cada individuo minusválido en relación con su familia, su medio social, su enclave laboral. También cabe establecer cierto grado de colaboración con el médico rehabilitador en la labor de valorar la minusvalía. Para ello creo que hay que unificar criterios y encontrar soluciones conjuntas. Por ejemplo, en los minusválidos mentales, estoy convencido de que el concepto "cociente intelectual" es tan erróneo como peligroso y yo os ruego que lo eliminéis. Por si os es de utilidad os ofrezco mis conceptos "contenido intelectual", que mide la inteligencia y "nivel evolutivo", que da idea de la etapa alcanzada en un aprendizaje. A mi me han sido de gran utilidad y no sólo en la valoración de minusvalías mentales.

Tratamiento. El de los fallos en el engarce psicológico individuo-entorno.

Con todo esto cabe preguntarse cómo entiendo yo, personalmente, qué debe ser un psicólogo. Conste que es el nuevo psicólogo, este psicólogo actual con las benditas inquietudes que estáis mostrando, el que ha de enseñarnos a todos cuales son sus cometidos. Pero

como he prometido, voy a intentar alguna aportación.

Según mi teoría, el estrato pensante, la neurona cortical, realiza una función que podemos llamar nous. Entre ambos, estrato y función, debe existir un equilibrio que yo llamo "equilibrio noológico". El psicólogo sería la persona encargada de cuidar de este equilibrio. El fisiólogo de lo ideativo. Nunca fisiopatólogo, de donde la necesidad de contar con médicos especializados en fisiopatología de las minusvalías. Tal vez, a la larga, se llegue a la figura compleja fisiólogo-fisiopatólogo de lo ideativo como una nueva forma médica de especialización.

Entre tanto, médicos y psicólogos rehabilitadores debemos marchar estrechamente unidos, formando el manillar, el volante que ha de dirigir la marcha de cada minusválido. No existen medios volantes independientes. ■

Tratamientos psicológicos básicos del retraso mental

ALFREDO FIERRO

LA psicometría de la inteligencia y de las aptitudes y, por consiguiente, también la psicometría del retraso mental, ha alcanzado ya grados exquisitos de refinamiento, en los que empieza a resultar difícil imaginar qué nuevas finezas métricas cabría todavía desear. Mal conocidos, en cambio, permanecen los procesos cognitivos o de aprendizaje subyacentes a las aptitudes y a sus déficits. Un mismo grado de retraso mental, medido en términos de cociente intelectual o en cualesquiera otros, puede haber sido crucialmente determinado por muy diversos factores que conocemos en grueso, pero sin la deseable precisión. La variedad misma de términos con que se habla de los individuos subdotados alude a la probable variedad de los procesos determinantes: "oligofrenia" refiere a una clasificación nosográfica, en un modelo de enfermedad; "deficiencia mental" parece suponer una psicología de facultades o, al menos, un factor de inteligencia general mermado en ciertos individuos; "retraso mental" encaja en una concepción evolutiva y acaso madurativa, epigenética, del fenómeno; "conducta retrasada" supone una hipótesis de análisis funcional de la conducta, explicada en función de una historia de

estímulos y no en virtud de características inherentes al sujeto.

No hay una teoría general

Probablemente todas las conceptualizaciones mencionadas, cada cual con su respectivo término, corresponden en algo o alguna vez a la realidad. El retraso mental o conducta retrasada se define por un conjunto de hechos cuya semejanza fenoménica o empírica —semejanza que permite, en el orden descriptivo, referirnos unitariamente al fenómeno— no obsta a la probable pluralidad de procesos que han llegado a constituirlo. De estos procesos tenemos un conocimiento más bien pobre y, en consecuencia, no sabemos tampoco a ciencia cierta, cómo tratar el problema sea en general, sea en cada particular caso. No es que falten las propuestas, los programas, las técnicas de tratamiento. Al contrario, los hay en abundancia. Lo que falta es el contraste empírico de sus resultados, así como la integración de éstos en una teoría explicativa del retraso en su generalidad y en sus diferentes variedades.

Desde la suposición ya declarada de



que no uno solo sino varios géneros de procesos se hallan con toda probabilidad implicados en el fenómeno general del retraso y también tal vez en el caso concreto de la conducta retrasada de un determinado individuo, se comprenderá que, al abordar el modo de su tratamiento, me vea forzado a hacerlo en plural, refiriendo no uno, sino varios tratamientos posibles y de hecho practicados en la actualidad. Me limito, desde luego, a los tratamientos psicológicos. Fuera de éstos quedan, por un lado, los tratamientos médicos, principalmente de prevención primaria y secundaria, y los fisioterapéuticos; y, por otro, los propiamente educativos o pedagógicos, en orden a aprendizajes particularizados. Aunque las competencias del educador y del psicólogo son limítrofes e incluso pueden llegar a solaparse en el tratamiento de retrasados mentales, el

El equipo multiprofesional

área de la psicología tiene, en principio, una clara definición: atiende a procesos conductuales básicos; y, cuando atiende a aptitudes y aprendizajes, es a aptitudes generalizadas, y a la capacidad fundamental de aprender a aprender.

Intervenir sobre el ambiente

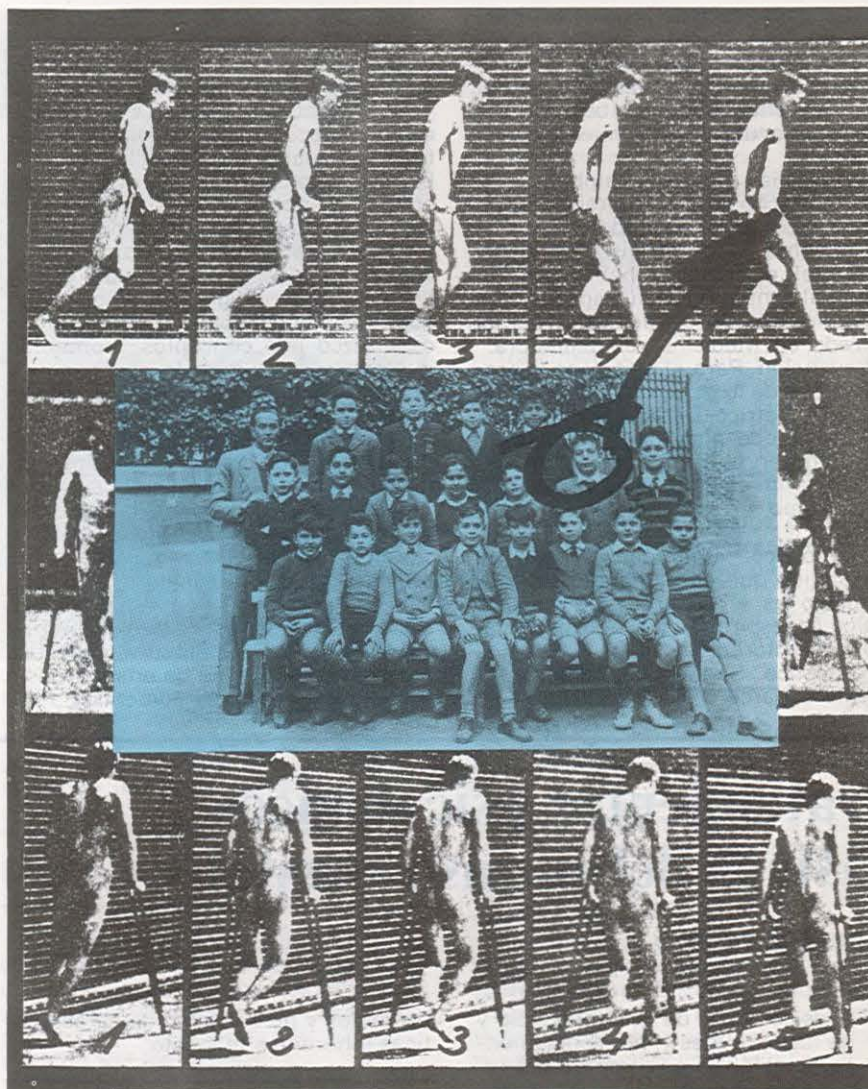
La exposición de algunos tratamientos psicológicos del retraso vale, por tanto, al mismo tiempo, por una presentación de sendas áreas profesionales en las que el psicólogo está llamado a intervenir y en las que puede prestar sus servicios. Es, por lo demás y forzosa-mente, por la brevedad del espacio frente a la amplitud del tema, una exposición elemental, que no enseña nada a los que trabajan ya en esas áreas, y que sólo aspira a instruir en algo a quienes quieren saber qué puede hacer el psicólogo con retrasados mentales, sin desvirtuar su oficio en un mero aplicador de tests.

Todo tratamiento psicológico o conductual consiste esencialmente en algún género de intervención sobre el ambiente. "Cambia el entorno y cambiarás la conducta", reza un lema en modificación de conducta. En realidad, también otros géneros de tratamiento, incluidos los denominados psicoterapéuticos, se aplican directamente a producir eventos en el entorno de la persona a través de los cuales se espera que llegará a producirse cambios en la conducta de la persona. En lo que los diversos tratamientos difieren es en el tipo de cambios introducidos en el ambiente y también en los aspectos de conducta que se proponen crear o modificar. Es de acuerdo con estas dos características que pueden tipificarse los siguientes géneros de técnicas psicológicas o conductuales básicas para el retraso mental:

Procedimientos operantes

Trabajan sobre el principio de que toda conducta está controlada por sus efectos o consecuencias. Conducta operante es aquella que opera o realiza algún cambio en el medio ambiente, un cambio que afecta al sujeto agente en forma de refuerzo o de estímulo aversivo. Por la relación que esta conducta guarda con la obtención del refuerzo o la evitación (o reducción) de la estimulación aversiva, se la suele denominar también actividad o conducta instrumental.

En un análisis funcional-operante, la conducta retrasada aparece contingente o consecuente a una inadecuada historia de experiencias reforzantes o aversivas. La existencia de lesiones cerebrales o de anomalías genéticas se considera, en dicho análisis, como factor remoto determinante de tal inadecuación, pero es la inapropiada o disfuncional historia de refuerzo, y no sus



Fernando Gállego

posibles antecedentes neurológicos o cromosómicos los que se contempla como el factor crucial aquí y ahora, y, desde luego, como el único factor ahora ya modificable. El tratamiento va a ordenarse, pues, a proveer sistemáticamente al individuo retrasado con unas adecuadas contingencias de refuerzo.

Resumiendo mucho, esas contingencias tienen lugar en dos ámbitos diferentes: por un lado, en sesiones cuidadosamente programadas para el aprendizaje de habilidades básicas, sobre todo de autocuidado, de aprendizaje de discriminaciones, de imitación, y de comunicación social, lingüística o gestual, haciendo que cada ítem o secuencia conductual propuesta como objetivo de adquisición ("target behavior") vaya acompañado de un refuerzo, material o social, que efectivamente sea tal para el sujeto; por otro, en el entorno donde el individuo vive, introduciendo contingencias consistentes de refuerzo, de recompensa y de castigo, que contribuyan a promover las conductas deseadas, así como a disminuir y eliminar las conductas dañosas e indeseables.

Muy poderosas en la ampliación de los repertorios de habilidades, así como

en la extinción de conductas indeseadas, las técnicas operantes resultan de más difícil manejo para el mantenimiento efectivo de conductas. Para lograr éste ha de conseguirse una progresiva transición desde refuerzos extrínsecos hacia otros intrínsecos a la conducta misma, desde los refuerzos programáticamente planeados en el marco de las sesiones de aprendizaje hacia los naturalmente producidos en el entorno habitual del sujeto, y, finalmente, desde refuerzos otorgados por otras personas hacia autorrefuerzos y procesos de autocontrol.

Tratamientos de estimulación

Los refuerzos son eventos de orden estimular; son estímulos consecuentes a una conducta y que modifican la futura probabilidad de esta conducta. Sin embargo, cuando a propósito del retraso mental se habla de estimulación precoz o temprana, de estimulación sensorio-motriz, o sencillamente de la necesidad de proporcionar un ambiente



rico en estímulos, se piensa sobre todo en otro tipo de estímulos, no consecuentes, sino antecedentes a la conducta. Si las técnicas operantes llevan a la práctica procesos de condicionamiento operante, instrumentalizando la sencilla ley del efecto o del refuerzo, las de estimulación, en sus diferentes variedades, trabajan con estímulos antecedentes, cuya relación a la conducta es más compleja. Los procesos ahora implicados son o pueden ser muchos: de condicionamiento pavloviano o clásico, de aprendizaje perceptivo y discriminativo, de formación de conceptos y de solución de problemas. Obviamente, las técnicas de estimulación pueden combinarse con las operantes; y ambas juntas integran lo que genéricamente suele de terminarse "modificación de conducta".

Convertir eventos en estímulos

No todo evento físico es o llega a ser estímulo. La tarea del psicólogo estimulador consiste en tratar de conseguir convertir eventos físicos en estímulos psíquicos reales y efectivos para el sujeto retrasado. El proceso de convertir en estímulos las condiciones antecedentes puede comenzar por cualquier evento que, previamente al tratamiento, se haya evidenciado ya funcional o estimular para el sujeto. La tarea consistirá, a partir de ahí, en lograr la transferencia de unas a otras relaciones sensoriales funcionales. En las primeras fases de cualquier aprendizaje habrá que acudir a materiales con múltiples atributos funcionalmente redundantes, verbigracias, escribiendo el nombre de un color ("rojo", o "verde") con tinta del color mismo así nombrado.

No es abundancia sino calidad de estímulos lo que las técnicas de estimulación pretenden ofrecer al sujeto. Presentan a éste una diversidad de experiencias, v.gr., de caliente y frío, de agudo y grave, de luminoso y oscuro, por citar algunas dimensiones sensoriales elementales, y otro tanto en experiencias más complejas, pero siempre en una presentación ordenada, con las oportunas claves de señalización, y susceptible de ser asimilada por el individuo. La coordinación de las experiencias resulta fundamental: coordinación entre los distintos canales sensoriales y, sobre todo, entre percepción y acción, entre la experiencia estimular y la experiencia motriz de las propias operaciones y movimientos sobre los objetos y el medio.

Técnicas expresivas y creativas

Si la hipótesis orientadora de los procedimientos de refuerzo y de estimulación, es que la conducta humana constituye siempre respuesta o reacción a determinados estímulos, la de las

técnicas por considerar ahora sume que el organismo vivo es esencialmente activo, y no sólo reactivo. Son técnicas ordenadas a favorecer el principio autónomo de actividad y creación que se supone en todo sujeto humano, incluso en el más deficiente. Musicoterapia, ludoterapia, y toda clase de terapias o tratamientos basados en actividades artísticas o manuales, de danza o de expresión corporal, de dramatización y de deporte, en las que el sujeto ha de expresarse o crear algo, comparten en alguna medida la hipótesis epigenética de que la conducta es autoactualización y autoexpresión de la personalidad viva. Naturalmente, esa hipótesis puede ser aderezada y complementada con nociones de estimulación y de refuerzo, destacando, por ejemplo, la riqueza estimular o la calidad reforzante del sonido musical. En este último caso, musicoterapia y otros procedimientos afines quedan incorporados a programas más generales de modificación de conducta. Lo característico de estos procedimientos, con todo, está en apelar a capacidades o posibilidades que se suponen intrínsecas, aunque acaso latentes, en la persona retrasada.

El valor y eficacia de las técnicas expresivas y creativas es diferente según el área conductual y también según la capacidad del sujeto en el momento de aplicarlas. Favorecer el desarrollo y la autorrealización en el juego o en actividades plásticas seguramente surte efectos positivos transferidos en áreas, como la sexualidad, en las que la conducta depende principalmente de una evolución madurativa y no tanto de aprendizajes básicos concretos. Si se trata, en cambio, de crear en un individuo habilidades de autocuidado, no se ve en qué podrían contribuir para ese fin las terapias expresivas, ni siquiera por transferencia o generalización de los efectos. La expresión y creación, por otro lado, son posibles allí donde hay personalidad o identidad de un "sí mismo" ya configurada, y no donde todavía está por constituirse. Seguramente valiosas para ciertos aspectos del tratamiento de personas con retraso ligero y medio, las técnicas expresivas no parecen tener mucho específico que aportar y caen más bien bajo la rúbrica genérica de técnicas de estimulación sensorio-motriz cuando se aplican a deficientes profundos o a niños muy pequeños.

Psicoterapias

Incluyo en este apartado todos aquellos procedimientos, verbales o no, en los que la modificación perseguida por el psicólogo ha de producirse ante todo y más bien en el ámbito de unas estructuras y procesos psíquicos encubiertos, no manifiestos, alcanzando a la conducta observable sólo como resultado de la modificación interior. Las psicoterapias, además, implican en algún sentido un modelo de enfermedad. Si se aborda

psicoterapéuticamente un retraso mental, es por suponer —lo que no hacen las técnicas antes consideradas— que el retraso es una variedad de enfermedad mental y por incluirla, como hace la clasificación de enfermedades de la O.M.S., dentro del apartado de los desórdenes psicopatológicos.

No sólo en el abordaje psicoanalítico, también en otras interpretaciones psicodinámicas, se tiende a considerar el retraso mental como un síndrome derivado de procesos de otra naturaleza, motivacional o afectiva. Incluso desde premisas de psicología objetiva y experimental ha llegado a sugerirse que nos hallamos ante una deficiencia no tanto intelectual o aptitudinal cuanto estrictamente motivacional. Si la disfuncionalidad se produce en los procesos de motivación y, por consiguiente, afecta al desempeño antes que a la aptitud, o, si como ocurre en una reciente interpretación psicoanalítica, el retraso mental es un modo de resolución de conflictos del deseo que otras veces, en otros niños, se han resuelto en autismo o psicosis infantil, entonces aparece claro que el retrasado mental necesita, ante todo, no de aprendizaje, sino de psicoterapia, de una terapia que le restituya al reconocimiento del deseo y del otro como objeto del deseo, o, fuera ya del psicoanálisis, en enfoque genérico de psicología dinámica, que le devuelva a la plenitud de su capacidad para sentirse motivado, de su sensibilidad al refuerzo.

Diversidad de técnicas

Por lo demás, tanto las terapias cuanto la modificación de conducta, al aplicarse a retrasados, se atienen a los mismos procedimientos generales que respectivamente utilizan con cualesquiera otros sujetos. Para trabajar en psicoterapia o en cambio conductual con retrasados se requiere un conocimiento de tales procedimientos, que no he tenido intención de describir aquí, sino solamente de citar, perfilando a grandes rasgos las correspondientes áreas de trabajo profesional del psicólogo. Si, aparte de haber trazado este croquis o plano general de situación, tuviera que manifestar algún otro propósito de mi exposición, ciertamente sería la de haber expresado la hipótesis de que el retraso mental puede deberse a procesos de muy diversa naturaleza y que, por consiguiente, en el tratamiento de cada caso concreto hay que acudir a aquellas técnicas que, tras la adecuada evaluación del caso, parezcan más prometedoras y eficaces en la eliminación o reducción de las disfuncionalidades procesuales determinantes. ■

La psicología aplicada a la rehabilitación de accidentados del trabajo y enfermedades profesionales

ANGEL RUANO

EL tratamiento del accidente de trabajo tiene a nuestro juicio una profunda y permanente entidad en el marco del trabajo rehabilitador.

Aproximándonos a la entidad del grave problema que suponen los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en nuestro país, con el deseo de acercarnos a conocer las enormes posibilidades que se ofrecen para el desarrollo de la Psicología, en la triple vertiente Seguridad e Higiene (Prevención), Asistencia y Rehabilitación, tenemos la intención de presentaros brevemente algunos datos estadísticos al respecto.

Durante el año 1980 se produjeron en España, según las estadísticas oficiales, 762.520 accidentes de trabajo, de los cuales 647.902 dieron lugar a baja laboral. Entre los accidentes que ocasionaron baja laboral, 599.817 ocurrieron en el propio centro de trabajo y 48.085 "in itinere", es decir, en el camino ida-vuelta al trabajo o en labores encargadas por la empresa. En dichos accidentes murieron 1.745 personas y 14.209 sufrieron lesiones conceptuadas de graves.

Es interesante destacar que 3.193 personas fueron dadas de alta médica con propuesta de Incapacidad Permanente: Parcial, Total, Absoluta o Gran Invalidez.

Si bien el trabajo rehabilitador puede extenderse, de hecho se extiende a muy diferentes casos y problemas cualquiera que sean las lesiones sufridas por el trabajador, es principalmente este grueso de personas el más subsidiario de rehabilitación, puesto que como consecuencia del accidente sufrirá dificultades físicas permanentes. La gran mayoría de las lesiones afectan muy directamente a órganos o miembros de gran importancia en la vida de relación y trabajo. Destacan por ejemplo las lesiones en las manos, superan el 30% hemos conocido casos de amputación traumática de ambas manos en un accidente, en sólo unas décimas de segundo.

Destacan también las lesiones en ojos, miembros superiores e inferiores —tenemos experiencia en casos de accidentes que originaron la amputación traumática de ambas piernas—, las lesiones en las regiones lumbar, abdominal y torácica, con respecto a las

lesiones en la columna vertebral son de gran trascendencia las tetraplejias y paraplejias.

En un porcentaje muy elevado de casos, el accidente es extraordinariamente traumático por su carácter de imprevisto e inesperado, por la angustia que envuelve a la situación y las trágicas consecuencias que origina.

Capítulo aparte merecen las enfermedades profesionales. Bastantes de los casos que sufren enfermedades profesionales requieren trabajo rehabilitador, generalmente muy difícil en su enfoque y resultados, en razón del origen para nosotros siempre trágico de esta forma tan cruel de enfermar.

Si extendemos el concepto de accidente a áreas no laborales nos encontraremos con otros grupos de personas susceptibles de rehabilitación, por ejemplo el derivado de los accidentes de tráfico, en ocasiones accidentes también de trabajo ("in itinere"), si bien la estadística no establece con claridad la posible superposición.

No obstante, siempre vendrían a engrosar las cifras de personas con dificultades físicas de incapacidad, pues suponemos que a los accidentes de tráfico conceptuados también de trabajo se añadirían los procedentes de tráfico exclusivamente.

Como puede deducirse, los accidentes de tráfico, sean o no de trabajo, constituyen también un área de importante entidad, principalmente por las graves consecuencias físicas de los traumatismos a gran velocidad.

En resumen, sobre una población activa ocupada de 11.362.700 trabajadores, según datos del I.N.E., en el año 1980 hubo 762.580 accidentes.

La relación *número de accidentes/población activa ocupada*, de acuerdo con las estadísticas oficiales, proporciona un índice de incidencia del 6,71%, es decir, 7 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores.

Las estadísticas oficiales presentadas con intención de demostrar la trascendencia del problema, son por sí mismas demostrativas de la entidad y posibilidades que el accidente de trabajo ofrece o debería ofrecer a la Psicología.

No obstante, desde una actitud de crítica constructiva, tenemos que decir que no siempre sus cifras reflejan la profunda realidad del problema.



En relación con las enfermedades profesionales por ejemplo, de acuerdo con el reciente desarrollo de las II Jornadas de Medicina de Empresa e Higiene Industrial celebradas en Madrid los días 21 y 22 de Octubre, "el número de enfermedades profesionales diagnosticadas es incompleto, en ningún caso se ajusta al número real de enfermedades por causas laborales. En España se declaran al año 3.500 enfermedades profesionales oficialmente, cuando el número real es muy superior a esta cifra". (López Iglesias, J. II Jornadas de Medicina de Empresa e Higiene Industrial, en Rvta. Tribuna Médica, N° 917, Pág. 16).

En definitiva, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales representan por sí mismos, por su amplitud y connotaciones, un campo con entidad propia en el trabajo rehabilitador.

A los sucedidos durante el año 1980 se suman los que sucedieron antes y los que sucederán después con sus inevitables consecuencias.

Si bien el carácter frío de las cifras no describe la tragedia individual, familiar, laboral y social que la gran mayoría de los accidentes conlleva, creemos que ésta puede intuirse fácilmente, así como el amplio abanico de tareas y responsabilidades que la Psicología puede atender en la triple vertiente ya mencionada: Seguridad e Higiene (Prevención), Asistencia y Rehabilitación.

Tratamiento y orientación de la sexualidad después de una lesión medular

Una de las áreas quizá menos conocida en nuestro país, de posible desarrollo en los programas de rehabilitación, es el asesoramiento sobre sexualidad a personas con problemas físicos permanentes, incluso con problemas neurológicos derivados del traumatismo que afectan directamente a la funcionalidad genital.



Fernando Galligo

No vamos a tratar de demostrar ahora la gran importancia de la sexualidad en el comportamiento humano, ni por el hecho de referirnos a personas con problemas físicos hablaremos de una sexualidad diferente, su sexualidad es nuestra sexualidad, la sexualidad de todos.

Ahora bien, en el caso concreto de las personas que sufrieron un accidente de graves consecuencias físicas: pérdida de manos, piernas, lesiones medulares, etc., es evidente que la persona puede ahogar, reducir o modificar sus necesidades de expresión afectivo-sexual. Si aceptamos que la exclusión, la incomunicación y la soledad son serios determinantes de marginación, cuya destrucción es a nuestro juicio uno de los fines principales del quehacer rehabilitador y que las dificultades en la expresión afectivo-sexual pueden contribuir seriamente a su acentuación, es evidente que hemos de preocuparnos por una posible atención de problemas en este área de la sexualidad.

Por lo que a nosotros respecta, venimos trabajando ya desde hace tiempo sobre el asesoramiento en sexualidad a pacientes lesionados medulares, es decir, a personas que como consecuencia del accidente sufrieron una lesión en la médula espinal.

Las lesiones y enfermedades que afectan a la patología de la médula

espinal pueden ser muy diversas. En nuestra opinión, su contemplación debe hacerse desde una formación neurológica básica que nos permita una mejor comprensión de la trascendencia que tienen sobre la persona estas lesiones. Entre las más frecuentes p.e., se encuentran los procesos espinales compresores de la médula, las enfermedades sépticas, los trastornos circulatorios y metabólicos, las afecciones degenerativas y hereditarias y las lesiones traumáticas.

Como ya dijimos, nuestra experiencia se refiere principalmente al tratamiento y orientación de las dificultades y problemas derivados de lesiones medulares traumáticas.

Una clasificación muy simple de estas lesiones puede ser:

- Lesiones completas:** cuando todas las fibras nerviosas han sido dañadas, hay un corte prácticamente transversal de la médula.
- Lesiones incompletas:** aquellas en las que aún permanecen algunas fibras nerviosas que sirven de conexión ascendente/descendente.

Generalmente, el cuadro clínico derivado de una lesión medular traumática suele estar constituido por un síndrome de lesión transversal, el cual implica *paraplejía motriz-sensitiva* y *parálisis vesical-rectal por debajo del nivel de la lesión*.

La pérdida de sensibilidad y motora por debajo del nivel de la lesión se extiende lógicamente a la funcionalidad genital de la persona lesionada, en el caso de los varones a la erección y eyaculación.

El estudio de la sexualidad de la lesionada medular está menos desarrollado, la investigación es notablemente más difícil al no existir una delimitación tan clara de la funcionalidad sexual como es la erección y la eyaculación en el hombre.

Nuestra experiencia, la experiencia en general, suele ser también menor por la menor frecuencia de lesionadas.

No obstante, la funcionalidad sexual de la lesionada medular no se encuentra tan radicalmente afectada por la lesión medular como en el hombre, si bien bastantes de sus problemas serán semejantes.

En definitiva, una lesión medular compromete muy seriamente la proyección en la vida de la persona que la sufre, en su más amplio significado.

Las dificultades neurofisiológicas que origina en la funcionalidad genital, pueden suponer una pérdida generadora de muy diferentes problemas, capaces de mediatizar y complicar seriamente la felicidad de la propia persona.

Si bien no somos muy partidarios de establecer reglas neurofisiológicas fijas, de ser dogmáticos en este tema, a pesar de nuestro enfrentamiento con interpretaciones organicistas muy propias del trabajo médico que reduce así la sexualidad a la erección y a la eyaculación y niega las diferencias individuales en la expresión del comportamiento humano, diremos que dichas dificultades neurofisiológicas están evidentemente en relación con el tipo y nivel de la lesión.

Podemos hablar pues de:

- Dificultades derivadas de lesiones en *Médula Cervical*.
- Dificultades derivadas de lesiones en *Médula Torácica*.
- Dificultades derivadas de lesiones en *Médula Lumbar*.

Con respecto a los diferentes tipos de lesiones y áreas medulares en que se producen, en general se plantean problemas en relación con:

- *erección*.
- *eyaculación*.
- *concienciación del orgasmo*.
- *fertilidad*.

Desde estos problemas básicos, a los cuales recordamos que se añade la *parálisis* y *pérdida de sensibilidad por debajo del nivel de la lesión*, evidentemente se generan muy diferentes preocupaciones.

Siempre es destacable la individualidad de cada caso, si bien el índice de

El equipo multiprofesional

temores y preguntas interactúa entre las diversas Historias Clínicas.

Así p.e. de acuerdo con nuestra experiencia, las principales áreas de preocupación son las siguientes:

- preocupaciones generales.
- preocupaciones sobre la imagen personal.
- erección.
- eyaculación.
- concienciación del orgasmo.
- dificultades para la actividad sexual en razón de la parálisis motora.
- idem en razón de las sondas o catéteres.
- preocupaciones referidas a la actitud de la pareja.
- fecundidad, embarazo y parto.
- posibilidades de adopción de hijos, etc...

La expresión de las referidas preocupaciones, así como su resolución favorable es distinta de unos casos a otros, no obstante pueden aislarse variables diferenciadoras, p.e.:

- edad.
- sexo.
- estado civil/relacional.
- número de hijos.
- conceptualización de la sexualidad.
- resolución de conflictos.
- proyectos, etc...

Para nosotros es evidente el importante papel que la Psicología puede jugar sobre la orientación y tratamiento de las dificultades expuestas.

El tratamiento rehabilitador de las dificultades que origina una lesión medular es posiblemente uno de los casos más característicos.

La interacción existente entre todas las dificultades plantea la necesidad de enfoques rehabilitadores amplios, comprensivos y progresistas.

Por ello, el tratamiento de las preocupaciones sobre sexualidad no puede ni debe ser excluido o depreciado en el índice de los programas de rehabilitación.

La Psicología puede contribuir a una mejor atención y operatividad de dichos programas, extendiéndose incluso al estudio, tratamiento y modificación de las actitudes del propio personal sanitario y de la sociedad en general, quizá más estereotipadas y prejuiciadas en la percepción de las posibilidades de comportamiento sexual de las personas con problemas físicos permanentes, como si la sexualidad fuera patrimonio de unos y ajena a otros, comprada y vendida.

La construcción de un programa sobre orientación en sexualidad a lesionados medulares traumáticos —área de nuestra experiencia— requiere del orientador amplia formación en sexualidad humana, técnicas de orientación y actualización constante de conocimientos, principalmente por el progreso de las experiencias e investigaciones sobre este tema llevadas a cabo en algunos países europeos y americanos.

Un ejemplo de programa tipo podría ser el siguiente; al menos ofrecemos el índice que nosotros creamos y desarrollamos actualmente:

I.— EVALUACION

1.— Datos generales

- 1.1. Identificación.
- 1.2. Familia.
- 1.3. Familia propia.
- 1.4. Escolaridad.
- 1.5. Trabajo.
- 1.6. Status socio-económico. Vivienda.
- 1.7. Ocio, tiempo libre, aficiones.

2.— Datos generales sobre su Historia Clínica

- 2.1. Accidente.
- 2.2. Areas de conflictos psico-sociales de importancia.
- 2.3. Programa rehabilitador, directrices principales.

3.— Evaluación del comportamiento sexual anterior a la lesión. Conceptualización de la sexualidad

- 3.1. Relaciones.
- 3.2. Conceptualización.

4.— Evaluación de proyectos ante el futuro del comportamiento sexual

- 4.1. Posibilidades que considera tener de comportamiento sexual.
- 4.2. Actitud ante el desarrollo de posibilidades.
- 4.3. Actitud que considera tiene su pareja ante su nueva situación y desarrollo de posibilidades.
- 4.4. Ideas que se plantea sobre la práctica real de sus posibilidades.
- 4.5. Posibilidades principales que piensa poder realizar, descripción.

5.— Evaluación de las aportaciones que espera del programa de orientación

- 5.1. Razones principales por las que solicita orientación sobre sexualidad.
- 5.2. Objetivos que piensa conseguir a través de este programa.
- 5.3. Aportaciones que considera podemos hacerle.
- 5.4. Fines principales que espera conseguir de nosotros.

II.— DEFINICION

(De acuerdo con la información recogida de la evaluación por el Orientador).

1.— Líneas generales a tener en cuenta durante el desarrollo del programa.

- 1.1. Datos generales.
- 1.2. Datos generales sobre su Historia Clínica.
- 1.3. Comportamiento sexual anterior.
- 1.4. Conceptualización de la sexualidad.
- 1.5. Expectativas ante el futuro de su comportamiento sexual.
- 1.6. Expectativas ante las aportaciones que espera del programa de orientación.
- 1.7. Conclusiones generales a tener en cuenta.

III.— SEXUALIDAD Y COMUNICACION HUMANA

IV.— RESPUESTA SEXUAL EN EL HOMBRE

V.— RESPUESTA SEXUAL EN LA MUJER

VI.— LA MEDULA ESPINAL, IDEAS GENERALES

VII.— LESIONES MEDULARES, IDEAS GENERALES

VIII.— EFECTOS DE LA LESION MEDULAR EN LA FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LA PERSONA

1.— Dificultades en el hombre

- 1.1. Lesiones Cervicales.
- 1.2. Lesiones Torácicas.
- 1.3. Lesiones Lumbares.
 - erección.
 - eyaculación.
 - orgasmo.
 - fertilidad.

2.— Dificultades en la mujer

- 2.1. Lesiones Cervicales.
- 2.2. Lesiones Torácicas.
- 2.3. Lesiones Lumbares.
 - orgasmo.
 - fertilidad.
- 2.4. Embarazo y parto.

IX.— POSIBILIDADES DE RELACION SEXUAL DE LAS PERSONAS LESIONADAS MEDULARES. MOTIVACION POR UN COMPORTAMIENTO SEXUAL ACTIVO

X.— DOCUMENTACION. BIBLIOGRAFIA. PRESENTACION DE MATERIAL COMPLEMENTARIO

XI.— CONCLUSIONES PRINCIPALES SOBRE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA (Para anotar el Orientador).

- 1.— Número de Sesiones y tiempo total empleado.
- 2.— Descripción de la relación recíproca, participación conseguida.
- 3.— Estimación propia de la operatividad general del programa para el lesionado medular.
- 4.— Estimaciones del lesionado medular sobre la utilidad del programa y conclusiones principales que ha elaborado.
- 5.— Otras observaciones generales.



En el desarrollo del programa adquiere una importancia fundamental la evaluación previa, con el fin de ajustarle al tipo de lesión sufrida y a las características del paciente.

No se debe olvidar el papel importantísimo que juega la pareja, en el caso de aquellos lesionados que la tienen, razón por la cual puede ser necesario también trabajar sobre ella y sobre ambos en común.

Dependiendo de las conclusiones que hayamos elaborado sobre la conceptualidad que el lesionado medular tiene de la sexualidad, que puede estar reducida a genitalidad, será necesario esforzarnos por conseguir ampliar su significado y extensión, promoviéndole a una reformulación y reaprendizaje de su comportamiento sexual.

De acuerdo con nuestra experiencia, siempre que el terapeuta fue capaz de desarrollar una relación óptima con el paciente, el cual puede llevar bastantes meses en el Hospital antes de comenzar el programa de orientación sobre sexualidad, la "necesidad" de introducir

este asesoramiento en el programa rehabilitador llegó por sí misma.

No obstante, siempre hemos sido partidarios de respetar la libre decisión del paciente para iniciar o no el programa.

En algunos casos p.e., encontramos muy aprendidas ideas de carácter moral o religioso que operan seriamente sobre la intelectualización que el paciente hace de la sexualidad y su conducta al respecto.

Esto hace que con relativa frecuencia nos preocupe la posibilidad de crear al lesionado medular problemas con su Dios o con su moral, en definitiva determinarle a comportamientos contradictorios con sus creencias profundamente arraigadas después de años.

Estemos o no de acuerdo con sus creencias pensamos que hemos de ser extremadamente respetuosos con él, por ello siempre hemos defendido una relación terapéutica no directiva y profesional.

En definitiva, el tratamiento de las dificultades y problemas que una lesión física permanente origina en la perso-

na, constituye por sí mismo un campo abierto al trabajo e investigación psicológicas.

De forma muy general por el tiempo de que disponemos, dejando atrás bastantes áreas de interés en el desarrollo de estos temas, hemos hablado principalmente de los lesionados medulares como ejemplo más característico.

No obstante, no debemos olvidar nuestras posibles aportaciones en el tratamiento de diferentes lesiones físicas: amputados de extremidades superiores o inferiores, enfermos cardiovasculares, hemipléjicos, traumatismos craneales, dermatosis profesionales, etc., siempre desde una actitud de conjunción en los programas generales de rehabilitación. ■

Un psicólogo en un servicio de hemofilia

PILAR ARRANZ

VOY a intentar comunicaros mi experiencia de 7 años en el Servicio de Hematología y Hemoterapia de "La Paz" en contacto con hemofílicos.

En este Servicio hay una Unidad, que es la Unidad de Hemofilia que funciona a nivel nacional. Vemos en él unos 720 hemofílicos, que es un índice bastante elevado puesto que la población total de hemofílicos en España es de unos dos mil cien. Para ubicar un poco el problema que quiero trataros os diré que primero voy a analizar qué es la hemofilia y después describiré cuáles son sus repercusiones psicológicas en lo que se refiere a su impacto tanto en la familia como en el desarrollo del niño hemofílico. Después trataré el abordaje psicológico de los problemas que presentan, y las bases teóricas terapéuticas con que me muevo.

Es muy duro que le digan a una madre que su hijo ha nacido con hemofilia y que la va a tener siempre. ¿Pero qué es la hemofilia? Es una enfermedad congénita, hereditaria, crónica, de coagulación sanguínea, que está ligada al sexo.

Un hemofílico con un rasguño no se muere desangrado, como se cree; lo que sí son graves en él son las hemorragias internas. La mayor parte de las hemorragias se dan en las articulaciones, produciendo baja potencia muscular; producen limitaciones a nivel del movimiento y repercuten muchísimo en

la imagen del esquema corporal. ¿Cómo van a integrar los niños esta imagen?

Las artropatías provocadas por las hemorragias internas limitan todo el área de la actividad motora; los niños tienen absentismo a nivel escolar o laboral. Este es el primer problema.

Quería hablaros también sobre el tratamiento, porque tiene repercusiones psicológicas muy directas.

Todos tenemos 13 factores de coagulación; al hemofílico le faltan 2, o bien el 8 o el 9, depende de si es hemofilia A o hemofilia B. El tratamiento consiste en inyectarles en vena en concentrados el factor que les falta.

Pero, ¿cuáles son los problemas? Cuando es muy bebé, muy pequeño, y la enfermera viene con una inyección gordísima a pincharle, el niño se dice: ¿Qué es lo que he hecho mal? ¿Por qué me quieren castigar? Los primeros tratamientos son muy traumatizantes. Os lo cuento porque para el abordaje del problema psicológico es muy importante. Además son tratamientos super caros y duran unas 12 a 15 horas. Esto significa que un niño que viene a la consulta con una hemorragia interna hay que pincharle durante varios días o cada 12 horas. Cada pinchazo cuesta, el más barato, unas 15 a 20.000 pesetas. Os podedis imaginar las implicaciones sociales que esto conlleva.

Además al ser una enfermedad hereditaria, la transmisión genética produce



mucha angustia. Se dicen "yo que soy hemofílico estoy sufriendo; con qué derecho voy a tener hijos a los que puedo dar la posibilidad de que transmitan la enfermedad". Cuando os la trataba de definir, decía que es una enfermedad de coagulación sanguínea ligada al sexo.

Hoy en día los hemofílicos, gracias a nuevos tratamientos alcanzan la vida media; estos niños antes, cuando yo entré a trabajar hace 7 años, su vida media era la adolescencia. Otro de los grandes avances que ha propulsado mucho la mejora de su calidad de vida, es la autoinfusión, es decir, aprenden desde muy pequeños a autoinfundirse y por lo tanto, el tratamiento les produce mucho más independencia y menos abstención escolar; el tratamiento se hace mucho más precoz y no da lugar a que, como ocurría antes, si vivían en pueblos alejados del lugar de tratamiento se tiraban con hemorragias, pero muy, muy graves esa distancia.

El equipo multiprofesional

¿El hemofílico tiene problemas psicológicos por ser hemofílico, o no? Lo que detectamos es que el grupo familiar es el responsable del desarrollo o no desarrollo de problemas psicopatológicos en el niño. Luego el impacto del diagnóstico y la forma de que se trabaje con los padres, es super importante a la hora de cómo van a vivir los padres esta enfermedad crónica hereditaria. Por otra parte la imagen que tengan del hijo hemofílico va a ser también muy importante a la hora de su integración de todos los días; es decir, si yo pienso o siento, aunque sea a nivel inconsciente, que mi hijo es un enfermo, es un pobrecillo, voy a tratar de hiperprotegerle, voy a tratarle como a un enfermo y entonces las actitudes son muy negativas. Tendríamos que decir que no existen niños hemofílicos sino familiares con hemofilia o niños afectados de hemofilia, porque realmente en la familia que tiene un niño así, toda la familia queda implicada y hay un miedo constante al riesgo y a las complicaciones de las hemorragias. Además, a nivel simbólico, cuando tienen hepistosis por ejemplo, que son las hemorragias nasales, que son muy profusas y tardan muchísimo tiempo en cortarse, se asustan mucho. La aparición de sentimientos negativos muy mal vividos, sentimientos de culpa es muy frecuente: "el médico me ha dicho que por mi culpa el niño tiene esta enfermedad..." La labor del psicólogo es super importante, para que los padres elaboren estos sentimientos de una forma más positiva, para que comprendan que es natural sentir culpa y tristeza, o rabia o temor; pero que esos sentimientos naturales hay que elaborarlos.

¿Cómo se defienden la mayoría de las madres con hemofilia? Con la hiperprotección hacia estos niños. Les proporcionan una educación muy fóbica: "no te muevas, no andes, no corras", en definitiva no vivas. Frecuentemente para el padre ese niño es una carga económica constante y se margina; le dice a la madre: "tú has traído la enfermedad aquí, tú te apañas con tu hijo que yo traigo el dinero a casa".

Hay que romper esa situación; hay que acercar la figura del padre, sobre todo por la importancia que tiene la identificación de la figura paterna por el hijo.

Sobre todo son los varones los que sufren la enfermedad; las señoras son las portadoras, pero los que sufren la enfermedad son los varones. Se produce, pues una relación muy simbiótica entre madre e hijo.

Creo que he descrito los factores interesantes más importantes. Voy a intentar ahora hacer lo mismo con los factores stresantes a nivel del niño. Casi siempre va a recibir de los padres una imagen: "tú no eres capaz de" "ten cuidado". El niño se va haciendo a una imagen muy pasivo-dependiente, muy inhibido, muy egocéntrico, muy inseguro. Hay sobre todo dos tipos de personalidad que vengo observando: los "pasivo-dependientes", es decir en los que

predominan la forma de vivenciarse en el mundo con mucho temor; y los que llamo "los super arriesgados", es decir los oposicionistas, los rebeldes: "tú me dices que no me suba a este árbol, pues me subo a tres y contra más alto mejor porque me estás constantemente diciendo que no soy capaz de..." Son niños con muchísima inadecuación a su enfermedad que producen muchísimo rechazo y no saben resolverlo de una forma adecuada.

Los momentos críticos

Hay momentos críticos por los que atraviesa el enfermo hemofílico: el primero es el impacto del diagnóstico; este momento se vive sobre todo a nivel familiar. Después otro momento es cuando empieza la época de la marcha: el niño se da con todos los rincones, con las mesas se cae constantemente; los traumatismos de la cabeza son excesivamente peligrosos: cualquier derrame cerebral le produce unas alteraciones neuropsicológicas y ya sabéis las deficiencias que originan a nivel del desarrollo con lo que a la madre le producen muchísima angustia. Otro de los momentos críticos es cuando el niño empieza a tomar conciencia de su situación y de sus límites. Aquí el psicólogo debería de decir: una cosa son los límites reales de la hemofilia y otra los límites que le imponen los padres, demasiados exhaustivos, en la adolescencia, cuando empiezan la identificación consigo mismo. Viven en esos momentos unos problemas de muchísima angustia; como en el momento de la inserción laboral, o en el momento que empiezan a buscar pareja. (Pensar en lo que decíamos antes sobre la transmisión genética).

En general hay una gran inadaptación a la enfermedad, con respuestas depresivas, con muchísima ansiedad, muchísimo rechazo, sentimientos de rabia y de oposicionismo, reacciones fóbicas e hipocondríacas fruto de una educación de evitación fóbica, como os decía antes, de prohibiciones, conductas inadaptables sobre todo: o la pasividad-dependencia, o la oposicionista de los super arriesgados. Luego están las consecuencias de la hiperprotección que os he descrito antes, con muchísimas dificultades de integración social, incomunicación, desvalorización, baja autoestima. Como tienen una imagen muy desvalorizada de sí mismos se presentan al grupo también de una forma muy desvalorizada y por lo tanto el grupo tiende a marginarlos. Tenemos muy frecuentemente problemas psicosomáticos, sobre todo cuando no se pueden expresar a nivel de conflicto: cefaleas, mareos, vómitos, problemas digestivos, dolores de estómago, etc.

En problemas neuropsicológicos inherentes a hemorragias intracraneales, sobre todo de partes distóficas y disfunciones psicosexuales, también hay

muchísimo miedo. Y en otras cuestiones.

Si tengo que dar una sola característica diaria que viven en el mundo, desde el temor. Este sentimiento les invade. A partir de ahí tienen muchísimas dificultades.

Equipo multidisciplinar

En nuestro Centro, creo que es el único en España, efectuamos un tratamiento multidisciplinar. ¿Qué hace un psicólogo en un Servicio, rodeado de médicos, ante una enfermedad que parece ser hematológica, tan médica? ¿qué puede hacer? A nivel preventivo, lo primero que hacemos es que todos los recién diagnosticados, pasan al psicólogo sistemáticamente. No fue fácil conseguirlo. Los médicos tampoco lo entendían. Llevamos a cabo una labor sistemática de concienciación de todo el equipo, empezando por los médicos y siguiendo por los auxiliares y enfermeras, para que cambiaran de actitud hacia los enfermos; tenían que pasar de "qué pobrecillos", pasar de la hiperprotección, que ya sufrían en su casa, y mantener una relación de adulto a adulto, no de padre-niño, aunque ellos a pesar de ser adultos, vayan buscando la dependencia. Actitudes positivas de romper dependencias y promover independencia.

La intervención en el momento del diagnóstico es super importante, como os decía antes, porque todo lo que se trabaje con los padres a nivel de desdramatización, de desangustiar y de información, es poco.

El médico les informa, pero les informa con unas palabras que ellos no entienden; además tienen tal nivel de angustia, que se quedan en "mi niño tiene hemofilia, que horror que se me va a morir; la tendrá siempre".

Nosotros tenemos un trato diferente con ellos, una actitud bastante más comprensiva. Entonces ya empiezan a sentirse por lo menos, más apoyados, empiezan a poder escuchar la información. Toda información es muy útil, puesto que les provoca una mejor adecuación a su nueva realidad, y no da pie a la entrada de fantasías mucho más dramatizantes. Por otra parte, hacemos programas de prevención, basados en lo que os decía antes, en que sabemos qué momentos van a resultar críticos para el hemofílico; prevenimos a las madres los momentos críticos, nos adelantamos a ellos antes de que se instauran conductas psicopatológicas.

Hemos realizado grupos de apoyo e información a las madres. Están basados en técnicas operativas aunque no miméticamente, porque como queríamos que pasaran casi todas las madres, no podíamos tener unas sesiones de un año, sino que hacíamos de seis a siete sesiones. Lo hemos hecho un coordinador, un observador y un médico que realmente lo hacía bien porque sabía



escuchar. Durante diez o quince minutos, el médico daba una información muy estricta, médica, y entonces se discutía durante el resto de la hora y media todos los conflictos subyacentes a la enfermedad, en busca de actitudes positivas, de que entiendan que es muy importante la desdramatización de la enfermedad, que lo importante es que den al niño una imagen positiva, que tengan un ambiente lo más normal posible, que se liberen de la angustia innecesaria y que empiecen a auto-responsabilizarse del tratamiento: de los primeros auxilios, de cómo tratar una hepatitis... Hacemos también grupos con los niños ingresados para informarles y que sepan qué es la Hemofilia; trabajamos con ellos a nivel de responsabilizarlos en sus ejercicios diarios de gimnasia en los que se aburren muchísimo.

Otro tema que tocamos es el de orientación y planificación familiar. Aunque parezca mentira había padres y madres que a lo mejor llevaban 20 años de matrimonio y de ellos 17 sin tener una relación íntima normal por miedo a tener otros hijos, por estar muy desinformados.

Sistemáticamente a todos los enfer-

mos que pasaban por allí se les orientaba en este área.

La experiencia de trabajo

A nivel asistencial, hacemos un psicodiagnóstico de aquellos enfermos que nos manda el staf médico, o de los que vienen por propia iniciativa. Al principio eran los menos, porque decían "a qué viene un psicólogo, si yo no estoy loco". Sin embargo la aceptación ahora la demanda se ha normalizado. Es decir, que se han concienciado de que es bastante útil el poder comunicar los problemas.

Yo me defino como una persona que se ha formado en el tratamiento, en tratamientos breves de orientación dinámica. Lo que hago se llama terapia realista. Hacemos mucho tratamiento individual, en algunos casos también tratamiento grupal; utilizamos para los niveles, como técnicas complementaria la relajación autógena de Luthe y con los niños me encanta trabajar en terapia de Roclein, de dibujo, actividades lúdicas, imágenes, porque las palabras muchas veces sobran. En algunos casos cuando hay hospitalizaciones de ingresados que se tiran un mes o dos

meses, les enviamos a terapia ocupacional: hay un grupo de Asistentes Sociales que han colaborado también mucho con nosotros y ellas han organizado todo esto. Hay problemas que no puedo solucionar. Entonces yo me ocupo de canalizarlos a Hospitales de Día o a Centros adecuados. Alguno que otro lo mando al Servicio de Psiquiatría para medicar, aunque en 7 años creo que ha habido sólo dos casos.

En el nivel docente, bueno participo en sesiones clínicas con médicos; hay una buena relación. Hacemos también nuestras propias sesiones clínicas, nuestros propios seminarios, con gente que está haciendo asistencia voluntaria, otros psicólogos, por ejemplo, que están en la guardería de "La Paz" o que están trabajando con infartados de miocardio. Nos juntamos todos para hacer Sesiones Clínicas, publicaciones, asistencia a Congresos, etc.

Eso es todo lo que hace un psicólogo en un Servicio de Hematología.

El minusválido ante el mercado de trabajo

SERAFIN PRIETO

La vida laboral es una de las facetas más importantes en las que se plantean problemas a los minusválidos. Sobre todo cuando, como ahora, las perspectivas de falta de empleo son evidentes. Todas las encuestas sobre el paro reflejan una incidencia de los problemas de salud; los estudios sobre minusválidos demuestran que, comparados con el resto de la población, un alto porcentaje de ellos están en paro.

La formación incide en ello; los minusválidos juveniles interrumpen, por las continuas hospitalizaciones o por su propia deficiencia, su educación, lo que dificulta la adquisición de las adecuadas cualificaciones profesionales.

Existe pues una relación profunda entre minusvalías y desempleo o subempleo.

En España el tema de la reeducación o recuperación de los minusválidos ha estado, y sigue estando, desatendida, incluso tras los más recientes intentos. Como antecedentes de la recuperación sólo cabría citar, creo, la creación en 1887 del Asilo de Inválidos de Trabajo, que en 1922 se transformó en el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo. Estos han sido prácticamente los únicos intentos oficiales

hasta la creación del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Todos los ordenamientos jurídicos en torno al tema de los minusválidos, empezando por la propia Ley General de Educación del año 70 han sido incumplidos la mayor parte de las veces. No es de extrañar que ahora los minusválidos y las Asociaciones que los representan duden actualmente de la eficacia de la nueva Ley, de que ésta se cumpla.

Se emplea el término de Rehabilitación como solución de los problemas relacionados con la vida laboral en un sentido amplio, a partir de su contexto médico, para indicar el restablecimiento óptimo de las funciones dentro de los límites de las minusvalías. Sin embargo, no es fácil de determinar cuál es el grado máximo de integración en la vida social; puede aplicarse el indicador de si el interesado se gana o no la vida por sí mismo, criterio, por otra parte, muy apropiado para la sociedad capitalista en la que nos desenvolvemos. Así, numerosos estudios sobre la Rehabilitación utilizan el dato del empleo o falta de empleo como índice del fracaso o no de los programas de formación o de tratamiento.



Ateniéndonos al programa actual que contemplamos, creo que lo primero que cabe destacar es su falta de adecuación a la realidad del minusválido. La Ley de Integración se proponen tres soluciones al problema del empleo del minusválido: los Centros Ocupacionales; los Centros de Empleo Protegido; y la reserva para ellos del 2% de la plantilla de las empresas de más de 50 trabajadores fijos (Desgraciadamente este 2% no se exige).

Los Centros Ocupacionales fundamentalmente estarían orientados a acoger a los minusválidos más graves en Centros de Empleo Protegido. En la actualidad existen muy pocos e incluso, debido a las actividades que en ellos se realizan, plantean problemas de viabilidad en un futuro. Por otro lado, debido al

El equipo multiprofesional

estigma de benéfico que tiene el Plan de Minusválidos, es como el último cartucho cuando ya no queda más solución que acogerse a un Centro de Empleo Protegido.

El empleo en Empresas ordinarias por tanto, sería la solución ideal. Pero nos encontramos, por un lado, en que no sabemos qué elementos se van a imponer para aplicar la Ley y, por otro lado, nos encontramos con una demanda de una cada vez mayor cualificación profesional para acceder a un puesto de trabajo. De ahí surge la importancia de la formación profesional para el minusválido.

Tenemos que pensar y tener en cuenta que la integración en muchos casos es difícil. De hecho en la práctica se ven imposibilitados para asistir a Centros de Formación Profesional. Las dificultades comienzan por lo más elemental: por la limitación que suponen las propias barreras arquitectónicas y la propia limitación de movimientos. Además influyen la falta de orientación profesional de acuerdo con sus intereses y sus capacidades y la escasez de Centros adecuados.

La actuación del psicólogo en tanto que orientador profesional debe ir dirigida mediante un proceso integral de adecuación del minusválido al trabajo y del trabajo al minusválido: el fin de la orientación profesional debe ser el de asesorar y ayudar al individuo a descubrir su vocación y a informarle de sus aptitudes más destacadas, en orden a su realización.

Por todo ello se hace necesario el que deben existir Centros Públicos en donde se puedan cursar profesiones u oficios adaptados a las diversas minusvalías; pero estas profesiones, por supuesto, deben de tener un mínimo de perspectivas de futuro, para evitar que, como consecuencia del desarrollo tecnológico estas profesiones se queden anticuadas en un breve lapsus de tiempo.

Por otro lado, también deben de cumplir el objetivo de que la formación que se dé al minusválido sea lo más amplia

posible, de tal forma que en cualquier momento de su vida profesional pueda reciclarse.

En la realidad nos encontramos con Centros que tienen un espectro muy reducido de profesiones regladas; esto dificulta enormemente la formación y la propia interacción posterior del minusválido. Otro aspecto es el de que los Centros de Educación Especial pudieran ellos mismos implantar una serie de programas más adaptados a la realidad de los alumnos que tienen y a sus posibilidades, porque a veces se eligen en la cúspide de los Centros decisorios de poder del Ministerio de Educación, profesiones que realmente no tienen en cuenta esta realidad. Otras veces sucede que muchas de las actividades que se realizan en estos Centros suponen solo un mero entrenamiento en ciertas tareas más bien monótonas o de tipo mecánico y creemos que fundamentalmente debía de buscarse un espectro mayor de profesiones que permitan el día de mañana la integración.

Respetar la intimidad

Por último quería destacar el papel del psicólogo: debe de recordar constantemente que las personas con las que va a tratar son personas inseguras, personas muy influenciadas por sus propias limitaciones de tipo motril y necesitan un largo período para la toma de confianza. Generalmente son chicos que desde muy pequeños han estado viviendo en hospitales, sometidos a todo tipo de pruebas, de exploraciones de tipo médico, o sea que se consideran a sí mismos como conejillos de indias. Por ello cuando tratan con el psicólogo ellos ven otra forma más de meterse en la pequeña intimidad que les queda. Por ejemplo, la misma palabra examen, para el minusválido puede significar que

está siendo sometido a otro experimento.

Hay que hacerles comprender que se trata de una colaboración. El propio psicólogo debe intentar eliminar en la exploración todas aquellas pruebas que no sean imprescindibles.

El psicólogo, en tanto que orientador, debe buscar el oficio, la profesión que más convenga al individuo y además debe de ver la fuerza que le motive para la orientación. Esta búsqueda es primordial para contar con garantías de asimilación; en conjunto, debe revelar la fuerza de supervivencia, hecha deseo de aprender, de sociabilidad y de ambición que tiene esta persona. También deben de ir orientados a ver cuál es el nivel de conocimientos y el nivel de comprensión y asimilación de conocimientos nuevos; esto es muy importante para su futura reinserción.

Con estos datos el psicólogo debe de discutir con el minusválido las profesiones u oficios adecuados, sin olvidar el análisis y la demanda del mercado de mano de obra. La decisión siempre se deberá tomar en un completo acuerdo con el interesado, y posteriormente se deberá efectuar un seguimiento con el objeto de adoptar las posibles correcciones al programa.

La actuación del psicólogo en formación profesional debería centrarse primordialmente en la adecuación de aquellas profesiones y oficios que estarían más acordes con el tipo de minusvalías con que nos enfrentamos en diferentes Centros. Una vez elegidos se debe centrar primordialmente en la adecuación del programa a los alumnos; no basta con seguir los programas oficiales, sino que el programa hay que concretarlo y adaptarlo primordialmente a los alumnos que tenemos.

El otro aspecto, sería el de intervenir en el proceso de ayudas a las personas en concreto, con el fin de lograr una buena adaptación profesional a través del uso eficaz de las aptitudes humanas de los minusválidos. Esos serían los dos puntos primordiales.

Declaración Sundberg

ORGANIZADA por el Gobierno de España, en cooperación con la UNESCO, se celebró en Torremolinos (Málaga), del 2 al 7 de noviembre, la Conferencia Mundial sobre las Acciones y Estrategias para la Educación, Prevención e Integración, dentro de las actividades internacionales desarrolladas con motivo del Año.

La Conferencia dedicó en su programa, una jornada íntegra de trabajo, a elaborar una declaración que pudiese servir a los organismos internacionales y a todos los países, como punto de partida hacia el futuro, para orientar su política de actuación, así como para adoptar las medidas precisas para progresar en el campo de la educación, prevención e integración.

En la Conferencia se propuso que la declaración llevase el nombre de Declaración Sundberg, que hasta ese momento había sido jefe de Educación Especial de la UNESCO, y que falleció en su segundo día de estancia en España. La propuesta fue aceptada por unanimidad.

La Declaración Sundberg fue presentada el pasado mes de diciembre en la Asamblea General de las Naciones Unidas, por el Presidente de la Conferencia, D. Federico Mayor Zaragoza, y en la resolución final de la misma, se decidió su incorporación como documento oficial de las Naciones Unidas y como tal su distribución en los diferentes países.

La resolución final de las Naciones Unidas sobre el Año Internacional ex-

presó su satisfacción por los resultados de la Conferencia Mundial celebrada en Torremolinos, invitando a todos los Estados a la aplicación de las conclusiones de la misma.

La Conferencia Mundial sobre las Acciones y Estrategias para la Educación, Prevención e Integración, organizada por el Gobierno de España en cooperación con la Unesco y celebrada en Torremolinos, Málaga (España) del 2 al 7 de noviembre de 1981.

Teniendo presentes la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas y, particularmente, la Declaración de los Derechos del Niño, la Declaración de los Derechos de las Personas Discapacitadas y la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental.

Destacando la urgente necesidad de aplicar sus propias conclusiones y su-



gerencias así como los principios en que se inspiran el plan de acción a largo plazo del Comité Asesor de las Naciones Unidas para el Año Internacional de los Impedidos y las directrices que se desprenden de las recientes recomendaciones, declaraciones y programas de acción.

Profundamente preocupada por el hecho de que el 10 por 100 de la población mundial sufre de algún tipo de minusvalía y de que las perspectivas mundiales al respecto tienden a empeorar.

Reafirma la necesidad de lograr que se respeten plenamente esas recomendaciones y principios.

Subraya el hecho de que la prevención es una forma muy importante de acción y que convendría poner en práctica todas las estrategias fundadas en los conocimientos actuales para evitar la deficiencia a fin de lograr concretamente que todas las familias y todas las personas dispongan de los servicios indispensables.

Insiste en la importancia de lograr en la medida de lo posible la rehabilitación y la integración de las personas discapacitadas consiguiendo que todas ellas puedan recurrir a los servicios de rehabilitación y demás servicios de apoyo y asistencia necesarios para la minusvalía derivadas de la discapacidad a fin de lograr que su integración en la sociedad sea lo más completa posible y les permita desempeñar en ella un papel constructivo.

Consciente de la importancia primordial de la educación, la ciencia, la cultura y la información en la vida de todas las personas, y deseosa de aplicar las recomendaciones y principios mencionados, a fin de que puedan contribuir al

pleno desarrollo personal de todas las personas discapacitadas y a su completa participación en la vida social.

Afirma que los poderes públicos, las organizaciones competentes y el conjunto de la sociedad tienen que tener presente el concebir cualquier tipo de actividad a corto y largo plazo sobre la situación de las personas discapacitadas los principios fundamentales de participación, integración, personalización, descentralización (sectorización) y coordinación interprofesional, y consecuentemente.

Insta a los gobiernos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales competentes, la opinión pública, las personas discapacitadas, sus familias y todos los que de una u otra forma estén vinculados con su vida cotidiana, los educadores, investigadores, administradores y estadistas, a que se guíen por los principios de esta Declaración y los difundan y pongan en práctica. Con arreglo a tales principios:

- a) Se asegurará la plena participación de las personas discapacitadas y sus asociaciones en todas las decisiones y acciones que sean de su incumbencia.
- b) Las personas discapacitadas deberán beneficiarse de todos los servicios y participar en todas las actividades de la comunidad. De igual manera, las acciones y estrategias de carácter general fijadas para la comunidad en su conjunto deberán tomar debidamente en cuenta a estas personas.
- c) Las personas discapacitadas recibirán de la comunidad los servicios que se adapten a las necesidades específicas de cada una de ellas.
- d) La descentralización y la sectoriza-

ción de los servicios tendrán por objeto que las necesidades de las personas discapacitadas sean atendidas y satisfechas en el marco de la comunidad a que pertenezcan.

- e) La coordinación de los diversos organismos profesionales y las actividades de las distintas entidades especializadas que están al servicio de las personas discapacitadas deberán asegurarse de tal modo que procuren el desarrollo global de su personalidad.

Decide unánimemente aprobar y proclama solemnemente la siguiente: DECLARACION.

Artículo 1

Todas las personas discapacitadas podrán ejercer su derecho fundamental al pleno acceso a la educación, la formación, la cultura y la información.

Artículo 2

Los gobiernos y las organizaciones nacionales e internacionales deberán asegurar efectivamente una participación tan plena como sea posible de las personas discapacitadas. Se deberá prestar apoyo económico y práctico a las medidas encaminadas a satisfacer las necesidades educativas y de atención sanitaria de estas personas, así como a la creación y funcionamiento de las asociaciones en que puedan agruparse esas personas o sus familiares. Estas asociaciones deberán participar en la planificación y las decisiones en las esferas que interesen a las personas discapacitadas.

Artículo 3

Deberá ponerse a las personas discapacitadas en condiciones de utilizar al máximo su potencial creativo, artístico e intelectual, tanto en beneficio propio como para enriquecimiento de la comunidad.

Artículo 4

Los programas educativos, culturales y de comunicación en los que sean llamados a participar las personas discapacitadas deberán concebirse y aplicarse en el marco de un proceso global de educación permanente. A este respecto, se deberá prestar una mayor atención a los aspectos educativos de la formación y rehabilitación profesional.

Artículo 5

Con el fin de que puedan poner el máximo de su capacidad al servicio de la sociedad, todas las personas discapacitadas, y en especial las que padezcan dificultades de comunicación, deberán poder disponer de programas educativos culturales y de información adaptados a sus necesidades específicas.

Artículo 6

Los programas en materia de educación, de formación, de cultura y de información deberán formularse con miras a integrar a las personas discapacitadas en el medio corriente de trabajo y de

El equipo multiprofesional

vida. Tal integración deberá comenzar lo más temprano posible en la vida de la persona. Para prepararla, y en tanto que no se haya realizado, las personas discapacitadas, sea cual fuere su situación personal, deberán acceder a una educación y una formación adecuadas (en instituciones, en la familia, en el medio escolar, etc...) el tiempo que sea necesario.

Artículo 7

Con objeto de reducir la frecuencia de la deficiencia y sus efectos perjudiciales, los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, tendrán la responsabilidad de proceder a una detección precoz y a un tratamiento adecuado. Deberán elaborarse programas educativos a partir de las primeras edades. La información y la orientación de los padres constituirán una parte muy importante de esos programas.

Artículo 8

Deberán incrementarse la participación de la familia en la educación, la formación, la rehabilitación y el desarrollo de todas las personas discapacitadas. Se proporcionará la asistencia adecuada para ayudar a la familia a asumir sus funciones en esa esfera.

Artículo 9

Los educadores y los demás profesionales responsables de los programas educativos, culturales y de información deberán también estar cualificados para ocuparse de las situaciones y las necesidades específicas de las personas discapacitadas. Por lo tanto, su formación deberá tener en cuenta esa

necesidad y sus conocimientos deberán actualizarse periódicamente.

Artículo 10

Habida cuenta de la influencia que ejercen los medios de comunicación de masas sobre las actitudes del público, y a fin de lograr una mayor conciencia y solidaridad social, el contenido de la información, así como la formación del personal de esos medios de comunicación, deberá comprender aspectos relacionados con las necesidades y los intereses de las personas discapacitadas y se elaborarán las orientaciones de sus asociaciones.

Artículo 11

Deberán proporcionarse las instalaciones y el equipo necesarios para la educación y la formación de las personas discapacitadas. Por otra parte, se tomarán todas las medidas necesarias para que los equipamientos se fabriquen en los países en desarrollo.

Artículo 12

Todos los proyectos de urbanismo, medio ambiente y asentamientos humanos, deberán concebirse con miras a facilitar la integración y la participación de las personas discapacitadas en todas las actividades de la comunidad, particularmente en materia de educación y cultura.

Artículo 13

Deberán fomentarse la investigación que tenga por objeto aumentar los conocimientos y su aplicación al logro de los objetivos de esta Declaración, sobre todo para adaptar la tecnología moderna a las necesidades de las personas

discapacitadas y reducir los costos de fabricación. Los resultados que se obtengan deberán difundirse ampliamente con miras a favorecer la educación, el desarrollo cultural y el empleo de estas personas.

Artículo 14

Todos los gobiernos, las empresas, las organizaciones profesionales y los sindicatos deberán fomentar la adopción de programas de empleo que incluyan la elaboración de planes especiales de orientación, contratación, formación y promoción profesional con objeto de incrementar las oportunidades profesionales de las personas discapacitadas.

Artículo 15

La aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración exige un aumento de la cooperación internacional entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales regionales e interregionales, incluso a nivel de la asistencia técnica, sobre todo con miras a la creación de bancos de datos y centros regionales de formación del personal, como también para la elaboración y difusión de programas.

Artículo 16

La aplicación de la presente Declaración incumbirá a los Estados y será de su responsabilidad suprema. A este efecto deberán tomar todas las medidas legislativas, técnicas y fiscales posibles y deberán asegurarse de que las personas discapacitadas, sus asociaciones y las organizaciones no gubernamentales especializadas participen en su elaboración.

Carta para los años 80

La carta para los años 80 es una declaración sobre las prioridades de acción para la década comprendida entre los años 1980-1990. Ha sido concebida para promocionar la "plena participación" e "igualdad" de las personas discapacitadas, en cualquier lugar del mundo. La Carta fue desarrollada en base a extensas consultas internacionales referidas a los campos de la prevención de la discapacidad y de la rehabilitación. El proceso culminó con una mesa redonda sobre la revisión del texto de la Carta, en el 14.º Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional en Winnipeg, Canadá, el 26 de junio de 1980. Fue aprobada por la Asamblea de Rehabilitación Internacional y se presenta al mundo como eminente contribución al Año Internacional de las Personas Discapacitadas, organizado por las Naciones Unidas. Dada su extensión, presentamos un escueto resumen. Quienes deseen consultarla en su totalidad pueden dirigirse al Gabinete

de Documentación del Colegio (Ricardo Lucas).

ACTUALMENTE hay en el mundo más de quinientos millones de discapacitados. Por término medio, una persona de cada diez es discapacitada por causa de una deficiencia física, psíquica o sensorial. Aunque sean titulares de los mismos derechos fundamentales, —de aprender y formarse, de trabajar y crear, de amar y ser amados—, que el resto de la población, estos ciudadanos discapacitados siguen viviendo en países que ignoran la forma de hacer efectivos esos derechos y con demasiada frecuencia se les niegan las posibilidades y las responsabilidades que, sin embargo, les corresponden.

Se estima que la existencia de la discapacidad imposibilita a un 25% de los miembros de la sociedad para la plena realización de sus aptitudes, teniendo en cuenta no sólo a los discapacitados sino también a sus familiares y a

todos aquellos que les asisten. La colectividad que no logre resolver eficazmente estos problemas asume no sólo una enorme pérdida de recursos humanos sino también un tremendo sacrificio de humanas posibilidades.

A lo largo de su historia, la humanidad ha venido levantando barreras físicas y sociales obstaculizadoras de la participación en las distintas sociedades, de quienes eran juzgados diferentes por alteraciones corporales o psíquicas. Los edificios y transportes resultan casi inaccesibles para muchos discapacitados; la información y la belleza son inasequibles a los que padecen trastornos en la vista, el oído o la razón; la cálida relación humana no se manifiesta cuando la capacidad física o psíquica del niño o del adulto se desvía de la de la mayoría; la formación, el trabajo productivo, los servicios públicos, las diversiones y muchos otras actividades humanas se les niegan, o se les ofrecen en forma discriminatoria, a muchas personas. A los discapacitados más graves, los que ni siquiera son capaces de actuar con autonomía, se les suele reservar el abandono total o un insuficiente esfuerzo en la atención de su desarrollo personal y en la mejora de sus condiciones de vida.

Hoy existen adelantos y medios bas-
tantes para que los distintos países



derriben las barreras que impiden a los discapacitados vivir con su sociedad. Todas las naciones tienen posibilidades de abrir todas sus instituciones y sus servicios a todos sus ciudadanos. Lo que suele faltar es la voluntad política de afirmar y aplicar las normas necesarias para conseguirlo. La nación que no responda a este desafío desperdicia con ello sus auténticos valores.

La pobreza y la guerra no sólo generan discapacidad sino que afectan también a los recursos disponibles para la prevención y la rehabilitación. Por ello, los objetivos de esta Carta requieren una distribución más equitativa de los recursos mundiales y que las relaciones internacionales se fundamenten en el diálogo y la colaboración.

En la década que comienza, todas las naciones deberían fijarse la meta de reducir la incidencia de la discapacidad, convertirse en sociedades respetuosas para con los derechos de las personas discapacitadas y fomentar su plena participación. Con estos fines se promulga la Carta para los 80, cuyos objetivos, son los siguientes:

- Iniciar en todos los países un plan para prevenir tantas deficiencias como sea posible y prestar a todas las familias y a todas las personas los correspondientes servicios de prevención.
- Verificar que toda persona afectada por una discapacidad y la familia de la que forma parte, perciben los correspondientes servicios de rehabilitación y la asistencia o apoyo necesarios para reducir los trastornos producidos y hacer posible para todos una vida plena y una labor constructiva en la colectividad.
- Tomar todas las medidas necesarias para procurar la máxima integración y participación de los discapacitados en todos los ámbitos de la vida colectiva.
- Difundir la información sobre los afectados por las discapacidades y sus posibilidades, sobre la discapacidad, su prevención y tratamiento, con objeto de aumentar los conocimientos y la conciencia ciudadana acerca de estos problemas y de su importancia social.

Se recomienda encarecidamente a los distintos países la preparación de planes nacionales para la consecución de estos objetivos, teniendo en cuenta sus particulares circunstancias y las directrices de la Carta. Los planes deben implicar a los sectores más importantes de la vida nacional y constituir un factor de especial prioridad en las previsiones de desarrollo nacional así como procurar la participación intensa de los discapacitados en esos mismos planes.

Conceptos fundamentales

El texto de la Carta emplea los términos "deficiencia" (impairment), "discapacidad" (disability), y "minusvalía" (handicap), como son definidos en la

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) de la Organización Mundial de la Salud, a saber:

- Deficiencia: "Cualquier pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica, o anatómica".
- Discapacidad: "Cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que la que se considera normal para un ser humano".
- Minusvalía: "Una desventaja para un determinado individuo, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide la realización de una función que es normal (de acuerdo con la edad, sexo y factores sociales y culturales) para dicho individuo".

Las causas de la deficiencia son iguales en cualquier parte del mundo, con diferente prevalencia, pero las consecuencias en lo que se refiere a la discapacidad y a la minusvalía varían fundamentalmente según las circunstancias socio-económicas de cada área y las medidas que adopta cada sociedad para todos sus miembros.

Cada nación puede tomar las medidas que crea oportuno para prevenir la deficiencia, para reducir las discapacidades, y para prevenir la transformación de la discapacidad en minusvalía. Lograr estos objetivos relacionados entre sí, requiere la activación de medidas de prevención, de sistemas de rehabilitación, de apoyo y asistencia, y cambios en las relaciones entre la sociedad y sus miembros deficientes o discapacitados.

La provisión de unos adecuados servicios de rehabilitación, revierten en importantes beneficios socio-económicos para el conjunto de la sociedad. En combinación con las medidas para controlar las causas de la deficiencia y reducir las consecuencias sociales de la discapacidad, la rehabilitación facilita un medio para reducir al mínimo los costos de la discapacidad. Los beneficios económicos del suministro de servicios de rehabilitación se han demostrado con el ahorro de costes de sanidad y otros servicios sociales, con la reducción de los costes de la asistencia pública, y en los beneficios obtenidos por la sociedad en forma de artículos y servicios aportados por los trabajadores discapacitados.

Objetivos

- 1) Impulsar en cada nación un programa que prevenga tantos casos de deficiencia como sea posible y asegurar que los servicios preventivos necesarios estén al alcance de cada familia y cada persona.
- 2) Asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado disfrute de todos los servicios de rehabilitación,

apoyo y asistencia que se necesiten para reducir los efectos minusvalidantes que puede acarrear la discapacidad, y para posibilitar a todos una vida plena y un papel constructivo en la sociedad.

- 3) Dar los pasos necesarios para asegurar la máxima integración posible y la participación igualitaria de las personas discapacitadas en todos los aspectos de la vida de su comunidad.
- 4) Difundir información sobre las personas que padecen alguna discapacidad y su potencial y sobre la discapacidad, su prevención y tratamiento, para aumentar los conocimientos y la toma de conciencia pública de estos problemas y de su importancia en cada sociedad.

Metas a alcanzar en los años 80

Basándose en los principios fundamentales enunciados en esta Carta, y reconociendo que la capacidad de las naciones para actuar con respecto a la prevención y rehabilitación de la discapacidad variará según el orden de prioridades nacionales y la disponibilidad de los recursos necesarios, Rehabilitación Internacional expone las siguientes metas a perseguir durante la década de los 80 para que sirvan de guía y estímulo a todas las naciones.

- 1) Metas a nivel de la comunidad: Desplazar el enfoque de los esfuerzos para la rehabilitación hacia el nivel de la comunidad. Reforzar todas las medidas para favorecer la integración. Establecer un sistema en el seno de cada comunidad para detectar a tiempo tanto a los niños como a los adultos con discapacidades. Suministrar los servicios de rehabilitación, teniendo en cuenta la situación económica, social y el contexto cultural de la persona discapacitada y su familia. Asegurar la participación de las personas discapacitadas y sus familias en la toma de decisiones sobre su vida y la asistencia de rehabilitación que reciban. Mejorar e incrementar la difusión de información a las personas con alguna discapacidad y sus familias. Facilitar servicios de rehabilitación a todas las personas que tengan necesidad de ellos. Aumentar la capacidad del personal que trabaja a nivel de la comunidad. Adoptar medidas por parte de los sindicatos obreros y de las patronales para facilitar empleo a los miembros de la comunidad que padecen alguna discapacidad.

Equipo multiprofesional

Adoptar medidas por parte de los sindicatos obreros y de las patronales para evitar accidentes de trabajo y reducir las lesiones de los trabajadores.

2) Metas a nivel nacional: Reducir la malnutrición y la desnutrición.

Incrementar los programas de inmunización contra las seis principales enfermedades infecciosas, esto es: poliomelitis, difteria, tuberculosis, tosferina, tétanos y sarampión.

Incluir medidas para la prevención de la discapacidad en todos los programas nacionales de educación sanitaria y de control del medio ambiente.

Enriquecer los programas formativos para todas las categorías de trabajadores profesionales ocupados en los aspectos de la prevención de la discapacidad y en el proceso de rehabilitación.

Incluir en todos los planes nacionales de educación programas adaptados para satisfacer las necesidades de niños y adultos que padecen cualquier tipo de discapacidad.

Revisar todas las políticas educacionales existentes para eliminar cualquier medida que pueda discriminar a niños y adultos que padecen algún tipo de discapacidad.

Asegurar que se incrementa la disponibilidad de ayudas técnicas y aparatos para conseguir una vida independiente.

Adoptar en cada país el Protocolo en el que se establece la importación libre de impuestos de los artículos necesarios a las personas discapacitadas.

Desarrollar métodos más sencillos y menos costosos para la prestación de servicios de rehabilitación.

Analizar los actuales sistemas de seguridad asocial y seguro social para determinar que no exista exclusión o discriminación.

Examinar las condiciones de empleo existentes para determinar que las personas que padecen alguna discapacidad, y que desempeñan un trabajo igual al de los demás trabajadores no sean discriminados.

Adoptar medidas para asegurar la colocación de personas con alguna discapacidad.

Educar al público sobre las causas y efectos de la discapacidad y su prevención, el potencial de las personas que padecen alguna discapacidad para su rehabilitación y los servicios disponibles para ese fin en la nación. Abrir todos los sistemas de la sociedad para la participación y contribución de las personas con alguna discapacidad.

Crear una fuente de información central sobre el diseño sin barreras para personas con cualquier tipo de discapacidad.

Rectificar las normas nacionales de proyecto y construcción para tener en cuenta los elementos y requisitos de los proyectos sin barreras.

Promover el uso del Símbolo Internacional de Acceso para identificar edificios e instalaciones sin barreras arquitectónicas.

Estimular el desarrollo de organizaciones de las personas con discapacidades.

Examinar la legislación para eliminar toda disposición que pueda discriminar.

Incluir en la legislación vigente disposiciones para coordinar los servicios para la prevención y la rehabilitación de la discapacidad, para prohibir las barreras arquitectónicas en todas las nuevas construcciones, hacer accesibles todos los servicios comunitarios a las personas que sufren alguna discapacidad y asegurar su participación en decisiones que afecten a su vida.

Incluir medidas para la prevención de la discapacidad y servicios de rehabilitación en todos los planes para el desarrollo social y económico.

Establecer una oficina o nombrar a una persona directamente responsable ante el Jefe del Estado o el Gobierno del desarrollo e instrumentación de un plan global para la prevención de la discapacidad y su rehabilitación.

Establecer un sistema para la regulación de los progresos durante la década en la realización de los objetivos y las metas de acción expuestas en la Carta.

3) Metas a nivel mundial: Aumentar los esfuerzos internacionales para re-

ducir la malnutrición y la desnutrición, sobre todo entre la primera infancia, la niñez y las mujeres en edad de gestación.

Incrementar los esfuerzos por extender la asistencia sanitaria primaria a todas las comunidades.

Promover programas más extensos de inmunización contra las seis principales enfermedades infecciosas y dedicar una especial atención para erradicar la poliomelitis para 1990.

Reforzar las normas y programas internacionales para la prevención de accidentes en el hogar, en el trabajo y en las carreteras.

Estimular un programa masivo de información pública concerniente a las causas fundamentales de la discapacidad, sus efectos sobre las personas, su prevención, las posibilidades de rehabilitación y la importancia de los factores sociales para prevenir las minusvalías.

Reforzar la cooperación internacional en el intercambio de información, experiencia e innovación técnica en los campos de la prevención y la rehabilitación de la discapacidad.

Aumentar la cooperación internacional en lo que se refiere a la preparación de personal comprometido en actividades de rehabilitación.

Fomentar el mercado internacional cooperativo de ayudas y aparatos técnicos para incrementar su disponibilidad a precios más reducidos.

Expandir las actividades de las agencias del sistema de las Naciones Unidas en lo referente a la prevención y rehabilitación de la discapacidad, especialmente a nivel regional.

Crear las condiciones para la realización de los objetivos de esta Carta, a través de una distribución más equitativa de los recursos mundiales basada en el establecimiento de un nuevo orden económico internacional.

Asegurar la difusión más amplia posible de la Carta de los 80 y conseguir que se preste atención a su mensaje a todos los niveles en cada país, desde los más elevados líderes de Gobierno hasta los individuos más directamente afectados de cada comunidad.

OBLIGACIONES FISCALES DE LOS PROFESIONALES

El Colegio ha editado un folleto explicativo que facilita la declaración de quienes tienen obligaciones fiscales a causa del ejercicio profesional. Son autores don Antonio Gómez Valverde y don Jaime Trasobares Marín. El folleto está a la venta en las oficinas del Colegio al precio de 200 ptas.

PARADOX LIBROS

● **RICHELLE, M. y Remy DROZ:** Manual de Psicología. Introducción a la Psicología científica. 3.400 ptas.

● **McCANDLESS, B.R. y R.J. TROTTER:** Conducta y desarrollo del niño. 3.300 ptas.

● **MAQUIRRIAIN, Joaquín M:** El Arte de vivir I: la trayectoria humana a la luz del Análisis transaccional. 780 ptas.

● **LAMBERTH, John:** Psicología social. 2.200 ptas.

● **THORESEN, C. y MAHONEY, M.J.** Autocontrol de la conducta.

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

REFLEXIONES

Acercando la psicología a la comunidad

Alejandro Avila Espada

HABLAMOS de acercar: un fenómeno que invade la escena de la psicología aplicada es la imperiosa necesidad de acercarse a la demanda de servicios. Hay que acercarse, arrojarse de todas las herramientas disponibles, para ofrecerse como operarios útiles en una sociedad en cambio. No importa demasiado el cómo, ni obviamente el para qué. El psicólogo puede sentir la tentación de disfrazarse de especialista dotado de procedimientos rigurosos y científicos para acercarse a transformar una sociedad que desconoce como tal. La todavía precaria identidad del psicólogo busca su refugio en los *Modelos* y en el *Método*. Esto sucede en un momento de cambio social en el que las estructuras y grupos sociales demandan una mejor calidad de vida. Y el psicólogo siente que ha llegado —¡por fin!— su momento.

Hay distintas clases de psicólogos. Hay psicólogos que se sienten en posesión de la verdad, que creen conocer un modelo eficaz, que se tranquilizan sabiendo cómo tienen que hacer en cada momento. También hay psicólogos que buscan, que a veces no saben qué buscan o si buscan en una dirección correcta o equivocada, que interrogan enojosamente, que viven antes una realidad y actúan en ella después. Y hay psicólogos pasivos, que esperan que el maná caiga sobre ellos algún día.

Los psicólogos buscan en la noche con sus débiles lámparas, y desean asirse prontamente a la estructura, encontrar su hueco, sentarse en él antes que los demás. En esta situación es corriente

observar como los diversos grupos de psicólogos encuentran de pronto el *Nuevo Mundo*, proclaman el descubrimiento y ponen en él su bandera. ¡*La Psicología Comunitaria es nuestra!*. ¿*O es que acaso la Psicología Comunitaria es de todos?* Si sólo hay una Psicología, evidentemente esa "una" es nuestra. ¡Faltaría más!

Cientifidad de la psicología

SE trata de saber hasta qué punto y en qué modo la Psicología posee un campo científico propio, y bajo qué condiciones este campo puede optar a un grado de cientifidad, cualquiera que fuere. Las condiciones de medida de una observación, requieren una delimitación experimental del campo de la experiencia⁽¹⁷⁾. Esta delimitación incluye el término de refutabilidad que es precisamente lo que le da límite a la experiencia. El campo de la psicología en su afán de categoría científica requiere condiciones experimentales en la medida de sus experiencias. Las condiciones de laboratorio no son representantes de una objetividad, de una certeza en los resultados, más que en la medida en la que las condiciones postuladas en la hipótesis se produzcan de nuevo. Así, la noción de *normalidad*⁽²¹⁾ no tiene validez más que en la medida en que se considere al campo de *lo humano* como un campo de laboratorio.



REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1.— APARICIO, V; LOPEZ, M; SANCHEZ, A.E. "Fundamentos, elementos y problemas de la psiquiatría comunitaria" En *Clinica y Análisis Grupal* nº 24. Madrid. 1980.
- 2.— BERKE, J. "Aquí no me tuve que volver loco" Madrid. Fundamentos. 1980.
- 3.— BERKE, J. "El caso de Peter y Susan: Un estudio sobre las múltiples intervenciones en una crisis, y el tratamiento de un episodio psicótico agudo". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 22. Madrid. 1980.
- 4.— BLEGER, J. "Psicohigiene y Psicología institucional". Buenos Aires. Paidós.
- 5.— CAPARROS, N. "Crisis de la familia". Madrid. Fundamentos (1973). 1977.
- 6.— CAPARROS, A. y CAPARROS, N. "Psicología de la liberación". Madrid. Fundamentos. 1976.
- 7.— CAPARROS, N; CABELLO, C; ALONSO, P. "La unidad de tratamiento de psicóticos: un proyecto de intervención con personas en crisis". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 22. Madrid. 1980.
- 8.— COSTA, M. y LOPEZ, E. "La psicología comunitaria, un nuevo paradigma". En *Papeles del Colegio* nº 2. Madrid. Marzo 1982.
- 9.— ESCUDERO, C. "El equipo interdisciplinario". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 29. Madrid. 1981.
- 10.— ESTERSON, A. "Crisis mental y psiquiatría". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 2. Madrid. 1977.
- 11.— FORTI, L. (comp.). "La otra locura". Barcelona. 1976. Tusquets.
- 12.— GONZALEZ DE CHAVEZ, M. (Coord.). "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica en España". Madrid. 1981. Mayoría.
- 13.— JERVIS, G. "La psiquiatría y sus cometidos prácticos hasta hoy". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 28. Madrid. 1981.
- 14.— JONES, M. "Psiquiatría social". Buenos Aires. Escuela. 1966.
- 15.— OLABARRIA, B. y ESCUDERO, C. "Una aplicación de la psicoprofilaxis a la estomatología infantil". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 19. Madrid. 1979.
- 16.— PICHON RIVIERE, E. "Del psicoanálisis a la psicología social". 2 Vols. B. Aires. Ed. Galerna. (Reeditado en varios volúmenes en Ed. Nueva Visión. B. Aires).
- 17.— POPPER, K. "El conocimiento objetivo". Complexe. Lausanne.
- 18.— POSER, E.G. "Strategies for the behavioral prevention" en *The Behavioral management of anxiety, depression and pain*. Brunner Mazel. New York. 1976.
- 19.— RENDUELES, G. "Rehabilitación de enfermas psicóticas con larga estancia institucional en un hogar protegido". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 8. Madrid. 1978.
- 20.— SEGURA, M. "Prevención y asistencia psicológicas". En *Papeles del Colegio* nº 0. Madrid. Julio 1981.
- 21.— SERVANTIE, A. "Lo normal y lo patológico". Madrid. Fundamentos.
- 22.— WEINSTEIN, L. "Salud mental y proceso de cambio". Buenos Aires. Ed. ECRO. 1976.
- 23.— WEINSTEIN, L. "Visión general de la salud mental poblacional". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 2. Madrid. 1977.
- 24.— WEINSTEIN, L. "Higiene mental poblacional". En *Clinica y Análisis Grupal* nº 5. Madrid. 1977.
- 25.— VARIOS. "Psicología y municipios". Dossier en *Papeles del Colegio* nº 1. Madrid. Diciembre 1981.

No se trata de negar las aportaciones de aquellos psicólogos que se dicen *modificadores del comportamiento*, en especial su interés por centrarse en los hechos, en la realidad, en el sujeto como ser específico (N = 1), en las multideterminaciones biológicas y sociales de la conducta, etc.; pero sorprende el énfasis que algunos ponen (⁸, ²⁰) en ocupar el espacio de la intervención psicológica, ya que *sólo ellos saben cómo hacerlo de una manera científica, rigurosa y eficaz*. Subyace una vez más el solapamiento entre el interés por los métodos científicos y la necesidad-ambición de poder en un terreno profesional todavía poco definido.

¿Psicología comunitaria como campo de experiencia para establecer procesos de cambio en los individuos y en los grupos sociales? ¿Psicología comunitaria como proceso de evolución hacia un mayor control social por parte del sistema? ¿Hasta qué punto la Psicología llamada científica no es psicología al servicio de un poder? El campo de la psicología comunitaria estaría objetivado por la creación de múltiples espacios diversificados, en los que se puedan elaborar todas las diferencias y mantener la riqueza de lo normal fuera de la colonización del pensamiento y de la dictadura de lo ideológico.

¿Cuáles son las conductas a prevenir? Los teóricos del llamado *Modelo de competencia* (¹⁸) piensan que es el *Modelo* el que permite identificar las conductas y problemas a prevenir, y señalan la necesidad de dotar al sujeto de instrumentos y técnicas para que participe en su propio control. *Se necesitan individuos hábiles y dispuestos a comportarse bien*. Es ingenuo plantear el enseñar a comportarse (a los sujetos y a la comunidad en general) como algo desgajado de la propia estructura social que lo hace posible. Asimismo se ignora que el hombre es una estructura sociedad-persona (⁶) en la que lo intrapsíquico no es más que un producto de lo social. Y lo social determinante es mucho más que la especificidad situacional de las conductas o los parámetros del aprendizaje.

Se hace crítica al modelo psicoanalítico señalando su dependencia del modelo médico y acusándole de fomentar el individualismo burgués. Se ignora a veces que el pensamiento freudiano supuso una profunda ruptura con el modelo médico de enfermedad, y que cuestionó la estructura social y las bases mismas de la sociedad, lo cual no quiere decir que los médicos no hayan instrumentado diversos modelos, entre ellos el psicoanalítico, mixtificándolos y distorsionándolos. Incluso se utilizan las evidencias negativas hacia la posibilidad de una prevención primaria de la patología psíquica, como muestras del desinterés hacia este área, ignorando las múltiples aportaciones positivas. Los Psicólogos del comportamiento, en lugar de soñar con *Un mundo feliz* o *Walden Dos* harían bien en analizar los presupuestos éticos e ideológicos a los que sirven desde sus modelos de referencia. ¿Ansiamos la normalización o buscamos la diversidad? ¿Tenemos acaso resuelta la contradicción entre las necesidades del sistema y las necesidades de las clases, grupos sociales y personas?

Normalización o diversidad

HACE muchos años que se hacen esfuerzos, desde múltiples puntos de vista, en orden a poner a la psicología y a la medicina al servicio de la comunidad, al servicio de la persona, al servicio de la posibilidad de ser diferentes. En este terreno es importante aprender de la historia y vicisitudes del llamado movimiento antipsiquiátrico, que supone un importante salto cualitativo respecto de planteamientos comunitarios como los de Maxwell Jones (¹⁴). Las perspectivas actuales en Inglaterra al respecto (², ³) contrastan notablemente con la realidad de la prestigiosa Seguridad Social inglesa que utiliza a los terapeutas de conducta para cumplir objetivos ideológicos del sistema. Asimismo la

política de dar la palabra al enfermo mental surgida de la experiencia italiana no resuelve su integración social y familiar; la asistencia puede transformarse y hacerse más humana. La prevención puede ser uno de los objetivos políticos. Pero tal como muestra la experiencia francesa del Sector y como empieza a vislumbrarse en España, las voces de la diversidad, las necesidades reales de las personas y de los grupos, violentan y chocan frontalmente en algunos casos con los objetivos políticos de las estructuras que fomentan la prevención. La prevención como bien de consumo puede ser uno de los principales instrumentos de control social. También la prevención como fomento de la diversidad puede constituirse en uno de los revulsivos sociales más incontrolados para las organizaciones que detentan el poder. El proceso en el cual el individuo y los grupos toman conciencia de poder participar en elegir la dirección de sus propios procesos, es una muy peligrosa arma arrojada que se vuelve contra los que quieren plantear muchos pequeños cambios para que nada importante cambie, y para que el control del cambio esté en sus manos. Este hecho resulta particularmente claro en experiencias como la chilena ⁽²²⁾ en la cual la prevención ha jugado papeles decisivos en el cambio social.

Los psicólogos y los psiquiatras españoles, junto con otros profesionales se encuentran ante un campo prometedor. Pero es importante recordar que hay demasiadas cosas mezcladas en este tema como para creer que se puede ver con claridad donde necesariamente ha de pasar mucho tiempo antes de poder evaluar el significado de los distintos programas y planteamientos de intervención en salud mental y en la psicología comunitaria en general.

Hacer Psicología comunitaria significa ocuparse de un objeto distinto al de la Psicología individual. Los fenómenos de lo grupal, de los individuos como *pertenecientes a y productos de los grupos*, de las organizaciones sociales, son el objeto de estudio de la Psicología comunitaria. Intervenir en este área significa entender el complejo proceso de sobre determinaciones que supone la estructura de grupo. El grupo no es la suma de sus integrantes ni el análisis de sus interrelaciones. El grupo da la dimensión del sujeto, lo explica y proporciona también la posibilidad del cambio. El sujeto no puede cambiar de manera consistente al margen de lo grupal (grupo real externo, lo grupal internalizado). Por ello hacer psicohigiene es intervenir sobre lo grupal, y qué duda cabe que una de las estructuras grupales clave en el proceso del sujeto es la familia ⁽³⁾. La escuela es otra estructura de particular importancia. También las múltiples formaciones grupales que surgen en la comunidad, hasta las mismas instituciones comunitarias. Sobre todas ellas cabe hacer una intervención psicosocial que trate de recoger su dinámica natural, insertarse en ella, y modificarla desde la lectura grupal, posibilitando el aprendizaje-descubrimiento de nuevos lenguajes, conductas y vínculos. Una de las aportaciones cruciales en este área es la de Pichon Riviere ⁽¹⁶⁾ que plantea las bases para una intervención operativa en psicología social.

De entre los múltiples acercamientos de la psicología a la comunidad he seleccionado algunas referencias que pueden servir de introducción para las personas interesadas. Es forzosa-mente una lista mínima y muy incompleta, a la que seguirán otras próximamente. Importa abrir la reflexión y el debate. Después habrá que relatar las experiencias. ■

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.

SALUD SEXUAL Y SALUD MENTAL

En la Delegación de Madrid disponemos de ejemplares de la monografía de Alejandro González García y Sofía González Botella, distribuida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para su distribución gratuita entre los colegiados. Interesados, pasar a recogerla.

ASESORIA JURIDICA

Liborio Hierro y Javier Mauleón atienden las consultas de los colegiados los martes y jueves de 18,30 a 20,00 en nuestra sede. Es imprescindible acreditar la condición de colegiado.

9 de Marzo

La psicología como ciencia

Del 9 de marzo al 18 de mayo, ha tenido lugar en la sede de la Fundación de Investigaciones Marxistas, un ciclo de conferencias dedicado a la PSICOLOGÍA COMO CIENCIA.

La FIM decidió llevar a cabo este ciclo a raíz del homenaje a Jaques Lacan con motivo de su fallecimiento. Este homenaje agudizó el vacío que la Psicología había tenido en los programas habituales de la Fundación, intentando cubrirlo con este ciclo y un seminario sobre Psicoanálisis y Marxismo.

En un principio se pensó en la realización de un Encuentro donde se pudiese discutir ampliamente uno de los escollos tal vez fundamentales de la profesión: el contencioso Psicoanálisis-Conductismo. Los intentos fueron vanos... las resistencias, muchas. Y también fueron muchas las razones que apuntaban a realizar este Encuentro cuando la Fundación poseyese una cierta experiencia en el campo de la Psicología. Así las cosas, se consideró más oportuno comenzar con un ciclo dedicado a la Psicología como Ciencia, donde se pudiesen discutir los diferentes problemas con que se encuentra la psicología científica y sus profesionales.

Bajo este criterio se comenzó con una conferencia que precisamente llevaba por título "La Psicología como ciencia", y que corrió a cargo de María Dolores Avia, profesora de Psicología de la Personalidad en la Universidad Complutense de Madrid. En ella se hizo un examen de los principales problemas epistemológicos y de las críticas más recientes a la Psicología científica.

Se subrayó la separación existente entre la Psicología académica y la Psicología aplicada, señalando las críticas más importantes dentro de cada una de ellas. Esta profunda división entre una y otra es altamente negativa para ambas. María Dolores Avia se centró fundamentalmente en los problemas que afectan a la Psicología académica, como son el afán por la metodología y la falta de teoría sustantiva. Insistió, por otro lado, en la necesidad de profundizar más en los aspectos sociales, que en ocasiones quedan desmarcados de las concepciones teóricas.

Los problemas de la lógica fueron tratados por Juan del Val, director del Instituto de Ciencias de la Educación de la U.A.M., quien expuso las

relaciones que la Psicología y la lógica han mantenido históricamente y el papel que ésta puede desempeñar hoy en la comprensión del razonamiento.

En particular, se examinaron las teorías lógicas, no lógicas e ilógicas, y se discutieron las concepciones de Piaget sobre la relación entre la lógica y el desarrollo. Asimismo, se discutieron las investigaciones de Wason acerca de los problemas del razonamiento.

Esta conferencia tuvo la especial característica de concebirse como homenaje a Alfredo Deaño, quien había trabajado sobre estos temas y colaborado estrechamente con Juan del Val.

En el campo de la educación, Josep Toro, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, apuntó los errores tradicionales de los educadores y los mitos adquiridos (a veces como contraposición a ellos) como el de niño bueno-niño malo; el castigo, que ha sido criticado desde posiciones ideológicas y no científicas; y el error de los educadores inhibicionistas que se plantean la no intervención en la educación bajo el supuesto de que el niño "sacará" lo que lleva de "bueno" dentro, produciéndose un enconamiento en el proceso de aprendizaje. Concluía Toro con la idea central de que no hay que plantearse el método educacional, sino debatir qué tipo de hombre queremos hacer, porque debemos ser conscientes de que "estamos construyendo un hombre".

En un campo cercano, Alfredo Fierro, profesor de la Universidad de Salamanca, trató en su conferencia de la educación especial, en la que analizó los principales modelos de conceptualización de la deficiencia mental, a saber: psicométrico, psicodinámico, conductual.

Especificó las diferentes estrategias del tratamiento de la deficiencia mental: 1º tratamiento operante; 2º procedimiento de estimulación; 3º el tratamiento creativo o expresivo, como musicoterapias, expresión corporal, etc; y 4º las psicoterapias, fundamentalmente verbales.

Rafael Burgaleta, profesor de Psicología diferencial de la Universidad Complutense de Madrid, hizo un estudio sobre la situación de la Psicología Industrial en la conferencia que llevaba por título "La psicología en los centros de trabajo".

Después de hacer un repaso histórico de las funciones del psicólogo en el área industrial, y los distintos enfoques teóricos en los que se basaba, intentó aclarar la contradicción ante la que se encuentra el profesional en este campo: entre un mero transmisor del orden y la moral

26 de Marzo

Primeras Jornadas sobre Adolescencia

Los días 26, 27 y 28 de marzo se realizaron en Madrid las Primeras Jornadas sobre Adolescencia organizadas por AEPPA, Asociación Española de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y

Adolescencia. Culminó con este encuentro el primer año de actividades de la asociación, fundada el 27 de febrero de 1981, por un grupo de profesionales (psiquiatras, psicólogos y sociólogos) con el objeto de "colaborar en la prevención primaria de la enfermedad mental y promover entre los profesionales el intercambio de información y experiencia, y facilitar su difusión entre todos aquellos que puedan emplearlas en mejorar el nivel de vida de la comunidad.

El comité organizador de las Jornadas estuvo constituido por: Norma Ferro Pérez; Nory Qui-



capitalista y un elemento orientador y de refuerzo de la capacidad laboral y el bienestar de los trabajadores.

Analizó, en un segundo nivel, los diferentes aspectos de la industria en los que puede o debe intervenir el psicólogo, aportando experiencia concretas llevadas a cabo en España y en EE.UU. principalmente.

Durante el coloquio se subrayó la necesidad del psicólogo como orientador de la dirección de los sindicatos, en la misma medida que sirve de orientador de la ejecutiva de las empresas.

"La psicología en los Centros de Promoción de la Salud" corrió a cargo de Alfredo de Juan, delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid, quien no pretendió limitarse al rol específico del psicólogo, sino que la orientó más como explicación de la política sanitaria del Ayuntamiento. Enumeró los centros ya en funcionamiento y los previstos por esta Delegación a corto y largo plazo. Explicó cuáles son sus funciones y las tareas que específicamente le corresponden al psicólogo como parte integrante de un equipo interdisciplinario. Señaló, por último, las principales dificultades con las que se ha encontrado el Ayuntamiento a la hora de llevar a la práctica su política sanitaria y de socializar la salud de la colectividad.

Miguel Costa, psicólogo del CPS de Tetuán, habló sobre la psicología comunitaria, comenzando por definir como principio fundamental de la misma, la participación del ciudadano en la salud pública.

El rol del psicólogo se encuadra en la mejora de las competencias a dos niveles: el ciudadano y los sistemas comunitarios. Por tanto, las tareas concretas del psicólogo son la elaboración de planes y programas de entrenamiento en habilidades de manejo de stress, conversacionales; planificación y resolución de problemas. La columna vertebral de la Psicología Comunitaria es precisamente la socialización del conocimiento científico, que se le conoce con el nombre de "modelo de amplificación cultural", consistente en proveer de recursos al individuo y a los sistemas comunitarios. Es decir, la función del psicólogo, desde estos planteamientos, es más pedagógica y social que terapéutica. Por parte de la clase médica ha existido, hasta ahora, una oposición a la intervención de ajenos en temas de salud. La Psicología Comunitaria es un modelo alternativo que plantea que sea el propio ciudadano el que posea la información necesaria y los medios

adecuados para el control de la salud, y no un grupo excluyente de profesionales.

Por último, Carlos Camarero, Decano del Colegio de Psicólogos, trató de la situación de la psicología en España y el papel del Colegio de psicólogos, haciendo, primeramente, un recorrido histórico de la formación del Colegio, desde los orígenes del movimiento de psicólogos dentro de la sección del Colegio de Doctores y Licenciados hasta su creación como tal, remarcando los planteamientos sostenidos por este movimiento basados esencialmente en la implantación pública de la psicología, la socialización de la misma mediante el control público y el control por parte del Colegio del mercado de trabajo.

Posteriormente, aportó toda una serie de estadísticas pormenorizadas de la situación del psicólogo en España: mayoría de profesionales femeninos, con un 59% frente a un 41% de varones; edad media oscilante entre los 25 y 35 años; un paro absoluto del 16%, un subempleo del 30%; y un aumento del paro en las últimas promociones, que llega a alcanzar el 50%. Con respecto a las áreas de trabajo, señaló que en los Estados Unidos existen ya 18 áreas profesionales frente a las tres en que clásicamente se ha dividido la enseñanza y la práctica de la Psicología en España: clínica, escolar e industrial, división ya obsoleta que nos obligaría no tanto a buscar nuevas divisiones, como a darles una aplicación más acorde con la realidad.

En el terreno de la comparación del Colegio de Psicólogos con otros Colegios profesionales, analizó la gran división existente entre los Colegios ricos (abogados, arquitectos, médicos) y los pobres, dándose el caso que el control que ejercen aquéllos sobre el mercado de trabajo llega a veces a introducirse en nuestro propio campo, como ocurre con el Colegio de Médicos.

Y con esta conferencia se clausuró el ciclo, cuyo balance ha sido altamente positivo desde la visión de la Fundación de Investigaciones Marxistas y desde la visión de ponentes y asistentes, lo que ha orientado a la FIM a la realización de un segundo ciclo para el próximo curso de cuyas características daremos cuenta en su momento.

Por último, informar a todos los colegiados de que este ciclo va a ser publicado íntegramente. En cuanto esté en nuestro poder, os informaremos de la forma y el lugar de adquirirlo.

Ricardo Martínez Ramonde

ñones Beunza; Daniel Schoffer Kraut; Nora López Aller; Flora Prieto Huesca; Raquel Benatar; y César Arroyo.

La respuesta de los profesionales fue muy positiva. Más de 250 asistentes y 50 ponentes participaron en tres días de intensa actividad en ponencias y talleres de variados encuadres que resumen las diversas orientaciones teóricas en vigencia. El criterio seguido por los organizadores no obedeció a un eclecticismo descomprometido, sino al deseo de que las Jornadas "sirvieran" como lugar de visión panorámica de

la situación actual del adolescente en nuestro medio social.

Los asistentes provenían de muy diversas ramas profesionales aunque, lógicamente, primaban psiquiatras y psicólogos. Fueron numerosos los asistentes provenientes de otras regiones españolas, en especial de Navarra, Sevilla, Barcelona, Soria, San Sebastián, Zaragoza, Jaén, La Coruña, Valencia y Murcia. Y también profesionales extranjeros como Aaron Esterson y Mary Garvey (Londres), Juan Carlos Azcárate (Nueva York), Bernardino Horne (Bahía), Olivier

Agenda

Ciclo de conferencias sobre la psicología como ciencia.

Lugar: Madrid.

Organiza: Fundación de Investigaciones Marxistas.

Fechas: 9 de marzo al 18 de mayo.

Primeras jornadas sobre adolescencia.

Lugar: Madrid.

Fecha: 26, 27 y 28 de marzo de 1982.

Organización: Asociación Española de Psiquiatría y Psicología en la Infancia y la Adolescencia.

Información: Secretaría de la Asociación. Atocha, 20-1ª izq. Madrid-12.

Temas: Adolescencia normal. Psicopatología de la adolescencia. Terapéutica de la adolescencia.

Seminario intensivo sobre terapia sexual.

Organizado por el Centro Iberoamericano de Sexología del C.C.P. A cargo del Dr. J. Wayneberg, Presidente del Instituto de Sexología de París.

Fecha: 29 y 30 de abril.

Información: Paseo de Vergara, 11, bajo izq. Tel. 2764090

Curso sobre psicopatología del lenguaje y su rehabilitación.

Comienzo del curso: 15 de mayo de 1982.

Duración: Ocho sábados en jornada intensiva (de 10 a 14 h. y de 16 a 22 h.).

Diploma acreditativo.

Información: Sanatorio Dr. León. Secretaría de Formación. Pza. Mariano de Cavia, 3. Madrid-7. Tels: 251 77 55 y 251 77 22. (De 18 a 21 horas).

Curso dirigido a Psicólogos, Pedagogos, Profesores de EGB y Terapeutas del lenguaje.

Pajot (París) y Jaime Rojas Bermudez (Buenos Aires).

Las Jornadas se organizaron alrededor de tres grandes temas. El primer día se centró en la *adolescencia normal*; el segundo día *psicopatología en la adolescencia* y el tercer día *técnicas asistenciales*.

La metodología escogida reunió por la mañana a todos los asistentes en torno a una mesa

redonda en la que los participantes, centrados en el tema del día hacían una amplia relación de las experiencias que se están desarrollando en distintos ámbitos (privados o institucionales). Las tardes fueron reservadas para las ponencias, talleres y películas que trataban aspectos más específicos del tema general.

En la primera Jornada, tanto en la mesa redonda inaugural coordinada por el Dr. Liberman como en los talleres y ponencias que se desarrollaron posteriormente, se evidenció la dificultad de establecer criterios de normalidad en una etapa caracterizada por el cambio y la confusión así como por conductas y actitudes que en otros estadios de la evolución posterior podrían ser considerados como un síntoma patológico.

Algunos de los temas tratados en las ponencias fueron: la sociedad española frente al adolescente; la sexualidad en la adolescencia; identidad política en la adolescencia; el educador y la crisis de la adolescencia; y creatividad en la adolescencia.

La segunda Jornada, que se inició como una mesa redonda coordinada por el Dr. Kesselman, abordó el tema de la *psicopatología* en la adolescencia, teniendo en cuenta el objetivo de prevención de las patologías sociales de mayor



28 de Marzo

2º Seminario Iberoamericano para la orientación escolar y profesional

La reseña que a continuación reproducimos, la envió nuestro compañero Antonio Rodríguez Barcia a la redacción de Papeles con destino a la sección de cartas a la revista. Nos ha parecido oportuno, por su contenido y por su extensión, publicarla íntegramente en esta sección.

Del 28 de Marzo al 2 de Abril pasados se celebró el 2º Seminario Iberoamericano de Orientación Escolar y Profesional, bajo el lema de "Orientación Integral para la Escuela, el Trabajo, la Vida". Fue organizado por la Asociación Española para la Orientación Escolar y

Profesional, (AEOEP) y la Asociación Internacional Escolar y Profesional (AIOSP), bajo el patrocinio de la Dirección General de Enseñanzas Medias, y el Patronato de Promoción de la Formación Profesional.

Hacer un comentario de un Seminario, Simposium, Congreso, resulta casi siempre una tarea difícil y delicada. Difícil porque es materialmente imposible asistir y escuchar todas las ponencias y comunicaciones. Dicha limitación sólo se puede superar leyendo el libro de actas, pero la edición de tal libro es una tarea ardua, y en este momento, al menos, yo no dispongo de él. Por lo anterior, es imposible juzgar el conjunto de las intervenciones, y claro el hacer una valoración, se puede cometer injusticia al generalizar opiniones, producto de experiencias parciales, al conjunto que uno no ha conocido.

Por otra parte, efectuar un comentario sobre un acto de este tipo es un tema delicado, porque generalmente uno, espectador del acto final, no ha conocido todo el proceso de gestación de la obra: idea inicial, búsqueda de apoyos institucionales, financieros, de colaboradores. Los proyectos se van alterando, cambiando, incluso modificando profundamente, de manera que a lo mejor cuando se levanta el telón, la obra que se representa no es ni parecida a lo que inicialmente se imaginó. Además el esfuerzo que cuesta poner en marcha un proyecto de este tipo, es ingente, y eso obliga, antes de realizar cualquier tipo de comentario crítico, a agradecer a las personas que se han esforzado por sacar adelante el proyecto, tanto a los organizadores, tarea ingrata y dura, como a los ponentes y comunicantes.

Salvados estos comentarios previos, me atrevería a emitir algunas opiniones sobre lo que observé.

Si algo se podría afirmar, sin sombra de duda,



incidencia en nuestra juventud, en particular, la drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia.

Algunas de las ponencias que versaron sobre estos temas fueron: la delincuencia juvenil desde la psiquiatría; drogas y adolescencia inadaptada; la llamada de la droga; alcoholismo en la adolescencia; comparación con otras drogas, soluciones y prevenciones; actitudes de los jóvenes ante el consumo de cannabis; y la utilización de la máscara en el proceso de identificación del adolescente.

Se concluyó que, si bien la preocupación actual de la sociedad española en relación con la juventud, está centrada en los problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia juvenil, estos aspectos no deben ser considerados como los determinantes de la crisis, sino como los elementos manifiestos, que no podrán ser comprendidos y corregidos en tanto y en cuanto no se entienda y modifique el marco general en el cual están insertos.

El tema de estudio de la última Jornada se basó en las técnicas asistenciales y la coordinación de la mesa redonda estuvo a cargo del Dr. Rojas-Bermudez.

El debate se centralizó en torno a los diversos encuadres y técnicas terapéuticas así como en

otras disciplinarias afines y auxiliares de las mismas.

Entre otros se presentaron trabajos sobre: experiencias en grupos terapéuticos con adolescentes; el conflicto en la adolescencia, un enfoque gestáltico; el psicodrama en la psicoterapia de adolescentes; acción del psicólogo en la escuela; la primera entrevista con el adolescente; la escena temida en el adolescente; y adolescencia y psicosis, debate de la técnica.

Se concluyó que en el proceso psicoterapéutico debe tomarse en consideración que el adolescente y el ámbito social en que se desarrolla están en una relación de mutua reciprocidad, ninguno de los dos puede ni debe ser considerado como víctima del otro, sino que ambos crean la situación a través de la interacción en la que juegan un importante papel, los procesos de identificación proyectiva e introyectiva.

La situación económica y socio-cultural y el hacinamiento en las grandes urbes dificultan el proceso de maduración del adolescente.

La falta de puestos de trabajo, prolonga la dependencia y por lo tanto su infancia.

La solución que buscamos, no puede ser individual, no se trata de casos aislados, sino de una problemática que involucra, no solo al adolescente, sino a la familia y a la sociedad.

sobre el Seminario fue su carácter oficial, oficialista, por las siguientes razones.

La organización del Seminario se hizo desde lo oficial-vertical. Es decir a la pregunta de quién debe formar el Comité Organizador, se responde, primero analizando en que Instituciones u Organismos oficiales hay Unidades de Orientación, segundo, cooptando a los responsables de dichas Unidades para el Comité organizador. Dado que puede haber muchas Unidades, en diversos Organismos, con diferente rango: Dirección General, Servicio, Sección, Negociado, Unidad, etc., y que el Comité Organizador no puede ser muy extenso, es preciso elegir bien, pues en este tipo de temas los errores que se pueden cometer son muchos.

Una vez cooptando el Comité Organizador, se monta un Comité Patrocinador, entre las Instituciones que pueden ayudar financieramente, a nivel publicitario, que conviene que no se oponga al proyecto, etc. Este Comité tendrá un mero carácter figurativo, sin poder real de decisión.

En este caso el Comité Organizador integraba a los SPOEV (Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional a nivel de EGB), a los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, y la red de Centros de Orientación Profesional del INEM. Como complemento a esas tres grandes fuerzas había una representación de la Universidad, de la Oficina de Educación Iberoamericana y de la Sociedad Española de Psicología.

¿Dónde estaba el Colegio Oficial de Psicólogos? El Colegio Oficial de Psicólogos estaba en el Comité Patrocinador, aportando una cantidad de dinero. ¿Por qué el Colegio aceptó participar a nivel meramente decorativo? Esa es una buena pregunta. Se le invitó a participar, y conociendo como conocemos, el desastre de la Orientación actualmente en España, le debió parecer que

colaborar en un Seminario que iba a estudiar esta problemática era una tarea útil e interesante.

Por otra parte, colaborar con el Seminario permite establecer lazos institucionales en un sector profesional tan importante como el escolar. Pero el Colegio creo que se ha llevado varias sorpresas. Una, la sensación de que su participación planteaba algunas reticencias —¡Cuidado con estos chicos, que pueden plantear problemas!— que se concretaron en no permitirle participar en el Comité Directivo, ejecutivo, y limitarle a ser "Patrocinador". Por si había alguna duda de ese temor, los temas que le sugirieron para que los organizara fueron "Los Medios Audiovisuales y Orientación", e "Informática y Orientación", temas impropios para que un Colegio Profesional los desarrolle; es decir, temas en los que ningún planteamiento crítico o reivindicativo, en principio, es posible.

En una palabra, el Colegio de Psicólogos creo que no tuvo ninguna capacidad decisoria en el diseño y desarrollo del Seminario. Aportó una cantidad de dinero y su nombre al Seminario, planteado evidentemente desde supuestos bastante alejados de los que defiende el Colegio. Por cierto, que uno de los temas menos conocido de los Congresos, Seminarios, Simposios, etc., cantidad de dinero y su nombre al Seminario, planteado evidentemente desde supuestos bastante alejados de los que defiende el Colegio. Por cierto, uno de los temas menos conocido de los Congresos, Seminarios, Simposios, etc., es el de su financiación. ¿No sería interesante reivindicar luz y taquígrafos para este tema? ¿Se gana o se pierde dinero? ¿Las cuotas son altas o bajas? ¿Quién paga manda? ¿La participación en la toma de decisiones es proporcional a la aportación financiera?

El conocimiento de estos datos permitiría

Agenda

Curso de pedagogía terapéutica.

Del lenguaje hablado y escrito. Diploma Oficial I.C.E.U.M.

C.I.O.S. con autorización del I.C.E. de la Universidad Complutense de Madrid, ha programado un Curso en el área de la Pedagogía Terapéutica de:

Orientación para la iniciación al diagnóstico y la reeducación del lenguaje (dislexias, dislalias, problemas motrices y afectivos en relación con el lenguaje).

Destinado a Prof. de EGB, Psicólogos, Ldos. en Pedagogía, Sociólogos, A. Sociales y a estudiantes de los últimos cursos de Psicología, Pedagogía y Prof. de EGB.

Fechas: 3 al 14 de mayo (mañanas). 17 al 29 de mayo (tardes). 31 de mayo al 9 de junio (mañanas) 14 al 26 de junio (tardes). Información: Honorarios: 9.890 ptas., (a estudiantes descuento del 30% y certificado de asistencia).

Reserva e inscripciones: C.I.O.S. Dulcinea, 4, bajo 6. Madrid-20. Tels.: 233 90 49 y 233 31 79.

Conferencias de introducción a la práctica de la psicología clínica.

Organización: Comisión de Psicología Clínica de la Delegación del País Valenciano del Colegio Oficial de Psicólogos.

Fechas: 7, 14, 21, 28 y 29 de mayo de 1982.

Información: Secretaría del Colegio de Psicólogos.

Programa: Introducción a las técnicas actuales de Modificación de Conducta.— El psicoanálisis desde Freud y Lacan.— Teoría psicoanalítica y práctica psicodramática: psicodrama freudiano.— ¿Psicoanálisis contra Conductismo?— Algunas consideraciones sobre la adolescencia a la depresión en el adolescente. Aspectos técnicos desde un punto de vista psicodinámico.

conocer la trama oculta de ciertos sucesos, porque ya sabemos que además de los objetivos científicos y profesionales de estas reuniones, siempre hay planteamientos de poder, en nombre de proyectos políticos, personales, de camarillas académicas, de tendencias o escuelas, etc.

Dado el carácter institucional-oficial del Seminario y que el Comité Organizador lo forman "jefes" de Unidades, se tiene resuelto a priori quiénes van a presentar comunicaciones, y un número mínimo de asistentes. Además las diversas Unidades rivalizan para ser cuál presenta más comunicaciones. Así los Jefes se las ven y se las desean para conseguir que sus subordinados presenten comunicaciones. Más de algún comunicante de la línea oficial inició su intervención diciendo: "Se me indicó que preparase..."

El Seminario adquiere entonces un carácter de escaparate publicitario, al servicio de la promoción política de tal o cual "jefe". Y no digamos si es Iberoamericano, donde se entra en la política de asuntos exteriores y la posible promoción y exportación de mediocres programas.

De lo que no cabe duda es que esta modalidad de producción o encargo de comunicaciones condiciona fuertemente tanto la elección de temas, como el enfoque que se adopta.

El afirmar que de hecho eso equivale a alguna forma de censura, encubierta o explícita, es algo evidente. No se tocarán los temas que no interesen y no se utilizarán enfoques críticos o incómodos para el "establishment". No se puede admitir que se ponga en cuestión lo institucional desde dentro.



Como es sabido una misma realidad puede ser observada y analizada desde múltiples enfoques y para finalidades distintas. En este campo, y debido al carácter "oficial", se eligió como estilo la descripción de experiencias, y el no efectuar ninguna reflexión crítica y globalizadora del estado actual de la orientación escolar y profesional a nivel institucional.

A título de ejemplo voy a señalar algunos temas importantes que no se tocaron:

1º.— ¿Cuándo van a perder su carácter experimental los SPOEV?

Con carácter experimental. Cada SPOEV está integrado por tres funcionarios de EGB, que además son pedagogos o psicólogos, en régimen de Comisión de Servicios, bajo la dependencia de la Inspección. Frente a la realidad de la insuficiencia de esos tres "orientadores oficiales" por provincias, en muchas Escuelas estatales las APA o el claustro, contratan los servicios de psicólogos, en condiciones precarias. Y todo ello, cuando el MEC reconoce el altísimo porcentaje de fracaso escolar y el mal planteamiento del sistema escolar, debido a la inexistencia de una política potente de información y orientación profesional, que privilegia el BUP frente a la FP, las carreras superiores sobre las medias.

No se realizó ninguna evaluación o balance de los SPOEV, ni se presentaron sus posibles líneas de progresión.

2º.— ¿Cuándo van a dar sentido a su nombre los Institutos de Orientación Educativa y Profesional?

Una vez que dejen de efectuar su principal cometido actual (el examen de conductores) ¿a qué se van a dedicar? ¿Quién es el responsable del abandono en que se encuentran? Los funcionarios cobran poco y su situación estatutaria es confusa, lo que redundará en una dedicación escasa. Y por el otro lado, sabemos de muchos Institutos que proponen la contratación de psicólogos, propuestas sistemáticamente rechazadas por la Inspección, "porque la legislación no contempla esa figura en la plantilla de los Institutos". Y no digamos de los Centros de F.P., en la que los abandonos y problemas de todo tipo requeriría de la presencia de un psicólogo orientador a tiempo completo. El Decreto de reconversión nadie sabe quién lo informa. Se están dando contrataciones nepóticas.

3º.— ¿Cuándo va a haber una política coherente de información y orientación profesional a lo largo de todo el sistema educativo?

Cuando pensamos en que a pesar de la escasez de recursos humanos, son mu-

Conclusiones del 2º Seminario de Orientación educativa en los diferentes niveles

— En la Educación Preescolar y Básica

● La Orientación para la Escuela, el Trabajo, la

chas las instituciones que han establecido o están estableciendo servicios de orientación, por ejemplo, a nivel de Administración Central: los SPOEV, Instituto de Orientación, Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial, equipos del INSERSO, red de Centros de Orientación Profesional del INEM, COIE red de Centros del Instituto de la Juventud, servicios del Instituto Nacional de Asistencia Social; más los que la Administración autonómica y local están poniendo en marcha. Parece que lo importante es trazarse un plan general que a partir de un diagnóstico de necesidades, establezca prioridades, coordine, evite solapamientos, maximice la efectividad de los recursos, etc. Por poner un ejemplo, y aunque lo que ocurre en otros países nunca es aplicable a otra realidad sin más, en Francia hay, a nivel del Ministerio de Educación y Ciencia, 4 organismos o estructuras en el campo de la orientación: el ONISEP, que elabora la documentación que utilizarán posteriormente los orientadores; el CEREP, especializado en análisis ocupacional evolución del mercado de trabajo, problemas de inserción laboral al finalizar los estudios, etc.; el INETOP, que es el Centro de formación de los orientadores así como un centro de investigación, que publica la revista "L'orientation scolaire et professionnelle"; y los Centros de Información y Orientación que en número de 561, están distribuidos a lo largo del país, en los que trabajan más de 3.000 consejeros de orientación y 500 directores de C.I.O. Es probable que la situación francesa tampoco sea perfecta y presente problemas, pero desde luego qué diferencia con nuestra realidad.

Ojeando el libro de actas del 1er. Seminario Iberoamericano, celebrado en 1967, parecería que en estos 15 años era muy poco lo que se había avanzado. Incluso algunos avances legislativos y legales, que casi nunca se llegaron a llevar a la práctica, quedan como tiempos mejores, cuando en el Estatuto de Centros no se consiguió siquiera mencionar la palabra "gabinete psicopedagógico", a pesar de las enmiendas presentadas por socialistas y comunistas, y de que el portavoz del grupo parlamentario centrista indicó que ellos estaban de acuerdo, pero el MEC les había sugerido que no se hiciera constar el tema de los gabinetes psicopedagógicos, porque si se ponía en la ley, luego se levantarían voces reclamando su instalación.

Esa si que hubiera sido una buena Ponencia: estado en que se encontraba la Psicología escolar y la orientación en España, en aspectos normativos, de recursos humanos, de métodos,

técnicas, instrumentos y orientaciones en 1967 (propuestas que se plantearon en el primer Seminario) y por otra parte, evolución sufrida en los mismos apartados, estado actual y análisis de por qué las cosas están como están. Todo ello enmarcado dentro de la evolución sufrida por el país en estos años, y de los cambios producidos en la teoría y práctica de la Psicología escolar y de la orientación en otros países. Los cambios políticos y económicos sufridos por España e Iberoamérica en estos años no tuvieron ninguna entidad.

Pero claro una ponencia de este tipo nunca se podría realizar en un Seminario "oficial", con sus rituales, buenas palabras, deseos de quedar bien, de tener todo controlado, de que los ministros y otras autoridades, responsables de la situación deplorable en que se encuentra hoy este sector, puedan lanzar promesas y que todo

A pesar de la crítica planteada en esta reseña, el Seminario tuvo cosas interesantes. Por ejemplo, la ponencia de Rafael Morales Arce sobre "Orientación Educativa - Orientación y Empleo en crisis económica", fue muy interesante, bien planteada, rigurosa. También fue estimulante tener la oportunidad de escuchar a dos grandes maestros de la Psicología española, criticándose mutuamente, de manera muy fina y respetuosa, en sus orientaciones, el primero negando valor a la psicometría, el segundo afirmando, y todo ello dicho con gran elegancia.

Por otra parte, el Seminario ofreció la oportunidad de reunirse a los funcionarios de los distintos Servicios que están dispersos por la geografía. Así los orientadores de los SPOEV, los psicólogos del INSERSO, los orientadores del INEM, tuvieron la oportunidad de debatir y discutir entre sí, lo que no suele ser fácil en el interior de sus organismos respectivos.

La documentación que se entregó fue muy escasa, principalmente dos folletos, uno sobre el Sistema Educativo en España, el otro sobre la Orientación Escolar y Profesional en España. No se entregó ni un resumen de las ponencias, ni esquemas de las Comunicaciones.

Las conclusiones que se adjuntan creo que vienen a refrendar la línea argumental de este escrito. Por una parte se elaboraron y pusieron en común democráticamente. Por otra ni siquiera se pudo entregar en la sesión de clausura. Por ello su valor es muy relativo. En cualquier caso, es una muestra más del "oficialismo".

En fin, para terminar, podríamos utilizar frases acuñadas por otros, pero que son muy expresivas: "No es esto, no es esto", y si en el Editorial del nº 3 de *Papeles* se hablaba de "Congresos de hoy y de mañana", creo que en el caso del que hablamos habría que referirse en pura lógica a Congresos de ayer.

Antonio Rodríguez Barcia

- La necesidad de Orientación se acentúa en la Educación Básica, dado que, al final de esta fase escolar, se le plantea al alumno, por primera vez, el reto de tener que elegir entre diferentes opciones formativas posteriores.

Agenda

Conferencia sobre problemática de stress y depresiones en el ama de casa.

Conferenciantes: Carmen Serrat y Mariana Segura.

Lugar: Asociación de Psicología e Higiene Mental Luria. José Abascal, 47, bajo derecha.

Fecha: 7 de junio de 1982.

Jornades de pedagogia operatoria i innovacio educativa.

Organización: I.M.I.P.A.E. Institut Municipal d'Investigació en Psicologia Aplicada a l'Educació.

Fechas: 5, 6, 7, 8 y 9 de julio de 1982.

Información: Locales del I.M.I.P.A.E., C/ Fuenflorida, s/n. Barcelona.

Actividades: Curso de iniciación a la Pedagogía Operatoria (EGB).— Curso de Pedagogía Operatoria para la guardería y el parvulario.— Seminario de Pedagogía Operatoria.— Conferencias: Ciencia y cultura para la innovación educativa.— Mesas redondas.

Sexto congreso europeo de psicología humanista.

Lugar: París.

Fecha: 22-30 de Julio de 1982.

Información: Secretaría del Congreso, 38 rue de Turenne Tel.: (1) 271 87 62. París (Francia).

La participación en el Congreso está reservada a los miembros de la Asociación Europea de Psicología Humanista.

Folleto informativo disponible para consulta en el Colegio.

ario Iberoamericano

Vida, como proceso continuo ha de realizarse, sistemáticamente, en estrecha relación con el proceso educativo. El Proceso Orientador debe comenzar en la Fase Preescolar, como tarea preventiva que pueda dar una solución precoz a los problemas infantiles.

- Se plantea, como necesidad urgente, la creación de puestos de orientadores en todas las Escuelas de Educación Preescolar y Básica, así como de consolidar los ya existentes. Integrados en equipos, los orientadores realizarán intercambio de experiencias profesionales, consultas e investigaciones, coordinándose a nivel de Zona escolar.

— *En la Enseñanza Media y Superior.*

- Es indispensable la creación de Departamentos de Orientación en todos los Centros de Enseñanza Media y Preuniversitaria, así como consolidar los ya existentes que, con técnicas, metodología y material adecuados, ayuden a los jóvenes en su secuencial toma de decisiones ante las opciones escolares y profesionales que se les presenten, así como a resolver los problemas propios de la adolescencia, con vistas a su próxima incorporación a la sociedad adulta.
- Los Servicios de Orientación de las Enseñanzas Medias, han de estar coordinados con los de niveles educativos anteriores llegándose a establecer una ficha o protocolo que, desde la fase preescolar, acumule los resultados personales de cada alumno, de manera que en la ficha quede reflejado el proceso continuado de su orientación sin, o con, los problemas o incidentes que hayan apareciendo a lo largo de su escolaridad. La ficha pasará posteriormente a la Universidad en beneficio de quienes a ella accedan y necesiten utilizar estos servicios.

Los Servicios de Orientación de las Enseñanzas Medias, funcionarán en colaboración y coordinación, entre ellos, a nivel de Distrito Escolar.

- Los cambios profundos que afecten a la Enseñanza Superior hacen necesario el establecimiento de Departamentos de Orientación en todas las Universidades, como servicio de ayuda al estudiante, respecto al conocimiento de sí mismo en el transcurso de su evolución psíquica y respecto a las posibilidades profesionales que la sociedad le ofrece, al finalizar cada etapa escolar. En la superación de problemas de madurez personal, que dificultan la integración en la sociedad adulta, la ayuda orientadora puede tener una importancia decisiva.
- La Universidad ha de ocuparse de la formación específica del Orientador, cuya tarea compleja, de profunda especialización y alto nivel de responsabilidad, requieren una formación técnica específica que le configura como un profesional especializado.

— *La Orientación y el Mundo del Trabajo.*

- Se impone el reconocimiento de la importancia de los estudios acerca de los Valores del Trabajo, en el campo de la Orientación Escolar y Profesional.
- Los análisis factoriales efectuados, han puesto de manifiesto que existen diferencias medibles en los Valores del Trabajo. Es deseable que continúen los estudios que vienen realizándose en este campo.
- La escuela ha de transmitir al educando la relación existente entre la educación y el trabajo, a fin de facilitar el desarrollo vocacional. Para ello es necesario incorporar este concepto al currículum escolar, de manera que el alumno pueda identificar los contenidos de los Programas educativos, con el mundo real del trabajo.

— *La Orientación en la Formación Profesional.*

- Es necesaria la reordenación de los contenidos actuales de los programas, con la consi-

guiente adecuación a los niveles de formación profesional que la población escolar demanda, con ponderaciones más amplias en el plano técnico y tecnológico que en el área teórica y académica. Dar más peso al taller que al aula.

- Es necesaria una mayor información profesional a fin de que el aspirante a la Formación Profesional conozca cuales son sus aptitudes específicas, cual es el campo de actividades donde va a iniciar su "currículum" profesional y, posteriormente, sus posibilidades ocupacionales.
- La reforma de las enseñanzas medias ha de tener en cuenta las capacidades y aspiraciones reales de los alumnos que eligen la vía de la formación profesional, al mismo tiempo que se programa una política de empleo convergente, de acuerdo con lo que la sociedad y el desarrollo demandan en las áreas industriales, agrícolas y de servicios, tanto en sus fases de evolución como de recesión.
- Se ha de potenciar la orientación profesional en todos los ámbitos educativos y en todos los Centros de Grado Medio, para que todos los estudiantes se sientan atendidos en sus aspiraciones, en sus peculiaridades, en su persona total.
- Con las conclusiones, elaboradas en estas reuniones de trabajo, a nivel internacional, recabamos la urgencia de acción que precisa el tiempo de crisis actual en España y en los países en vía de desarrollo.

— *Diagnóstico y Orientación en las Dificultades de Aprendizaje.*

- Las cifras alarmantes de fracaso y abandono que se registran en los Centros Educativos a todos los niveles, hacen necesario que en los Servicios de Orientación establecidos funcionen, junto a los Orientadores, psicólogos clínicos que con la aplicación de técnicas y métodos psicológicos adecuados, estudien la motivación de los problemas y apliquen la psicopedagogía adecuada para que sean superados, orientando a continuación al alumno para que prosiga su escolaridad, integrándose escolar y socialmente. En caso necesario los alumnos serán atendidos en otros Centros especializados.
- Es deseable que los orientadores tengan una formación psicológica amplia y sólida que les permita descubrir, con los demás componentes del equipo educativo, a través de los comportamientos infantiles y juveniles, los problemas caractereológicos que subyacen bajo estos comportamientos.

— *Colaboración del Orientador con los Docentes y Tutores.*

- La orientación al alumno ha de fundamentarse en el conocimiento del sistema escolar y del sistema familiar, en todas sus dimensiones. La orientación al alumno incluye la orientación a los padres.
- La orientación en la escuela ha de realizarse contando con la colaboración de los docentes. Esta acción ha de extenderse a la orientación de los docentes mismos, a fin de que estos se compenentren con la acción orientadora.
- La acción tutorial se concibe incidiendo en el proceso de educación y aprendizaje, como una atención individual, y en grupo, a los alumnos. La tutoría enriquece el concepto de comunidad educativa y propicia las relaciones humanas. El Tutor ha de prestar su colaboración al Orientador como especialista

que informa, orienta y asesora al alumno, a la familia, a los docentes y tutores.

Orientación y empleo

— Transformación de las Profesiones.

- Es necesario llegar a un acuerdo respecto a conceptos tales como: ocupación, profesión, familia ocupacional, análisis ocupacional, formación ocupacional, etc., con el fin de que en todos los países, los orientadores manejen términos análogos.
- Es preciso generalizar el conocimiento del concepto de calificación profesional y de los instrumentos para su ejecución: pruebas profesionales y tribunales de calificación.
- Es necesario potenciar la formación ocupacional en los diferentes niveles con el fin de adecuar la capacidad profesional de los individuos a los requerimientos del mercado de trabajo.
- Hay que crear organismos con la función prospectiva de estudio de los puestos de trabajo, actuales y futuros, tanto en la empresa privada como en la pública.
- Se hace necesaria la preparación de un inventario de salidas profesionales a medio y largo plazo, referentes a las diferentes carreras universitarias para evitar, en lo posible, el aumento del desempleo que afecta a este colectivo.
- Sería conveniente crear, como instrumento de trabajo, un repertorio iberoamericano de ocupaciones que podría responder a las siglas R.I.D.O. basado en el análisis ocupacional y destinado a la orientación, formación y empleo, así como a la compensación de ofertas de empleo entre los países del área iberoamericana.

— Colectivos objeto de Orientación para el Empleo.

- Es necesario describir las características de las principales actividades productivas para diseñar los planes de formación educativa y profesional.
- Es necesario mejorar los aspectos ocupacionales en la formación de los titulados superiores que les acerquen a la realidad de las ofertas de trabajo, como el conocimiento de idiomas, las nuevas tecnologías, entre otros.
- Es necesario potenciar la creación de nuevos tipos de contrato de trabajo: en formación, en prácticas, que faciliten la integración en el trabajo de las personas sin experiencia.
- Se precisa la cooperación administrativa de los organismos que atienden a las personas que emigran como a las que retornan.
- Conviene que en los países de inmigración actúen orientadores del país de origen del individuo que emigra.
- El colectivo de emigrantes dada la complejidad de sus necesidades humanas, económicas, educativas y socioprofesionales necesita de unos servicios unificados que atiendan todas estas necesidades.

— Orientación Profesional y acceso al Empleo.

- Es importante que el orientador actúe en tareas de calificación y análisis ocupacional, con preferencia a las de selección de personal.
- Es importante que se planteen otras vías de colaboración del orientador con los empleadores: asesoramiento en materia de promoción, reconversión, formación y planificación de recursos humanos.

- El orientador ha de tomar medidas de orden asistencial y preventivo en relación con los problemas psicosociales que plantea el paro en todas sus facetas.
- Es urgente incentivar la investigación acerca de las consecuencias del paro, por parte de los organismos competentes.
- El orientador ha de actuar con las personas ya empleadas a fin de mejorar su labor productiva así como para prevenir trastornos emocionales y/o despidos.
- El orientador debe conocer la situación y perspectivas de empleo de la región en la que trabaja.

Actualización del papel de la mujer y de la joven en la sociedad de las próximas décadas

— La Mujer y los Contenidos Educativos.

- Debería implantarse un sistema de coeducación en todos los niveles de enseñanza con actividades realmente comunes para ambos sexos. Para ello sería necesaria una revisión profunda de programas y de métodos educativos, suprimiendo aquellos textos en los que claramente se encasillan y limitan los roles ocupacionales de la mujer.
- Es necesario renovar las estructuras educativas para que la mujer pueda estar presente en todos los niveles y sectores de actividad.
- Las dificultades de acceso de la mujer a carreras técnicas y puestos de responsabilidad pueden atribuirse, en gran parte, a estereotipos culturales que se revelan como muy resistentes al cambio. En ocasiones, estos estereotipos llegan a influir y a condicionar el Consejo de Orientación Profesional.

— La Mujer ante el Empleo.

- Resulta necesario:
Modificar algunas disposiciones legislativas que mantienen ciertas discriminaciones respecto a las mujeres, en el plano laboral, así como eliminar las barreras que impiden el acceso de las mujeres a ciertas profesiones.
- Llevar a la práctica socio-laboral las disposiciones legislativas establecidas en función de principios de igualdad de oportunidades.
- Establecer programas compensatorios de formación básica y formación profesional destinados a aquellas mujeres demandantes de empleo, en las que se manifiesten deficiencias culturales y profesionales que supongan un handicap para su inserción laboral.
- Fomentar el acceso de las mujeres a los Centros de formación profesional no tradicionalmente "femeninos" de manera que su fuerza de trabajo alcance un valor concurrente con la de los varones.
- Promover programas de Orientación e Información a la familia que tiendan a eliminar la influencia de estereotipos discriminatorios en la elección profesional de las jóvenes.
- Utilizar los medios de comunicación social para lograr un cambio de actitudes y mentalidad respecto al papel social de la mujer, en general, y, en particular, respecto a su acceso a la formación y al empleo.
- Conviene potenciar, desde los Servicios pú-

Agenda

Cursillos prácticos de psicometría y seminario teórico.

Organiza: Escuela Internacional de Psicometría.

Fechas: 30 de junio al 10 de julio de 1982.

Precio: Práctico: 12.000 ptas cada uno. Teórico: 3.000 ptas.

Información: Escuela de Psicometría. Augusto González de Besada, 2. Madrid-30. Tel. 439 46 74.

Curso teórico-práctico de técnicas de psicoterapia analítica.

Organización: Centro de Psicología y Pedagogía Terapéutica.

Fechas: Primera y segunda semanas de julio.

Duración: 30 horas en plan intensivo.

Información: Centro de Psicología y Pedagogía Terapéutica C/ Salamanca, 39, 2º, 3º. Valencia-5. Tels.: 327 83 14 (tardes) y 370 10 19 (mañanas).

Curso a cargo del Dr. D. Manuel Valiente.

Congreso mundial sobre retraso mental de la asociación internacional para el estudio científico de la deficiencia mental.

Lugar: Downsview (Canadá).

Fecha: 22-26 de Agosto de 1982.

Información: IASSMD Program Secretariat National Institute of Mental Retardation York University Campus. 4700 Keele Street. Downsview. ONTARIO M3J 1P3 (Canadá).

blicos de Empleo, Programas de Orientación e Información Profesional para mujeres demandantes de empleo, que tengan como objetivo desarrollar destrezas personales y habilidades sociales que faciliten su inserción laboral, así como su incorporación a nuevas profesiones.

— *Evolución del Nivel Psicosocial de la Mujer.*

- Se constata el temor al cambio en la mujer rural, que se mantiene identificada con los roles tradicionales de ama de casa, esposa y madre. Este hecho refuerza el contenido de la conclusión anterior.
- Los medios de información han de permitir no solamente la elección de profesión, sino la racionalización de las migraciones, conciliando las aspiraciones individuales con las necesidades económico-sociales.
- El nivel de preparación y aspiración de las jóvenes presenta, en los últimos 20 años, una evolución considerablemente acelerada entre los años 65-70, para después crecer ligeramente, y luego mantenerse en los años siguientes.

Orientación y transformaciones sociales

— *Orientación Rural*

- Se estima la necesidad de potenciar en España, con interés especial, la Formación y Orientación Profesional Agraria, para aquellas personas del sector agrario que deseen y puedan dedicarse a la profesión agraria.
- Es necesaria la orientación a las familias que conlleve un requerimiento implícito de Formación Profesional Agraria, de posible realización en el seno de las mismas, siempre que la explotación o empresa agraria familiar, posea el doble sentido de ser medio de formación, y continuidad empresarial de los hijos.
- Se estima necesario, el conocimiento de los condicionantes psicosociales de la profesión agraria, así como la descripción de las diversas tareas desarrolladas en las ocupaciones de dicha profesión, con el objeto de poder verificar la oportuna y eficaz orientación.
- Se reconoce la utilidad de la experiencia realizada por el Ministerio de Agricultura de España a base de los Créditos de Capacitación Agraria, así como la necesidad de ampliar las cuantías actualmente establecidas en apoyo de los Programas de la Formación Profesional Agraria. Habría que incorporar estos programas, de una manera sistemática a las empresas agrarias privadas.

— *Orientación de Débiles Mentales.*

- Es necesaria una asistencia institucionalizada que contemple las diferentes problemáticas de los sujetos deficientes mentales, con el objetivo básico de rehabilitación y reinserción social.
- Es imprescindible una adecuada tarea de los equipos multiprofesionales para el diagnóstico, seguimiento y rehabilitación de estos sujetos.
- Se ha enfatizado la necesidad de una adecuada estimulación de la capacidad manipulativa y/o práctica, dirigida a su reinserción sociolaboral.
- Se ha llegado a la conclusión de que con medios adecuados, desde el punto de vista profesional e institucional, es posible lograr que los deficientes mentales puedan desa-

rollar alguna actividad profesional, con las limitaciones más o menos parciales que en cada nivel de deficiencia se presentan.

— *Orientación de Minusválidos Sensoriales.*

- Los esfuerzos habrán de encaminarse a la integración de los disminuidos sensoriales en su localidad y comarca mediante la sensibilización comunitaria y el apoyo técnico necesario a través de la estimulación precoz, la introducción de la figura del profesor itinerante y la actualización del censo de población de deficientes sensoriales; con estas medidas podría conseguirse una disminución de internados y centros especiales.
- El profesor de régimen ordinario que asuma la educación de algún deficiente sensorial, debe contar con el apoyo de personal especializado, un número reducido de alumnos en clase, compensaciones económicas y facilidades para su propio perfeccionamiento.
- Los disminuidos sensoriales que no presenten deficiencias extremadamente graves, pueden acceder a diversas profesiones por lo que se les podría orientar hacia la formación profesional en centros ordinarios, con currículum adaptado en aquellos contenidos teóricos que presenten una dificultad específica.
- Que los disminuidos sensoriales con capacidades personales utilizables no sean excluidos del mercado de trabajo, siempre que hayan recibido una adecuada formación profesional.
- Se solicita que, en España, la formación del profesor de disminuidos sensoriales tenga carácter de Licenciatura Universitaria.

— *Orientación de Minusválidos Físicos.*

- En cada sector de población debería existir un equipo multiprofesional que atendiera todos los tipos posibles de minusvalía, coordinando e integrando los distintos problemas.
- Se hace necesaria y urgente una mejora en la formación del personal que está en contacto directo con el minusválido.
- Es importante que el minusválido físico reciba una adecuada formación social y profesional en función de sus capacidades utilizables, que favorezca sus expectativas y posibilite su integración al medio.
- Los servicios de asistencia a minusválidos físicos son todavía insuficientes, es necesario potenciarlos y establecer una acción coordinada entre ellos.

— *Orientación de Marginados.*

- La población de marginados adolece de atención y orientación adecuadas.
- Es urgente coordinar los organismos estatales y privados que están específicamente implicados en este tema.
- Se deben promulgar las leyes adecuadas que apoyen y fomenten la integración del menor marginado socialmente.

Para ello es necesario:

- Concienciar a la sociedad entera de los problemas existentes.
 - Disponer de los medios económicos adecuados que deberán incluirse en el presupuesto anual del Estado, prescindiendo de otras fuentes de ayuda que no satisfagan las necesidades reales.
 - Crear los servicios de orientación y diagnóstico que ayuden a recuperar a los jóvenes marginados para incorporarlos a la vida socioprofesional normal.
- *Orientación de Comunidades Gitanas.*

- La orientación de la comunidad gitana debe basarse en el respeto a sus peculiaridades e identidad cultural y en la garantía de los derechos básicos que corresponden a sus miembros como ciudadanos.
- Urge la formación y concienciación de un profesorado idóneo con vocación y sensibilidad hacia la psicología del pueblo gitano.
- Se pide que al lado de los maestros oficiales actúen educadores o monitores gitanos, para áreas especiales.
- Es urgente una política de plena incorporación de los niños gitanos a colegios integrados que debe completarse con la creación de áreas de recuperación para aquellos que lo necesitan.
- Los programas de orientación y de formación profesional deben estar abiertos a los jóvenes gitanos desde la igualdad de oportunidades, el equiparamiento social y sus propias capacidades.
- Deben legalizarse las actividades tradicionales gitanas y protegerlas jurídica, social y económicamente.

Los métodos en la orientación

— Exploración y Predicción Vocacional.

- Se hace constar la calidad alcanzada por determinadas técnicas de Orientación, tales como la medida de los factores de la inteligencia, de las aptitudes específicas, los perfiles de intereses profesionales.
- Es necesario seguir investigando acerca de las variables de la personalidad que intervienen en la motivación y en el éxito profesional.
- Se requiere que en los estudios que se realicen, se determine el proceso seguido para establecer el marco conceptual del mismo, así como el procedimiento empleado, las variables que intervienen, y otros principios básicos que faciliten su comprensión.
- Hay que reconocer que las Ciencias Sociales deben buscar sus propios métodos de investigación en lugar de utilizar los correspondientes a las Ciencias Naturales.

— Modelos de Orientación.

- Se destaca la necesidad de que el Orientador se conozca a sí mismo, a fin de que pueda conocer mejor a la persona a la que ha de orientar. Para ello, se sugiere establecer Programas o Cursos destinados a los Orientadores que actúan en los Centros de cualquier modalidad o nivel educativo.
- El Orientador que ayuda a los jóvenes a descubrir aquellos valores que han de dar sentido a sus vidas, debe poseer, el mismo, una jerarquía axiológica explícita.
- Los Tests deben ser utilizados como una técnica para obtener información acerca del joven al que se orienta, pero no como la única fuente de información. Hay que obtener informes familiares, escolares, médicos, laborales.
- Se ha de destacar la importancia de la Entrevista, como situación de intercomunicación profunda, entre el Orientador y su cliente que requiere conocimientos psicológicos, amplios y profundos, así como una aptitud y una actitud empáticas, por parte del Orientador.

- El Psicólogo Orientador ha de tener en cuenta la importancia que tiene el lenguaje que emplea en su comunicación con el cliente. Es necesario estimar el valor de los términos de la lengua materna, investigar sus significaciones exactas, evitar verbalismos, el uso automático de las palabras desprovistas de sentido. El Orientador debe percibir, con exactitud, el mensaje que su consultante le quiere comunicar.
- La acción orientadora ha de dirigirse al desarrollo integral de la persona y a la humanización de las relaciones sociales.
- El Orientador ha de poseer las técnicas que contribuyan a una mejor salud mental y social de los alumnos. El aula es un buen medio para favorecer el proceso de desarrollo afectivo de los escolares que influye, tanto en el rendimiento intelectual como en las relaciones humanas. Hay que dar a los niños, oportunidades que les permitan expresar sus emociones y sentimientos.

— Información Profesional.

- La Información Profesional tiene por objeto proporcionar a los jóvenes datos objetivos acerca de las posibilidades formativas y ocupacionales a fin de orientarles antes de que tomen una decisión responsable respecto a su futuro profesional.
- Los modelos o canales de información básicos han de estar insertos en el sistema educativo, aunque existan otros canales complementarios de procedencia interdisciplinaria.
- Los destinatarios de la I.P. pueden ser alumnos que se encuentren al final de los distintos ciclos de enseñanza, jóvenes demandantes de primer empleo, demandantes inscritos en Oficinas de Empleo, en ocupaciones con especial problemática, estudiantes que abandonan sus estudios, personas con problemas físicos, psíquicos o de marginación, amas de casa que desean volver a la vida laboral, trabajadores migrantes, ex-reclusos, etc.
- El contenido de la información debe abarcar las posibilidades de estudio, programas, requisitos de las ocupaciones o campos profesionales, y mercado de trabajo.
- Las técnicas de información profesional, han de estar en función de quienes hayan de recibirla, mediante entrevistas de información individual, sesiones de información colectiva, folletos, revistas, monografías, carteles y técnicas audiovisuales. Hay que hacer hincapié en que estas técnicas psicopedagógicas para presentar la información, influyen en la eficacia de la misma.
- Las monografías profesionales constituyen un material informativo de gran valor que permite a los alumnos una visión de las perspectivas acerca de las diversas profesiones, desde un punto de vista académico y laboral y también, a los Orientadores y Tutores para desarrollar su labor informativa, si bien han de estar siempre actualizadas.

— Orientación e Informática.

- La enorme masa de datos, tanto de las personas como de las oportunidades de formación y empleo, que es preciso manejar, así como la complejidad creciente de los cálculos a que se someten esos datos, hace necesario el contar con la ayuda de una información que libere al orientador de tareas mecánicas y le deje más tiempo para el contacto humano.

- Deben promoverse dos líneas de utilización de la informática: a) la de apoyo al servicio al público; y b) la de ayuda al profesional de la orientación escolar o profesional.
- En el apoyo al *servicio al público*, debe prestarse especial atención a la creación de un Banco de Datos relativos a las Personas (en el caso de sistemas interactivos), a la Formación y al Empleo. Los datos de Formación deberán incluir, en todo caso, información sobre el rendimiento de los agentes educativos. Los datos de Empleo deberán

recoger, además de la situación actual, una prospectiva del futuro.

- Estos Bancos de Datos deben tener ámbito estatal.
- A nivel internacional y especialmente para los países de lengua española, debe crearse, con ayuda del ordenador, un Banco de Estudios Superiores que incluya los existentes en todos nuestros países, centralizando la coordinación y difusión en un país y estableciendo en cada uno de los otros países una institución de enlace, preferentemente la Universidad.

30 de Marzo

La reunión de Murcia sobre intervención psicológica

Hablar de "intervención psicológica", como se ha hecho en la reunión de Murcia (30 de marzo a 2 de abril), tiene a su favor la virtud de una mayor modestia que referirse a una "psicología de intervención", como rezaba el título de otra reunión, aquella internacional, celebrada en Alicante hace dos años y que bien puede considerarse como predecesora de ésta. Tal vez esta modestia sea imputable a una creciente conciencia de los límites —técnicos y científicos, no sólo éticos— del control y de la predicción de la conducta humana en el actual estado de nuestros conocimientos.

La fórmula "psicología de intervención", que para mi gusto sigue siendo una denominación sustancialmente afortunada, está expuesta al equívoco de una cierta concepción mesiánica del psicólogo, del científico de la conducta, como si él, precisamente e incluso él solo, estuviera llamado a poner orden en los entuertos de la vida humana individual y colectiva: una concepción que bien podría calificarse de platónica, por el Platón de la *República*, con su tesis filosófico-política de "los sabios, al poder". En la reunión de Murcia, de psicología de intervención de esta laya, platónica, mesiánica y salvadora de la humanidad, no hubo ni rastro. Un primer comentario obligado es levantar acta de este importante giro en las esperanzas depositadas en la ciencia y tecnología de la conducta. Todavía a comienzos de 1976, como prólogo a una nueva edición de su novela utópica, se aplicaba Skinner a unas reflexiones bajo el título de "Walden Dos visitado de nuevo". En la actualidad a nadie parece interesarle mucho la visita a la comunidad utópica regentada por Frazier para traerse de allí lecciones sociales y políticas. Los Frazier han llegado a la edad de

retiro y recibieron todos su jubilación. Al menos ninguno de ellos estuvo en Murcia y de ninguno de ellos se adujeron enseñanzas.

Por otro lado, la cauta fórmula "intervención psicológica", en los antipodas de la anterior acepción mesiánica, puede quedar rebajada hasta la trivialidad, no significando otra cosa que la psicología aplicada en los diferentes campos donde es llamado el psicólogo: en la escuela, en el hospital general o psiquiátrico, en las relaciones familiares y de trabajo, en las instituciones en general. Aún entonces continúa siendo una acertada denominación para abrazar unitariamente áreas profesionales típicas: la psicología clínica, la industrial, la escolar. Pero es poco más que una rúbrica común para este conjunto de áreas. Si mis impresiones son correctas, en la reunión de Murcia, en las ponencias propiamente dichas y en las comunicaciones científicas, ha dominado este enfoque, y bajo el genérico rótulo de "intervención" se han abordado cuestiones más bien tradicionales y clásicas: intervención en salud mental, en ambientes educativos y familiares, evaluación de contextos o ambientes, intervención psicológica, etcétera. Hubo en ellas aportaciones verdaderamente interesantes, pero, como conjunto, sin novedades sustanciales: ningún análisis subversivo de anteriores tópicos, ningún área recién explorada o de reciente aplicación, ningún procedimiento innovador y original en las modalidades de la intervención. No nos sorprendamos de ello. Las "revoluciones científicas" no acontecen todos los años, ni a fecha fija como los jubileos. En estado de ciencia normal, normalizada, la psicología progresa no a saltos, sino paso a paso, a menudo con pequeños pasos.

Hay un nivel intermedio, entre los dos comentados, en el que puede hablarse bien de intervención psicológica, bien de psicología de intervención. En este nivel no se trata de mera psicología aplicada, o de cumplimiento —por parte de los profesionales psicólogos— de ciertos encargos que les son asignados por la sociedad y por sus diversas instituciones. Más profundamen-

14 de Abril

En torno al VII Congreso

Los días 14 al 17 de Abril tuvo lugar en Santiago de Compostela el VII Congreso Nacional de Psicología, con algunas ausencias significativas.

El carácter y contenido de las ponencias y comunicaciones allí presentadas no pueden menos de hacernos pensar en la tradicional y dramática escisión que sufre en nuestro país la psicología. La realidad profesional, en sus diversas vertientes y orientaciones, y el mundo académico universitario parecen ser dos territorios que se ignoran.

- El Banco de Datos debe actualizarse de modo constante a través de envíos periódicos de información local de los propios orientadores y de las instituciones de Educación y Empleo.
- En la *ayuda profesional* a la Orientación Escolar y Profesional, cuando utiliza el ordenador como "almacén" de datos, para el "tratamiento", de los mismos en "aplicaciones científicas" o en "investigación", debe procurarse la asistencia técnica de personal de informática que sirva de puente, así como

la formación de los orientadores en aspectos básicos de informática.

- Esta ayuda está especialmente recomendada cuando, como en orientación, se han de utilizar técnicas multivariadas, teorías multidimensionales de la persona, se han de efectuar predicciones complejas, se han de utilizar modelos no lineales, interpretación de factores por medio de modelización.
- Se recomienda la progresiva utilización de estos sistemas como preferible a una implantación brusca de los mismos.

te, se trata de elaborar, desde las propias posibilidades y exigencias intrínsecas de la psicología como ciencia, un proyecto racional de aportación del psicólogo a la definición y al logro de objetivos humanos sociales; y también de remontar, siquiera como tentativa, el cisma entre ciencia pura y aplicada, entre psicología experimental y psicología práctica, tomando a la vida psicosocial misma como banco de experimentación, del género de experimentación que, detrás de los psicólogos soviéticos, suele denominarse "experimentación transformante" y cuyo adecuado nombre muy bien pudiera ser no menos "intervención", un modo de intervenir que participa de las características, a la vez, del método experimental y de las prácticas de un cambio, individual o colectivo.

Este último concepto de la intervención psicológica estuvo formulado en las conferencias, abiertas al público, con que cada tarde culminaban las sesiones de trabajo. Los temas de las conferencias fueron diferentes y cada uno tuvo su toque peculiar. El profesor Seoane, a propósito de "intervención ideológica y política", analizó las connotaciones y compromisos ideológicos en la psicología contemporánea, y perfiló las líneas de la rudimentaria psicología política —centrada, sobre todo, en la conducta de voto— que hoy por hoy tenemos. El profesor Pelechano, bastante severo con la que él llamó "soteriología científica" —la de los Frazier— rebasó con mucho el perímetro de su tema, "la diseminación de resultados", descalificó como ingenua la esperanza de que la mera difusión bibliográfica de los conocimientos asegure su operatividad práctica, y resaltó, de todos modos, el creciente peso del conocimiento científico en decisiones de política social. La conferencia final, a cargo de José Luis Pinillos, sobre "intervención psicológica y sociedad", fue la lección de un maestro que ha vivido y atravesado en propia carne las incidencias de la psicología en los últimos treinta años, y que de esta aventura extrae el aleccionamiento de que la objetividad no está reñida con el valor ético, ni la investigación básica con la aplicación social, ni la

experimentación con un profundo humanismo.

En la reunión de Murcia, como en toda clase de congresos, jornadas o simposios con un elevado número de comunicaciones, lo que peor parado quedó fue el margen de debate, prácticamente nulo. Ponencias y comunicaciones consumieron todo el tiempo disponible, y no hubo posibilidad de debate de las mismas, salvo en algunas de sus prolongaciones fuera ya del horario oficial. El lugar de la reunión, con escasos espacios independientes, no ofrecía infraestructura local idónea para los debates, cuya ausencia —sin echarle la responsabilidad a nadie— hay que lamentar. Esta ausencia de confrontación y diálogo fue tanto más de lamentar en sesiones donde desde la mesa se emitieron hipótesis o tesis patentemente contradictorias. Tal fue el caso de la sesión sobre "violencia y marginación social", casi monopolizada por el tema de la delincuencia, de sus determinantes y de su prevención, así como de la rehabilitación del delincuente. Los ponentes, profesores Rivas, Jiménez Burillo y Rodríguez Marín, fueron inequívocos y unánimes tanto en el señalamiento de las causas sociales de las conductas delictivas, cuanto en un crudo pesimismo acerca de las posibilidades rehabilitadoras de los establecimientos penitenciarios. A continuación de ellos, pudimos escuchar a algunos comunicantes pergeñando con trazos atractivos el papel rehabilitador del psicólogo de prisiones. Al margen de mi sesgo personal hacia un juicio más bien negro en todo cuanto se refiera a cárceles, me hubiera gustado presenciar el ajuste de cuentas entre puntos de vista contradictorios, allí defendidos, uno detrás de otro, sin solución de continuidad temporal, lo que hacía aún más flagrante e inquietante su discontinuidad doctrinal. De todos modos, no sola en ésta, también en las demás sesiones, comunicantes y meros asistentes hubieran llegado a hilar más fino confrontando sus discrepancias manifiestas y dejando emerger las que no tuvieron oportunidad de manifestarse.

Alfredo Fierro

Esta afirmación, que dicha así podría suscitar en el ánimo de algunos lectores sentimientos de repulsa, puede ser sostenida con argumentos empíricos si nos tomamos la molestia de realizar un análisis de contenido de las mesas redondas y ponencias presentadas al Congreso. Tal como presentamos en el cuadro adjunto, hemos encasillado las mesas redondas en 8

apartados: Metodología, Procesos cognitivos y desarrollo cognitivo, Psicología clínica infantil y educativa, Conductismo, Psicología Social y del trabajo, Personalidad y motivación, Psicofisiología, y Tipo general.

Como se puede apreciar, el capítulo dedicado a los procesos cognitivos y desarrollo cognitivo representa el 25,5% del total. Este hecho repre-

CATEGORIA	TITULOS	Nº TOTAL	PORCENTAJE
Metodología	Técnicas y métodos de investigación psicológica; La investigación psicológica: laboratorio y ambiente natural; Metodologías multivariadas y sus aplicaciones prácticas; Modelos matemáticos de la percepción.	4	10,2%
Procesos y desarrollo cognitivo.	Procesos de razonamiento; Procesos de memoria; Análisis de la producción verbal; La percepción visual; La adquisición del lenguaje; Aspectos psicológicos generales del bilingüismo; Bilingüismo y procesos cognitivos; Formación de conceptos sociales por el niño y su aplicación en la EGB; Niveles de procesamiento en el uso del lenguaje; Desarrollo del juego infantil.	10	25,5%
Ps. clínica infantil y educativa	Dificultades del aprendizaje escolar; Problemática de la deficiencia mental; Aspectos psicosociales del aula e intervención psicopedagógica; Psicología clínica de la primera infancia.	4	10,2%
Conductismo	Modificación de conducta; Aprendizaje animal: relaciones asociativas en el condicionamiento pavloviano; El sujeto y la modificación de conducta.	3	7,6%
Ps. social y del trabajo	El psicólogo ante la conflictividad laboral; Repercusiones psicológicas del paro; La comunidad y la empresa; Presente y futuro de la formación profesional de adultos; Aplicaciones del desarrollo organizacional; La formación ante el cambio socio-económico y tecnológico; Aplicaciones sobre seguridad e higiene en el trabajo.	7	18,1%
Personalidad y motivación.	Enfermedad crónica y estructura de la personalidad; Dimensiones de la personalidad, elección y logro profesional; Psicología de la motivación.	3	7,6%
Psicofisiología.	Farmacología del comportamiento; Bases biológicas de los procesos regulatorios y adaptativos; aspectos psicofisiológicos del crecimiento.	3	7,6%
General.	Aspectos psicológicos de la hospitalización; La enseñanza de la psicología; La deficiencia mental en Galicia; Medida de las actitudes ante la muerte y el morir; La TV y el niño.	5	12,8%

sentada, sin duda, la actual hegemonía dentro de la psicología académica de la psicología cognitivista. Dentro de los títulos de mesas redondas de esta categoría destacan los encuadrados como pertenecientes a la problemática que investiga la psicolingüística. Igualmente destaca el número de mesas redondas y comunicaciones presentadas dentro de ellas relacionadas con la psicología social y del trabajo (18,1%), que reflejan la pujanza de este sector profesional, que es especial dentro de la SEP.

Es también relativamente importante la preocupación por las cuestiones metodológicas (10,2%), lógicas, por otra parte, en el mundo académico y de la investigación. La tendencia conductista (condicionamiento en laboratorio, y técnicas de modificación de conducta), sin duda en baja, sigue manteniendo no obstante su presencia (7,6%). Presencia que es absolutamente nula para la corriente psicoanalítica, tal como ya es tradicional en estos congresos.

Cuando tratamos de analizar las áreas de intervención profesional del psicólogo es cuando empezamos a apreciar ausencias fundamentales en el Congreso que marcan la fuerte escisión entre el mundo académico y el profesional. La cuestión no es baladí. Queremos remarcarlo porque creemos que el psicólogo no encontrará su identidad profesional mientras esta escisión se mantenga, y mientras las Facultades no provean a los nuevos profesionales de una formación cercana a la realidad, que le permita construirse una autoimagen definida. Por otra parte esto ayudaría también a superar la hostilidad y desconfianza de quienes

27 de Abril

Seminario sobre política social en España

Con la celebración de una mesa redonda a la que asistieron representantes de diversos grupos políticos parlamentarios, terminó el 31 de mayo el Seminario sobre "Política Social en España", que se celebró desde el pasado 27 de abril y al que han asistido más de setenta profesionales del trabajo social.

Organizado por la Fundación Hogar del Empleado, con la colaboración del Colegio Oficial de Psicólogos y la Asociación de Asistentes Sociales, este Seminario ha desarrollado a lo largo de sus trece sesiones un amplio recorrido en torno al conjunto de conceptos y enfoques de naturaleza económica, política e ideológica que subyacen a las diversas concepciones que sobre la política social, el Estado social y el Estado del bienestar existen.

Tras el análisis detallado de la Constitución española de 1978 y el modelo de Estado en ella diseñado, el Seminario estudió los Presupuestos Generales del Estado de 1982, en su ver-

tiente de gasto social y los presupuestos de la Seguridad Social.

La segunda parte del Seminario estuvo dedicada a un riguroso recorrido crítico en torno al ordenamiento jurídico e institucional de la Seguridad Social, las necesidades sociales en España, en el marco de la crisis: la sanidad, el paro, la marginación y la vivienda.

Las últimas sesiones abordaron las experiencias que en materia de política social pueden hoy ofrecer las Corporaciones Locales, a través del modelo de planificación y organización de los servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona y de las competencias y diseño en política social de la Diputación madrileña.

La necesidad de que los poderes públicos ofrezcan un programa de política social, hoy inexistente, dada la pluralidad de políticas aplicadas (sectoriales, institucionales) y la superación definitiva de los modelos de corte benéfico y paternalista heredados, que no responden al mandato constitucional, aparecen como dos de las más importantes conclusiones de este Seminario. El desarrollo de programas sociales participativos y la búsqueda de una mayor eficacia en la acción comunitaria, y en el empleo del gasto público en materia social, fueron asimismo aspectos reiteradamente señalados en las conclusiones.

Durante la sesión de clausura tuvo lugar un debate en el que intervinieron D. Ciriaco de

ejercen como psicólogos hacia los avances teóricos, las técnicas y los métodos científicos de investigación.

Creemos, pues, que los dos profesionales, el dedicado a la docencia y a la investigación, y el que hace psicología aplicada, deben establecer relaciones más fluidas entre ellos. Pues si es fundamental la investigación y la teoría, también lo es que el psicólogo salga de la Universidad con unas herramientas útiles que le permitan actuar en la práctica profesional.

En este sentido, al psicólogo le son útiles para el ejercicio profesional conocimientos de psicología dinámica, psicodiagnóstico, técnicas de reeducación, técnicas terapéuticas de diferente orientación, higiene mental, psicopatología, etc. Conocimientos que deberá utilizar tanto si trabaja en psicología social y del trabajo, como en la psicología escolar e infantil o en la clínica con adultos.

La S.E.P. nos ha ofrecido un congreso que, si bien evidencia un alto nivel científico, también demuestra desgraciadamente que está ajeno en su mayor parte a la realidad profesional de quienes ejercen la psicología.

No se trata en absoluto de despreciar lo que de positivo tiene la profundización en aspectos teóricos y metodológicos, pero se ha de ser consciente de que la imagen del "sujeto" que se ha ofrecido en este Congreso es una imagen fragmentaria y poco útil a las necesidades que se le presentan en la práctica al psicólogo. Y sobre todo, al menos por ahora, poco útiles para quienes acuden al psicólogo para solucionar algún problema.

Vicente, miembro del Comité Ejecutivo del PSOE, D. José Luis Moreno, portavoz del Grupo parlamentario de UCD en la Comisión de Política Social del Congreso, y D. José Alfredo de Juan, Delegado de Servicios Sociales del Ayun-

tamiento de Madrid y miembro de la Comisión de Política Social del CC. del PC.

Para Ciriaco de Vicente el desarrollo de un programa de política social en España necesita de la reforma y democratización de la Administración Pública, como requisito imprescindible. El diputado socialista sintetizó los principios definidos por el programa socialista en política social: Reconocimiento de los ciudadanos como sujetos de derecho y no como beneficiarios de prestaciones y servicios, responsabilidad de los poderes públicos en asumir la satisfacción de las necesidades sociales mediante sistemas públicos de protección social. Necesidad de un marco de política social global, que no contemple aisladamente aspectos como la educación, sanidad, seguridad social, etc., y sometimiento de dicha política global a los principios de libertad individual y colectiva, igualdad, solidaridad, preventividad, participación y autonomía.

En lo referente al papel del sector privado en la prestación de servicios sociales, señaló que esta actividad convierte al sujeto privado en prestador de un servicio público y no en oferente de un servicio en el mercado.

Quede, pues claro que no queremos negar la labor científica y de investigación; e incluso más, creemos que quienes practican la psicología deberían acercarse más a ella, empleando los recursos metodológicos y teóricos que se le brindan en las universidades. Pero tampoco se ha de olvidar, y sobre todo en un congreso organizado por la S.E.P. (Sociedad Española de Psicología), que la psicología ha de llegar a ser un servicio público, para lo cual se necesitan unos profesionales capacitados y con recursos técnicos que les permitan ejercer de tal manera que se hagan útiles a las necesidades asistenciales de la población.

Tampoco hemos visto en este Congreso ningún tipo de reflexión acerca de la práctica profesional en las diferentes áreas que nos indique hacia donde se dirige la psicología, qué deficiencias presenta, cómo se puede reorientar la práctica profesional, etc.

Para finalizar, y como miembros del Colegio Oficial de Psicólogos, quisiéramos abogar porque en el futuro estas limitaciones se subsanen y todos estemos abiertos a las múltiples aportaciones que desde distintos enfoques y ubicaciones profesionales se puedan hacer, de tal manera que los congresos no se conviertan en un ghetto de una determinada escuela u orientación. Para ello consideramos que sería importante un mayor acercamiento entre la SEP y el Colegio a la hora de programar y organizar los congresos de psicología. Sin duda todos nos beneficiáramos de ello.

**Miguel Pérez Pereira
y Alejandro Torres Carballo**

Terminó el Sr. de Vicente señalando que el programa del PSOE en materia de bienestar social y calidad de vida se centraban en dos objetivos: fortalecer la democracia mediante una política social en el marco de la Constitución, superando las "políticas" inconexas, y defender un sistema público de prestaciones de política social.

El portavoz centrista, D. José Luis Moreno, tras referirse a la necesidad de participar, mejor reparto, solidaridad y mayores cotas de bienestar, que deben figurar como objetivos de la política social, señaló que su grupo ha venido trabajando de forma prioritaria en lo que consideraban como prioridades básicas el diseño de un marco de relaciones laborales adecuado, logrado a través del Estatuto de los Trabajadores y la Ley Básica de Empleo.

Terminó constatando que faltan décadas para llegar al cumplimiento de la Constitución en materia social.

D. José Alfredo de Juan, representante del Partido Comunista señaló como prácticamente en su totalidad suscribía las palabras del representante del PSOE y sintetizó el modelo de servicios sociales que defendía su partido, en su consideración de servicio público que se basa en acciones preventivas, asistenciales y de reinserción social, y cuyo núcleo básico de actuación debería ser lo que denominó centro de base de servicios sociales.

Convocatorias

1982 **SEPTIEMBRE** 1982
VIERNES

SEPTIEMBRE	30 días	OCTUBRE
L M M J V S D	10	L M M J V S D
1 2 3 4 5		1 2 3
6 7 8 9 10 11 12		4 5 6 7 8 9 10
13 14 15 16 17 18 19		11 12 13 14 15 16 17
20 21 22 23 24 25 26		18 19 20 21 22 23 24
27 28 29 30		25 26 27 28 29 30 31

Semana 37.
Ntra. Sra. Bonanova. — S. Nicolás Tolentino

Lugar: Jaca.
Fechas: Mes de Septiembre.
El Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias.
Información: Facultad de Ciencias. Ciudad Universitaria. Zaragoza.

1982 **SEPTIEMBRE** 1982
VIERNES

SEPTIEMBRE	30 días	OCTUBRE
L M M J V S D	24	L M M J V S D
1 2 3 4 5		1 2 3
6 7 8 9 10 11 12		4 5 6 7 8 9 10
13 14 15 16 17 18 19		11 12 13 14 15 16 17
20 21 22 23 24 25 26		18 19 20 21 22 23 24
27 28 29 30		25 26 27 28 29 30 31

Semana 39.
Ntra. Sra. de la Merced. — San Gerardo

Lugar: Valencia.
Fechas: 24 al 26 de Septiembre.
I Jornadas de Gabinetes Municipales del País Valenciano.
Información: Colegio Oficial de Psicólogos, delegación del País Valenciano. Avda. Tirso de Molina, 3. Valencia-9. Tel. 340 41 38.

3 de Mayo

Primeras jornadas de modificación de conducta cognitiva

Se han celebrado en Madrid del 3 al 8 de Mayo en el Instituto de Orientación Escolar y Profesional, las Primeras Jornadas de Modificación de Conducta y Cognitiva. Este primer encuentro profesional-científico ha sido organizado por el Centro de Investigación y Terapia de Conducta de Madrid, con la colaboración de la Sección de Clínica de la Sociedad Española de Psicología y de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Las Jornadas se desarrollaron en forma de 2 seminarios. El 1er. seminario fue impartido por el Dr. Donald Meichenbaum, conocido profesional de gran prestigio internacional creador del SIT (inoculación al estrés) y del entrenamiento autoinstruccional. El 2º seminario fue desarrollado por el Dr. Albert Ellis (creador de la técnica denominada RET, Rational Emotive Therapy, Terapia Racional Emotiva), uno de los pioneros de la modificación de conducta cognitiva.

El objetivo del Centro organizador era "profundizar en los presupuestos teóricos y tener la oportunidad de iniciarse en la práctica de estas técnicas de la mano de los creadores de las mismas", según rezaba en el tríptico de presentación que se entregaba a cada asistente.

El Dr. Meichenbaum desarrolló sus teorías acerca de la CBM (Cognitive Behavior Modification), y explicó con algún detalle las técnicas creadas por él y sus aplicaciones terapéuticas en distintos problemas. Se refirió al SIT (Stress Inoculation Training), denominado en español "inoculación al estrés", técnica original de él, y explicó las 3 fases de su aplicación. Intentó

desarrollar una teoría del cambio conductual. Comentó la reestructuración cognitiva de Beck, autor de gran relevancia en el campo de la CBM y, en especial, en el tratamiento de la depresión. Puso ejemplos de aplicaciones experimentales de sus técnicas, y citó en varias ocasiones las experiencias realizadas con sujetos para soportar el dolor. El último día trabajó con la CBM y sus aplicaciones a los problemas infantiles, tales como la hiperactividad, la agresividad, la deficiencia, etc., poniendo especial énfasis en el entrenamiento autoinstruccional, (aplicado a la impulsividad), técnica también creada por él, elaborada a partir de las investigaciones de LURIA y Vygotsky acerca de la función directiva del lenguaje. Cerró su intervención con algunas consideraciones acerca de problemas como la falta de generalización, desarrollos de las metacogniciones, y del concepto de resistencia. Intentó dar una visión general de su teoría, y un repaso a su práctica terapéutica.

El Dr. Albert Ellis comenzó sus intervenciones con el RET, explicando la secuencia ABCDE que él utiliza al aplicar este procedimiento. Comentó las diferentes técnicas emotivas que utiliza (como la imaginación racional emotiva), los ejercicios conductuales (como los de ataques a la vergüenza) la desensibilización de Wolpe, la implosión, el condicionamiento operante, el role-playing y el entrenamiento en habilidades, entre otras. Tenía gran interés en clarificar que el RET es absolutamente compatible con otras técnicas conductuales y emotivas, y que, de hecho, él siempre utiliza estas modalidades terapéuticas juntas. También hizo gran hincapié en las ideas irracionales, señalando que las 12 ideas originales han sido reducidas a tres. Nos habló de los diferentes grupos terapéuticos que se manejan en esta orientación, desde el grupo pequeño de 12 ó 13 personas, con una dinámica especial, hasta los grupos mayores que pueden oscilar desde 20 a 100 personas, y de sus intervenciones en radio y televisión. El 2º día lo dedicó a las terapias sexuales, y en la explicación del RET y otras técnicas específicas como las imaginativas o la focalización sensorial (que también utiliza S. Kaplan), los ejercicios de ataque a la vergüenza, etc. Afirmó que hay 3 pensamientos irracionales que aparecen siem-

6 de Mayo

Los Ayuntamientos en la renovación pedagógica

Durante los días 6, 7 y 8 del pasado mes de mayo, se han celebrado en Barcelona las I Jornadas sobre Municipios y Educación, "Los Ayuntamientos en la Renovación Pedagógica", en donde se han dado cita profesionales y políticos que desde el área municipal intervienen en la Enseñanza. Con este motivo, la comisión de Psicología y Municipio de nuestra Delegación del Colegio de Psicólogos de Madrid

envió a dos compañeros que presentaron una ponencia titulada: "Los Servicios Psicopedagógicos Municipales en la provincia de Madrid", ponencia que podéis consultar cualquier colegiado y que por su extensión no nos es posible reseñar en este artículo.

El resumen de las reflexiones de la mesa redonda sobre los Servicios Psicopedagógicos Municipales a nivel estatal fue el siguiente.

Integrantes de la mesa redonda

- Servicios Psicopedagógicos de la Provincia de Madrid, representados por miembros de la comisión de Psicología y Municipios.
- Equipos socio-Psicopedagógicos de: Espluges de Llobregat; Cornellá de Llobregat y Sant Just Despí.

pre que surgen problemas sexuales: 1º) "Tengo que rendir bien para mí y para mi pareja, y si esto no sucede así, esto es terrible; es horrible que yo no tenga éxito"; 2º) "Mi pareja tiene que ser una perfecta compañera sexual y tiene que darme sexo cuando yo quiera y si no lo hace así es que no sirve para nada"; 3º) "Las condiciones tienen que ser muy buenas. Yo debo ser excitado sin problemas; no tengo que esforzarme en excitarme, pues esto sería terrible", (es decir una baja tolerancia a la frustración). Estas 3 ideas son las causantes de los problemas que se dan en las relaciones sexuales. Se refirió a los problemas familiares (irregularidad, celos, hostilidad, educación de los niños, etc.), también nos señaló cómo se aplican estos procedimientos terapéuticos en la pereza dilatoria, en las drogodependencias, y en la angustia, entre otros problemas. Terminó haciendo referencia a la filosofía del RET y de las nuevas direcciones que se están desarrollando actualmente en este campo. Hizo varias representaciones de cómo utiliza él sus procedimientos, tratando de solucionar algunos problemas psicológicos que le presentaron varios asistentes a estas jornadas.

Después de este breve resumen, quisiera dar mi opinión particular. A mi juicio, la actuación del Dr. Meichenbaum adoleció de los siguientes fallos: falta de sistematización al exponer los temas, y falta de precisión. Creo que dió una visión más confusa del SIT que la que podemos encontrar en el capítulo 5º de su libro "Cognitive Behavior Modification: an integrative approach". (New York, Plenum Press, 1977). Así como también podemos comprender mejor las aplicaciones del entrenamiento autoinstruccional a la hiperactividad si consultamos el capítulo 1º de este mismo libro. Le faltó capacidad de esquematización, tanto al presentar los temas como al desarrollarlos. Cuando se refirió a Beck, estuvo muy acertado al exponer el tratamiento de la depresión, pero quizá deberíamos preguntarnos, por la extensión que le dedicó a este punto, si estábamos allí para oírle a él o a Beck. Se vio en algunos momentos como renacía su habilidad para exponer y explicar sus aportaciones a la CBM. Con todo, por supuesto, no podemos negar que la experiencia fue muy positiva. Aunque recibimos poca información

nueva, siempre resulta muy interesante ver a los grandes creadores de la Psicología actual explicar sus propias teorías. Se adquiere una visión de conjunto e incluso a veces se puede "intuir" la estructura cognitiva del autor.

El Dr. Ellis explicó sus aportaciones a la Psicología Clínica con un lenguaje muy directo y claro, aunque pudimos observar que no encajaba las críticas que le hacían algunos asistentes y en algún momento llegó a descalificar a varios profesionales de la Psicología Clínica cuando intervinieron en el turno de preguntas. El Dr. Ellis creyó que nos habíamos escandalizado por la forma de expresarse, y por su peculiar manera de utilizar el lenguaje. Pero yo opino que no pudo o no quiso aceptar que su sistema (RET) presenta algunas limitaciones en sus aplicaciones terapéuticas a determinados problemas, ni tampoco que el RET pueda ser criticado desde un punto de vista epistemológico.

Como punto final me gustaría recoger algunos comentarios que escuché entre los asistentes a estas Jornadas: "no deberíamos tener ese sentimiento de inferioridad con respecto a nuestra actualización profesional. No estamos tan mal preparados como pensamos". Se comentaba al final de las intervenciones y era la mejor conclusión que podíamos extraer de estas Jornadas. No quisiera terminar sin felicitar a Cinte por la organización y el desarrollo de estas Jornadas. Estas iniciativas siempre hay que fomentarlas ya que cumplen un gran papel en el desarrollo de la Psicología española y, como en este caso, y a pesar de cierto desencanto, pueden contribuir a que los psicólogos clínicos españoles tengamos más pensamientos adaptativos acerca de nuestra actuación profesional. Quisiera señalar que me parece muy interesante que el Colegio Oficial de Psicólogos apoye y colabore en la organización de este tipo de actividades. Y un refuerzo final para la Sociedad Española de Psicología que cedió sus locales para la celebración de estas Jornadas.

Verania Andrés Navia

- Servicio Médico-Psicopedagógico de Elche.
- Un representante del I.M.I.P.A.E.

Orden del día

- Origen y evolución de los Servicios Psicopedagógicos Municipales.
- Características de los SPMs.
- Ambitos y áreas de actuación.
- Organización actual de los SPMs.
- Perspectivas de futuro.

Resumen de las discusiones

En general, se constató que estos servicios surgen por necesidades y demandas asistenciales de los ciudadanos y de las escuelas, para atender a los "niños problema" de manera individual. Pero esta demanda inicial poco a

poco se va reconvirtiendo, ya que los profesionales van asumiendo funciones de tipo comunitario y se encuentran ante la paradoja de que si centran su trabajo en una asistencia individualizada, lo que estarían haciendo es intentar corregir el fracaso escolar que produce la mala planificación educativa del MEC. Por esta razón, el enfoque de trabajo de los SPMs debe ser de transformación de la escuela actual y renovación pedagógica, no de rehabilitación de los desajustes que genera la escuela existente.

Los SPMs de Catalunya, con una experiencia de diez años de funcionamiento, piensan que su ámbito de actuación no se debe circunscribir solamente a la calidad de la enseñanza o a la escuela. Este sería un punto de partida y de incidencia en este momento a corto y medio plazo, pero que debe estar ligado a la calidad de

Convocatorias

1982 **SEPTIEMBRE** 1982
MARTES

SEPTIEMBRE							OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4				1	2	3	
6	7	8	9	10	11	12				4	5	6	7
13	14	15	16	17	18	19				11	12	13	14
20	21	22	23	24	25	26				18	19	20	21
27	28	29	30							25	26	27	28

Semana 40.

San Wenceslao y Sta. Eustaquia

Lugar: Madrid.
Fechas: 28 al 30 de Septiembre.
I Congreso Español de Análisis Transaccional (AESPAT-ALAT-ITAA)
Información: Secretaría del Congreso. Avda. de Felipe II, 15, 3º D. Madrid. Tfno.: 431 69 98 (de 11 a 13 y de 17 a 21 h.).

1982 **OCTUBRE** 1982
LUNES

OCTUBRE							NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
4	5	6	7	8	9	10				1	2	3	4
11	12	13	14	15	16	17				8	9	10	11
18	19	20	21	22	23	24				15	16	17	18
25	26	27	28	29	30	31				22	23	24	25

Semana 41.

San Francisco de Asís y Santa Aurora

Lugar: Madrid.
Fechas: 4 al 6 de Octubre.
Seminario de Psicosemiótica.
Información: Antonio Ares. Zipaquirá, 10, 4º Madrid-23. Teléfono: 764 12 98 (tardes) o Mercedes Alcina. Tel.: 407 98 85 (mañanas).

vida de los ciudadanos en general y por tanto a una renovación social de cada localidad.

Todo este planteamiento implica el encontrar nuevos instrumentos de trabajo que no sean clínicos, sino de planificación-programación e intervención comunitaria.

Se perfila también que este tipo de servicios deben ser pluridisciplinares, ya que el objeto de trabajo es la adecuación de las condiciones sociales y educativas de cada localidad en concreto. De esta forma, se hace necesario que los SPMs tengan una reconversión profesional del trabajo clínico-asistencial a la prevención comunitaria. Los problemas que esta reconversión plantea son:

- 1) Falta de recursos asistenciales en las comunidades.
- 2) Falta de asunción de los Ayuntamientos de estos servicios como asesores técnicos debido a las escasas competencias en materia de educación.
- 3) Falta de definición clara de funciones de otras instituciones como Inspección y equipos multiprofesionales, lo que crea descoordinación y duplicidad de funciones.
- 4) Necesidad de reconversión de los profesionales que integran los SPMs de un trabajo clínico a un trabajo social de intervención en la vida comunitaria.

Se insistió mucho en la delimitación y definición de funciones y en las garantías laborales que estos servicios necesitan para realizar y desarrollar este tipo de trabajo. Se vió necesario:

- 1) Institucionalización de las plantillas: El trabajo comunitario implica una continuidad, por lo que los profesionales no pueden estar pendientes de los avatares políticos. En este sentido, se necesita una estabilidad laboral.
- 2) Realizar unas jornadas monográficas de clarificación de las funciones de estos servicios, para alcanzar una homogeneidad de criterios profesionales a nivel estatal, dar soporte a las nuevas experiencias y reflexionar técnica y teóricamente sobre los instrumentos de trabajo.

Propuesta de trabajo comunitario

- 1) Apoyar política y técnicamente el trabajo de estos equipos permitiendo una intervención del municipio en la vida escolar y comunitaria.
- 2) Potenciar la creación de recursos públicos

20 de Mayo

IV Encuentro de Escuelas Infantiles

Los días 20, 21 y 22 del pasado mes de Mayo se celebró en Gijón el IV Encuentro de Escuelas infantiles convocado por la coordinadora estatal de Escuelas infantiles.

La coordinadora se proponía con estos encuentros exponer y compartir experiencias, realidades, planes y actuaciones de futuro para avanzar en la idea de construir, en algunos casos, y afianzar en otros, escuelas infantiles como centros encargados de la educación de los niños de 0 a 6 años.

Los encuentros se concretaron en la exposición de diversas ponencias sobre los temas: organización interna de las escuelas infantiles; relaciones con la administración; reciclaje; y escuelas de padres.

Posteriormente se realizaron varias mesas redondas para la discusión de los temas.

Organización interna de las escuelas infantiles

Partiendo de la importancia de los primeros años de la vida del niño, la incidencia de la escuela infantil en su desarrollo y la necesidad de considerar las escuelas infantiles como centros educativos; se presentaron distintos mode-

los de organización interna (según las experiencias de diversos centros) atendiendo a los aspectos: infraestructura u organización material (construcción, distribución de aulas, equipamiento, etc.); equipo humano (personal, niños, padres); organización pedagógica (criterios, objetivos, programaciones, contenidos, etc.).

La discusión que sobre el tema "Organización Pedagógica" se mantuvo en la correspondiente mesa redonda se polarizó en exceso sobre la necesidad o no del Técnico (Psicólogo) dentro de las escuelas infantiles; la polémica fue dura y se puso de manifiesto la reserva que existe entre algunos educadores a que el Técnico forme parte integrante de las escuelas infantiles si bien se vió la importancia de la ciencia psicológica en cuanto a las aportaciones fundamentales en: el conocimiento del desarrollo del niño en estas edades; la necesidad de partir de este conocimiento para poder abordar la tarea educativa y pedagógica en estos centros; el tratamiento o asesoramiento en problemas concretos.

A pesar de todo se manifestó una gran confusión entre los educadores sobre cuáles deben ser las funciones del Psicólogo, cuáles son sus competencias, quién o quiénes deben asumir este trabajo y cuál el nivel de integración del Técnico dentro del equipo educativo.

Relaciones con la Administración

Es bien conocido por todos la caótica situación de las guarderías debido a su deficiente regulación.

La ponencia presentada por la Coordinadora estatal de Escuelas Infantiles analiza en su recorrido histórico esta reglamentación que

asistenciales a nivel municipal y comarcal, así como la coordinación entre ellos.

3) Mayores competencias de los Ayuntamientos en materia educativa.

4) Estos servicios serían consultados en actuaciones tales como:

- Planificación de nuevos centros escolares.
- Implicaciones psicopedagógicas de la arquitectura y urbanización de los centros escolares.
- Planteamiento y actividades extraescolares.
- Valoración y perspectivas de la política de intervención de los alumnos con deficiencias físicas o psíquicas en la escuela normal.
- Formas de influir desde el Ayuntamiento en el proceso y mejora de la calidad de la enseñanza.
- Estimulación de la estabilidad en la localidad de los profesionales de la educación.
- Coordinación de los diferentes niveles del proceso educativo.

determina que las guarderías dependan de Sanidad, Trabajo, y esporádicamente de Cultura. El ministerio de Educación y Ciencia tiene lo que en la L.G.E. aparece como indicación sobre la edad preescolar de 4 a 6 años a nivel pedagógico y la aceptación de la edad de 2 a 4 años como etapa educativa sin asumir ningunas responsabilidades al respecto. Según la Ponencia, la carencia de una reglamentación dentro del sector de escuelas infantiles hace que la situación dentro de los centros sea todavía la siguiente: condiciones de espacios insuficientes e inadecuados; condiciones de los trabajadores injustas y totalmente desfasadas de la realidad de los demás enseñantes; escasez de Centros en correcta distribución de los mismos en los barrios; costos altos marcados por la falta de financiación pública que determina una selección muy fuerte; y sobre todo una falta de planteamientos pedagógicos en muchísimos casos.

Con estas condiciones (sigue la ponencia) el nacimiento de las guarderías queda en manos de la iniciativa privada:

a) entidades religiosas o benéficas; b) privadas sin afán de lucro; c) guarderías dependientes del INAS o los Ayuntamientos; y d) guarderías privadas con afán de lucro que son la mayoría y que no tienen ningún tipo de reglamentación y dan lugar a todo tipo de situaciones graves y nefastas.

En otro apartado se fijan las exigencias de ordenación del sector y actuaciones concretas a la administración central: reconocimiento de la etapa educativa de 0 a 6 años por el MEC; incorporación a un ciclo único de enseñantes con una preparación específica a nivel universitario asegurando la homologación de títulos y

— Estimulación a la creación o continuidad de equipos de enseñantes con inquietudes profesionales.

— Conocimiento y publicidad desde el Ayuntamiento de actuaciones educativas que supongan un progreso en la línea educativa.

— Conformación de estos servicios como dinamizadores del proceso educativo.

— Promoción del reciclaje permanente de los educadores.

— Promoción de debates a nivel de educadores, padres, alumnos y del municipio en general sobre la teoría y praxis de la educación.

— Criterios de planificación de necesidades y puesta en marcha de nuevos recursos municipales.

En general, se trata de establecer una colaboración estrecha entre los servicios y el municipio, ya que muchos de los problemas que surgen en la institución escolar, no tienen solución si no se contemplan dentro de un contexto más amplio de actuación municipal.

Alida Alvarez Pillada
Enrique Gallego Gallardo

experiencias de las diferentes realidades del sector; reglamentación de la apertura de escuelas infantiles; elaboración de unos criterios pedagógicos; estudio y ordenación de las escuelas ya existentes (Censo); regulación de las condiciones de trabajo de los profesionales; y regulación de los canales de financiación.

Se debatió en otra mesa redonda la proposición de Ley sobre escuelas infantiles presentada el 3 de Febrero de 1982 a la mesa del Congreso de los Diputados por el Grupo Socialista del Congreso (ver Documento Adjunto).

La coordinadora se plantea seguir realizando un trabajo continuado centrado en el mantenimiento del carácter educativo de las escuelas infantiles (fruto de este esfuerzo ha sido frenar los intentos de acabar con las escuelas infantiles a meros centros asistenciales).

Reciclaje

La necesidad de formación y reciclaje de los educadores de escuelas infantiles está siendo desde hace tiempo asumido y reivindicado por ellos. En algunas ciudades (como es el caso de Madrid) la Coordinadora de escuelas infantiles ha iniciado ya durante el pasado curso un proyecto de reciclaje organizado por zonas territoriales a los que pueden acudir aquellas personas interesadas en ello.

Escuela de Padres

Se presentaron diversas ponencias sobre experiencias concretas en escuelas de padres; la discusión en las mesas redondas versó sobre los distintos tipos de trabajos que desde la escuela infantil se debe abordar con los padres:

Convocatorias

1982 **OCTUBRE** 1982
VIERNES

OCTUBRE	31 días	NOVIEMBRE
L M M J V S D	1 2 3	L M M J V S D
4 5 6 7 8 9 10	11 12 13 14 15 16 17	1 2 3 4 5 6 7
18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28 29 30 31	8 9 10 11 12 13 14
		15 16 17 18 19 20 21
		22 23 24 25 26 27 28
		29 30

Santa Teresa de Jesús y San Fortunato

Lugar: Madrid.

Fechas: 15, 18 y 19 de Octubre.

Curso de introducción al psicodrama por el Dr. Jaime G. Rojas-Bermúdez.

Información: Colegio Oficial de Psicólogos, delegación de Madrid. Tel.: 244 58 13. (Este curso podría sufrir alguna modificación).

1982 **OCTUBRE** 1982
VIERNES

OCTUBRE	31 días	NOVIEMBRE
L M M J V S D	1 2 3	L M M J V S D
4 5 6 7 8 9 10	11 12 13 14 15 16 17	1 2 3 4 5 6 7
18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28 29 30 31	8 9 10 11 12 13 14
		15 16 17 18 19 20 21
		22 23 24 25 26 27 28
		29 30

San Severo y Santa María Salomé

Lugar: Madrid.

Fechas: 22 y 23 de Octubre.

II Jornadas de Psicología y Municipios.

Información: Colegio Oficial de Psicólogos, Fernández de los Ríos, 87. Madrid. Tfno.: 244 58 13.

información general sobre el desarrollo del niño en estas edades; análisis concretos de situaciones o problemas específicos de conducta, personalidad, etc., y la forma de abordarlo por los padres.

Parece que en la actualidad no está todavía

perfectamente delimitado el concepto "Escuela de Padres" y se plasmaron muy distintas formas de intervención dentro de esta actividad.

Los encuentros han servido para conocer la actualidad de las escuelas infantiles si bien la discusión en mesas redondas con elevado nú-

Conclusiones del Seminario de

La Pedagogía en la Escuela Infantil

MARTA MATA e IRENE BALAGUER

1º) El problema de cómo un sistema escolar responde mejor a las necesidades y posibilidades de los niños de las distintas zonas geográficas y niveles sociales, es el problema que ha motivado las distintas reformas, renovaciones y cambios pedagógicos y estructurales de los sistemas escolares.

La óptica socialista ha sido siempre la de conseguir que el sistema educativo no fuese selectivo, sino promotor en general y compensador de desigualdades, lo que nos ha llevado a la definición de la Escuela Pública y dentro de ella, lo que aquí nos interesa es la definición de la situación de los niños de nuestro país antes de la edad de escolaridad obligatoria para poder acercarnos con un mínimo de rigor a las pautas pedagógicas que su educación requiere.

2º) En lo que va de siglo y aún ante, la escolarización del niño más pequeño se ha producido en los distintos países, entre ellos, España, distintas instituciones específicas:

- La guardería de fábrica.
- La guardería de barrio.
- El parvulario.
- Jardines de infancia, etc.

El siglo XX ha supuesto un extraordinario avance en el conocimiento de las necesidades del niño. Estas necesidades deben ser satisfechas para que los niños puedan crecer sanos, no sólo con salud física, sino también emocional y psíquica en general; todo ello se interrelaciona en su desarrollo. El conocimiento científico de estas necesidades y capacidades del niño sirve de base para plantear la educación en la Escuela Infantil.

Así, convendría tener en cuenta las características específicas o diferenciadas de los niños a lo largo de los seis primeros años de la vida y organizar su funcionamiento en dos secciones autónomas, pero relacionadas, una de 0 a 3 años y otra de 3 a 6 años.

3º) Los conocimientos actuales hacen más compleja la tarea de la educación de la primera infancia. Consecuentemente, ello exige un alto nivel profesional del personal de las Escuelas Infantiles.

La formación profesional del personal de las Escuelas Infantiles no sería suficiente si se centrara únicamente en la adquisición de unos conocimientos superficiales. No se trata de una técnica que se pueda aprender en unos meses; una empresa como esta exige unos estudios superiores con teoría y práctica científicas.

En la Escuela Infantil como en toda comunidad educativa, no es suficiente con que

cada uno de sus miembros tenga un alto nivel profesional; han de saber y practicar el trabajo conjunto o en equipo, porque la educación institucional del niño no es una empresa individual sino colectiva.

La labor que estamos dibujando, creará en torno al niño un ambiente de estabilidad, estimación, respeto, conocimiento y trato individual, solidaridad, etc. Indispensable para ofrecer a esta persona que es el niño la seguridad que le es necesaria para poder evolucionar de forma equilibrada.

Para conseguir este ambiente, la Escuela Infantil debería partir de la necesidad del niño, desterrando de ella la jerarquización, la burocratización y la masificación.

4º) Por otra parte, la labor educativa es una empresa colectiva. Por lo tanto, sería contradictorio pensar que la Escuela Infantil sola educa al niño. Para que la Escuela Infantil cumpla plenamente su objetivo, educar al niño, es indispensable su estrecha relación con los padres que han de ser considerados siempre como colaboradores, conscientes y activos en la educación de su hijo.

Es importante asimismo que el medio próximo participe en el proceso educativo de la Escuela Infantil.

5º) El modelo de Escuela Infantil propugnado por los socialistas es el de unos *Centros educativos de calidad* que partiendo de las necesidades de todo tipo del niño ajuste sus módulos, sus horarios, su organización, en orden a la consecución de unos objetivos educativos definidos. En esta línea de argumentación se ha coincidido en valorar que una institución que no pusiese todos los medios necesarios al servicio de la educación de los niños podría ser perjudicial para éstos, en especial para los de la clase trabajadora.

6º) El modelo contempla una *gestión participativa* con la intervención de los padres, educadores y sectores sociales implicados. Una gestión participativa contribuirá a la sensibilización de las familias y de la población en general en torno a los objetivos pedagógicos de la Escuela Infantil.

7º) Los asistentes a las Jornadas manifiestan su preocupación en torno a la *formación del personal* (educadores y personal de cocina) única garantía de la calidad del servicio, y coinciden en señalar que dicha formación debe tener contenidos de carácter fundamentalmente educativos.

Definición de la Escuela Infantil

AVELINA FERRERO

1º) La Escuela Infantil es una institución educativa destinada a conseguir el desarrollo integral del niño de 0 a 6 años.

mero de participantes ha mermado las posibilidades de un encuentro más fructífero.

Consideramos no obstante muy positivo la realidad de este tipo de encuentros que hace posible el intercambio y el avance de las escuelas infantiles.

Escuelas Infantiles del PSOE

Sus funciones:

- Educativa.
- Social.
- Sanitaria.

2ª) Función Educativa.

- Desarrollo integral del niño (físico, motor, intelectual, afectivo y social).
- Potenciar un niño autónomo y creativo.
- Mantendrá una pedagogía que tenga en cuenta el desarrollo evolutivo del niño de esta etapa.
- Será una escuela abierta y en contacto con la realidad que le rodea, tratando que el niño esté integrado en la misma.
- La Escuela Infantil por su nivel de especialización puede y debe aportar al niño aspectos, conocimientos y experiencias que los padres no tienen a su alcance normalmente.

3ª) Función social.

Con respecto al niño:

- Conseguir la integración del niño en el medio que le rodea.
- Conseguir la relación con otros niños.
- Sustituir las carencias de espacios necesarios para el niño existentes en las viviendas actuales, faltos de parques, etc.

Con respecto a los padres:

- Permitir que la pareja pueda participar en el entramado social.
- Dada la realidad actual de nuestra sociedad con respecto a la mujer, le permitirá a ésta su integración en el trabajo, estudio, etc.

Con respecto a la sociedad:

- Promover la necesidad de planteamientos globales de atención a las necesidades de esta población infantil de 0 a 6 años.

4ª) Función sanitaria.

Con respecto al niño:

- Crear hábitos positivos de salud.
- Vigilar crecimiento y desarrollo del niño.
- Detectar los posibles problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Vacunaciones: aplicación calendario vacunaciones.
- Prevención de enfermedades infecciosas propias de la infancia y accidentes.

Con respecto al medio:

- Vigilar el saneamiento ambiental.
- Reconocimientos periódicos del personal del Centro.
- Control de alimentos.

Con respecto a trabajadores del Centro y los padres:

- Crear hábitos positivos de salud.
- Conseguir un nivel de conocimientos básicos sobre distintos temas (nutrición, higiene, accidentes, etc.).

Participar en posibles servicios de salud del barrio, junto con otras Escuelas Infantiles, pediatras del barrio, etc.

5ª) Instalaciones.

- Edificios pequeños, abiertos, ventilados,

La colaboración de todos los profesionales implicados en la tarea educativa es necesaria para la profundización en los planteamientos pedagógicos de los centros.

María Antonia Alvarez-Monteserín

espaciosos, con patios y zonas de recreo. Situados en los barrios.

- Número de niños reducido, evitar la masificación.
- Evitar las Escuelas Infantiles en los Centros de Trabajo.
- Relación entre padres y educadores a distintos niveles; esta relación es importantísima para el desarrollo del niño.

Ordenación de las Escuelas Infantiles

VICTORINO MAYORAL

- La educación preescolar, que comprende desde los 0 a 6 años se desarrollará en dos etapas: una de 0 a 3 años y otra de 3 a 6. La escolarización se realizará en las Escuelas Infantiles, que podrán acoger a niños de ambos grupos de edades o de uno sólo de ellos.

También podría considerarse la posibilidad de establecer Escuelas Infantiles para niños de 3 a 6 años continuas a Centros de E.G.B.

- Dado el carácter educativo de las Escuelas Infantiles, la responsabilidad recae en la *Administración Educativa* (Central y Autónoma), que debe aglutinar las actuales partidas presupuestarias y competencias de diversos Ministerios y Consejerías Autonómicas.

La adecuación de la calidad pedagógica a las necesidades y características del niño de ambientes sociales muy concretos hace imprescindible la actuación de las Corporaciones Locales para la implantación de una adecuada red de Escuelas Infantiles.

- Los socialistas consideramos el cuidado del niño de 0 a 6 años como prioritariamente educativo, como primer ciclo del sistema educativo y en consecuencia, como responsabilidad del *Ministerio de Educación* y de las *Consejerías análogas* en las Comunidades Autónomas. Pero además, la adecuación de la calidad pedagógica a las necesidades y características del niño de ambientes sociales muy concretos hace imprescindible la actuación de las *corporaciones locales* para la implantación de una adecuada red de Escuelas Infantiles. Las corporaciones locales deben estar dotadas de más competencias administrativas y recursos económicos (que les deben transferir los otros poderes públicos) al objeto de poder elaborar y ejecutar planes locales de Escuelas Infantiles que satisfagan las necesidades específicas de sus poblaciones, fundamentalmente en el grupo de edad de 0 a 3 años, ya que la escolarización de los niños de 3 a 6 años debe ser completada a plazo medio con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

Convocatorias

1982 **OCTUBRE** 1982
SABADO

OCTUBRE	31 días	NOVIEMBRE
L M M J V S D	30	L M M J V S D
4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7
11 12 13 14 15 16 17		8 9 10 11 12 13 14
18 19 20 21 22 23 24		15 16 17 18 19 20 21
25 26 27 28 29 30 31		22 23 24 25 26 27 28
		29 30

Santos Marcelo, Claudio y Victoriano

Lugar: París.

Fechas: 30 y 31 de Octubre.

III Congreso Internacional sobre deficiencia y sexualidad.

Información: Instituto de Sexología. 30 rue St Cominque. 75007. París. Francia.

1982 **NOVIEMBRE** 1982
VIERNES

NOVIEMBRE	30 días	DICIEMBRE
L M M J V S D	19	L M M J V S D
1 2 3 4 5 6 7		1 2 3 4 5
8 9 10 11 12 13 14		6 7 8 9 10 11 12
15 16 17 18 19 20 21		13 14 15 16 17 18 19
22 23 24 25 26 27 28		20 21 22 23 24 25 26
29 30		27 28 29 30 31

Sta. Elisabet y San Ponciano

Lugar: Nairobi (Kenia).

Fechas: 19 al 27 de Noviembre.

VIII Congreso Mundial de la Liga Internacional de Asociaciones Prodeficientes Mentales.

Información: Liga Internacional de Asociaciones Prodeficientes Mentales. 13 rue Forestiere. Bruxelles 1050 (Bélgica).

Los Patronatos Municipales de Escuelas Infantiles

La variedad y complejidad de las situaciones comunicadas por las distintas intervenciones dificultan enormemente la posibilidad de obtener conclusiones universalmente válidas. Como rasgos más generales cabría distinguir:

A nivel político:

Necesidad de no abandonar el programa "máximo", que significa reiterarse en las características de:

- 1.1.— Nivel educativo, no sólo asistencial. En consecuencia, habría que incidir en la *profesionalidad* de los trabajadores de este nivel.
- 1.2.— Servicio público; lo cual significa no abandonar el carácter de gratuidad que debe caracterizar a tal calificación. No obstante, forzosamente, (debido a la carencia de medios) el ente que ofrece el servicio (primordialmente los Ayuntamientos) podrá fijar precios políticos para los usuarios de dicho servicio (cabría cifrar esta aportación del beneficiario en un porcentaje no superior al 35% del precio de coste).
- 1.3.— Gestionados por los Municipios.

A partir de aquí podríamos considerar, el programa posible en este momento y a corto y medio plazo, que forzosamente dependerá de distintas situaciones, atendiendo los aspectos "técnicos" que han surgido durante la exposición y debate de estas Jornadas. En todo caso debe existir un hilo conductor común en las distintas políticas que a este nivel realizan los Ayuntamientos socialistas. A tales efectos cabría enumerar:

- 1º) Competencia municipal sea *compartida*, exigiendo las transferencias de medios que hagan posible la iniciación y realización de programas de escolaridad. (En este punto hay que insistir en la importancia de la futura Ley de Régimen Local).
- 2º) Gestión directa municipal en aquellas situaciones saneadas que permitan iniciar una política de actuación en este campo. La fórmula de Patronato ha demostrado ser bastante eficaz, principalmente para asumir situaciones anteriores que en la mayoría de los municipios estaban muy deterioradas. Es conveniente una mayor profundización y rigor jurídico o formal en sus Estatutos (a efectos de asegurar que el proceso iniciado sea irreversible en situaciones de cambio político municipal).
- 3º) En cuanto a su financiación y extensión a nivel municipal de este nivel educativo, las distintas intervenciones reiteraron la conveniencia de instalar una Escuela Infantil por barrio y de iniciativa pública. Respecto a la financiación, ya anteriormente se ha hecho mención a la fijación de precios políticos de conformidad con unos baremos que fijan cuotas progresistas de conformidad con los principios básicos que conforman nuestra identidad en el campo educativo. En este aspecto, y en tanto en cuanto se mantengan las actuales diversidades de organismos con competencias en este campo, se requiere un mejor control e incremento de las partidas presupuestarias, (especialmente en este momento en que va a empezar a discutirse el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 1982)

unificación de tales competencias en un sólo organismo y fijación de mecanismos que limiten la arbitrariedad con que se conceden estas ayudas, limitando el clientelismo,... A este efecto debería arbitrase una línea de financiación privilegiada o línea "especial" a los Ayuntamientos.

- 4º) Con lógicas precauciones es posible que los municipios emanen disposiciones regulando la apertura y funcionamiento de escuelas infantiles de iniciativa privada (con o sin afán de lucro). En ningún caso se cree conveniente financiar a través de subvenciones, las escuelas infantiles no públicas a menos que estén dispuestas a integrarse en la red pública que exista a nivel local. (En este aspecto cabe insistir en las posibilidades que ofrece la adscripción a un Patronato).

Situación laboral.

- 5º) Proseguir en la línea de considerar la profesionalidad de este trabajo a cuyo efecto los salarios de estos trabajadores deben tener la consideración merecida y análoga a la de los enseñantes, tendiendo a la homogeneidad de las percepciones.
- 6º) En cuanto a la gestión y participación democrática en la vida interna de la escuela infantil nos ratificamos en la creación de los consejos escolares de centro compatibles con el Patronato.

Problemática laboral de Escuelas Infantiles

- 1º) Necesidad de actuar coherentemente como socialistas, reconociendo la educabilidad del niño de 0 a 6 años y en consecuencia proporcionando a estos niños personal idóneo, es decir, miembros de un cuerpo único de enseñantes especializados en esta edad con nivel universitario. Esta decisión significa una responsabilidad del PSOE sobre los planes de estudio y la calidad de la enseñanza universitaria por una parte y, por otra un rechazo de una F.P. que obedece a unas intenciones e intereses contrarios a nuestros postulados. La actuación hay que diferenciarla según se consideren contrataciones futuras de educadores o mantenimiento de los actuales. Sobre los primeros como hemos dicho nos pronunciamos a favor del maestro-especializado-universitario que atenderá a *cualquier* grupo de edad entre 0 y 6 años.
- 2º) El reciclaje por otra parte se ha considerado como imprescindible para todos los educadores, con o sin título. Los Patronatos, Ayuntamientos y socialistas en general defenderán que desde estos organismos se faciliten a los educadores, cursos, seminarios y otras fórmulas para ponerse al día y renovarse. Igualmente, defenderemos un horario de los docentes que permita un espacio de tiempo *diario* para la preparación del trabajo en el centro, reuniones del equipo docente, coordinación que en suma es también un reciclaje.
- 3º) Reconocer también en los Convenios el status docente de los trabajadores, teniendo en cuenta el C. de Enseñanza no Estatal, la posibilidad de dedicarse a tareas no directamente relacionadas con niños a partir de cierta edad, así como horarios y otras condiciones de trabajo, conformes con la misión docente de estos trabajadores.

EXPERIENCIAS

En el C.P.S. de Carabanchel

Un enfoque interdisciplinario de planificación familiar

Enrique Acosta
Serafin Carballo
Valentín Corces
M.^a Teresa Daza
Felipe Hernández
Luis Lopes

Begoña Olabarria
Encarnación Pansa
Beatriz Pesenti
Carmen Rojero
Cristina Sánchez
Rafaela Torres(*)
Carmen Ubago

El trabajo comunitario exige como premisa indiscutible la constitución de un equipo multiprofesional que aborde la salud desde una perspectiva integrada e integral. El siguiente trabajo, elaborado entre otros, por dos psicólogos pertenecientes a la Comisión de psicología y municipios de la Delegación de Madrid del Colegio, aporta un enfoque interdisciplinario en un programa de planificación familiar desde un Centro de Promoción de Salud.

El presente Programa de Planificación Familiar se elaboró y se desarrolla actualmente en el C.P.S. de Carabanchel del Ayuntamiento de Madrid para cumplimentar una de las actividades señaladas por la Delegación de Sanidad como prioritaria para estos centros. El Programa de Planificación Familiar no es la única actividad del Centro ya que existen otros 3 Programas que en este momento están en desarrollo: Salud Materno-Paterno-Infantil, Salud Mental y Asistencia Social.

El interés del Programa de Planificación Familiar—objeto de esta presentación— a nuestro criterio, es el de que refiere la Planificación Familiar a un “comportamiento humano que comprende al individuo con su propio cuerpo, con su sexualidad, con su vida de pareja y con su vida de familiar, incluido en un medio social definido” (OMS). En este sentido los distintos profesionales del equipo —entre ellos los psicólogos y psiquiatras— aparecen instrumentando una técnica definida para abordar una realidad que no podría ser captada en su complejidad si cada técnico se limitara a una acción exclusiva en su campo sin tener en cuenta que los destinatarios de su actividad son una unidad bio-psico-social cuyos aspectos no pueden disociarse entre sí y por lo tanto imposibles de ser abordados en forma compartimentada desde cada profesión. Es así que las actividades de Salud Mental que aparecen en el programa comprenden no sólo a psicólogos y psiquiatras sino a todos los

profesionales y técnicos: matrona, ginecólogo, Asistente Social, recepcionistas, etc. Esto no quiere decir que los trabajadores de la Salud Mental no tengan, también su campo de acción propio: este existe, está bien delimitado y es reconocido por los restantes miembros del equipo, es decir existe una jerarquía funcional dentro del Programa en lo que se refiere a Salud Mental.

Queremos destacar que en estos momentos el Programa lleva 7 meses de desarrollo y que si bien es prematura su evaluación en cuanto a los cambios que se pudieran haber producido a nivel del sector en que actuamos, sí podríamos evaluar cuál es el funcionamiento del equipo de acuerdo a los objetivos planteados. Pensamos que este funcionamiento puede percibirse con claridad en relación a la tarea. Es por esto por lo que en posteriores trabajos presentaremos casos clínicos para mostrar qué funcionamiento tenemos.

(*) Los autores son los actuales miembros del equipo más algunos ex-miembros del mismo. Sus profesiones son las siguientes: Enrique Acosta, coordinador y epidemiólogo; Serafin Carballo, psicólogo; Valentín Corces, psiquiatra; M.^a Teresa Daza, secretaria; Felipe Hernández, sanitario; Luis Lopes, internista; Begoña Olabarria, psicólogo; Encarnación Pansa, matrona; Beatriz Pesenti, ginecólogo; Carmen Rojero, psiquiatra; Cristina Sánchez, asistente social; Rafaela Torres, matrona; y Carmen Ubago, asistente social.

Metodología de elaboración del programa

La metodología de elaboración del Programa de Planificación Familiar fue fundamental para el Equipo de Salud del C.P.S. de Carabanchel. Se planteó el Equipo como primer objetivo central la metodología interna de funcionamiento, es decir, la concreción de la interdisciplinariedad como metodología, alejándonos de la concepción multidisciplinaria que supone la compartimentación de las actividades del C.P.S. en áreas (consultas) que responden a las diferentes especialidades. En este sentido y desde la puesta en funcionamiento del C.P.S. se plantearon reuniones de Equipo semanalmente donde se trabajaron tres aspectos fundamentales:

- a) Concepciones diversas del trabajo en la Comunidad desde los C.P.S.
- b) Estudios del Distrito de Carabanchel.
- c) Definición de los diversos programas a realizar y establecimiento de prioridades en base a la articulación de por una parte, las demandas más urgentes de la población y por otra a estructurar aquel Programa que sirviera para la integración y el ajuste del Equipo como tal.

Fue así como el equipo de Salud del C.P.S. de Carabanchel decidió comenzar a elaborar el Programa de Planificación Familiar. La elección de este Programa, pues, tuvo una doble finalidad: la obtención del Programa en sí y que la tarea sirviera para establecer una dinámica grupal de trabajo en el Equipo.

Hay que tener en cuenta que no existía conocimiento previo entre los miembros del grupo, que las experiencias de cada uno eran diferentes, así como también el grado de cualificación y además esta metodología de elaboración del Programa constituye la primera tarea abordada por el Equipo.

Posteriormente, una vez sentadas las bases definitorias del Programa de Planificación Familiar, se acordó que cada área elaborara sus criterios de Planificación Familiar para después ser discutidos por el Equipo en su conjunto.

Las áreas que intervinieron fueron: epidemiología; ginecología; salud mental; y asistencia social.

En una tercera fase y tras diversas reuniones de área y de Equipo donde se vertía el trabajo realizado en las áreas, se discutía y se ajustaba interdisciplinariamente el trabajo estableciéndose criterios comunes. En base a todo esto se decidió comenzar la tarea de Planificación Familiar por el término de 6 semanas. Este período serviría para confrontar en la práctica los criterios asumidos por el grupo.

Se planteó la necesidad de que el área de salud mental, en función de la concepción del Equipo sobre lo que es la Planificación Familiar y las actividades a desarrollar que esta concepción implicaba, estableciera una cobertura específica (más allá de las derivaciones) y que suponía la participación de salud mental durante una primera fase y hasta el rodaje de la monitora de Planificación Familiar, en los grupos con tarea de Planificación Familiar, así como en la entrevista de la ginecóloga. Posteriormente todo el material recogido y cada caso será discutido por todo el Equipo. Esta dinámica por una parte permitió establecer modificaciones en la modalidad y el abordaje de ciertos temas y actividades concretas del Programa, por ejemplo el grupo; por otra parte permitió un ajuste terminológico y conceptual del Equipo, además del establecimiento de vínculos y por tanto de una dinámica grupal definida.

Se realizaron evaluaciones semanales de la tarea y una evaluación final al término de las 6 semanas.

Definición de Planificación Familiar

El Equipo toma la definición de Planificación que hace la Organización Mundial de la Salud:

"La planificación de la familia se funda en prácticas que

ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: Evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia. Para esos fines se necesitan anticonceptivos, tratamiento de la fecundidad y educación sexual y familiar; además hay que desarrollar otras actividades afines, como asesoramiento genético, consultas matrimoniales, detección de tumores malignos, y servicios de adopción."

"La planificación de la familia interviene en el ciclo reproductivo facilitando la regulación del número, los intervalos y la cronología de los embarazos y nacimientos, lo cual contribuye a reducir la morbilidad y mejorar la salud. Esa intervención puede tener lugar en cualquiera de las fases del proceso reproductivo, o en todas ellas; desde el asesoramiento y la educación acerca del acto sexual, hasta la interrupción de la gestación mediante la terminación artificial del embarazo, pasando por la prestación de servicios para la regulación de la concepción."

Aceptamos como válida esta definición pero vemos la necesidad de hacer una salvedad: la Planificación Familiar no es solamente la contracepción a través de una técnica ginecológica sino que es un comportamiento humano que comprende al individuo con su propio cuerpo, con su sexualidad, con su vida de pareja y con su vida de familia, incluido en un medio social definido. Por lo tanto los trabajadores de este programa tendrán siempre en cuenta los aspectos psíquicos, sexuales, relacionales y sociales que pondrá en evidencia.

Por otra parte en nuestro Centro se realizan solamente algunos de los servicios que plantea la O.M.S. ya que otros, como tratamiento de la infertilidad, servicios de adopción e interrupción artificial de la gestación no se realizan en función de la carencia de recursos y/o de la legislación vigente. Además tampoco se realizan esterilizaciones en función de la legislación, ni tratamientos de esterilidad por falta de recursos técnicos.

Terreno de ejecución del Programa

El área de desarrollo del plan es el Distrito de Carabanchel que tiene alrededor de 300.000 habitantes.

El Distrito de Carabanchel es un barrio típicamente obrero donde predomina la población asalariada (41,82% según datos del PAI-1978). Si se dispusiera de datos por sub-zonas se hallarían áreas con actividades marginales: venta ambulante, trabajos eventuales, etc. En la década de los sesenta se da un crecimiento de población notable proveniente de zonas agrícolas de Castilla, Extremadura y Andalucía. En la década de los setenta se agota la capacidad de recepción por escasez del suelo, precios altos por la proximidad al Centro, produciéndose un movimiento vegetativo: jóvenes de 20 a 35 años emigran a Leganés, Alcorcón, Fuenlabrada, etc.

La pirámide de población esperada para 1985 indica que habría 314.079 habitantes con un crecimiento vegetativo considerado "normal".

El área de ejecución del programa es todo el Distrito de Carabanchel pero dada la limitación de recursos del C.P.S. se plantea la necesidad de delimitar 3 áreas de trabajo, con el objetivo de posibilitar posteriormente una evaluación de este Programa:

- Una que comprende el barrio de Comillas con 35.913 habitantes donde el programa se desarrollará en profundidad, tratando de cubrir la atención de toda la población susceptible de beneficiarse del mismo.
- Otra que constituyen los grupos marginales de población que viven en 470 chabolas y 385 infraviviendas y que habitualmente no tienen Seguridad Social. Este sector lo componen aproximadamente 15.015 habitantes y se localizan en distintos barrios del Distrito. En esta área los



programas se tratarán de desarrollar también en profundidad.

- La tercera área de trabajo la constituye el resto del Distrito de Carabanchel. En este sector, el C.P.S. tratará de no actuar directamente y potenciará los recursos existentes de otros centros asistenciales principalmente de la Seguridad Social, para que desde estos centros se realice la planificación familiar. Es este un objetivo a cumplir a medio-largo plazo. Queremos destacar que la elección del barrio de Comillas se realizó en función de que es el que tiene menor población del distrito, el de mayor densidad de población, menor extensión territorial y por su proximidad del C.P.S.

El equipo de salud para el desarrollo de este programa está integrado en un comienzo, por: un ginecólogo, una matrona, dos psicólogos, dos psiquiatras, un epidemiólogo y un sanitario. Posteriormente se incorporaron dos asistentes sociales. Existe un médico internista y un pediatra para algunas actividades que, eventualmente, completan el programa. Esta plantilla está incompleta respecto al diseño previsto.

El C.P.S. funciona en un edificio donde existe una casa de socorro que también depende del Ayuntamiento. El local es apropiado, aunque provisional y en regular estado de conservación. Existen algunas carencias en cuanto a material, instalaciones.

Hay que destacar que el Programa de Planificación Familiar es el primero que desarrolla el Centro y por lo tanto a partir de él se plantea la integración del equipo como tal.

Una vez iniciado el desarrollo de este programa se pone en marcha otros tres (Salud parento infantil, Salud mental y Asistencia Social) que se interrelacionan y coordinan entre sí.

El C.P.S. no está integrado ni coordinado con la red sanitaria de la Seguridad Social ni con los Centros asistenciales de la Diputación; tampoco existe ninguna coordinación con las Casas de Socorro y otros Centros del propio Ayuntamiento. Esto deriva en un aparente aspecto positivo que se refiere a su funcionamiento autónomo que facilita su organización; pero,

por otra parte, su desvinculación de la red asistencial general lleva a una parcialización de los programas y a una desintegración entre actividades preventivas y curativas que atenta a un modelo progresista de salud.

No obstante a través de la ejecución de los programas se pretende lograr determinada coordinación con las instituciones sanitarias mencionadas por lo que actualmente se mantiene contacto permanente con las mismas.

Objetivos del Programa de Planificación Familiar

En razón de que la Planificación Familiar no está planteada como un programa a nivel nacional, ni regional, no es posible el planteamiento de objetivos demográficos ni económico-sociales.

Los objetivos que plantean son limitados y no incluyen aspectos de control demográfico de la población y sí los que se refieren a la salud.

Los objetivos son: favorecer una sexualidad más plena sin que ella esté necesariamente ligada a la función reproductora; favorecer los nacimientos deseados y evitar los no deseados; promover la maternidad y paternidad responsable; promover la salud de la familia y reducir la morbilidad regulando los hábitos reproductivos; promover el trabajo interdisciplinario y de equipo para la realización de este programa; y potenciar los recursos sanitarios de la zona, principalmente de la Seguridad Social a los fines de la Planificación Familiar.

Las metas propuestas son: asesorar a todos los médicos generales y coordinar con los ginecólogos y tocólogos de la Seguridad Social de todo el Distrito de Carabanchel y otros centros asistenciales que lo soliciten para que ellos mismos realicen la Planificación Familiar en las zonas y a las parejas que el C.P.S. no pueda atender; asesorar a todas las organizaciones ciudadanas al Consejo de Salud sobre la Planificación Familiar

para que puedan orientar la demanda de asistencia hacia la Seguridad Social; realizar al término de un año 700 prestaciones en Planificación Familiar a las parejas del barrio de Comillas y de los sectores marginales y especialmente de aquellas cuyo embarazo y/o parto implicarían situaciones de alto riesgo. Este programa también atenderá a parejas recién formadas que no tienen hijos y que quieren planificar cuándo o cómo los quieren tener y aquéllos que no tengan relación de pareja estable y requieren de información sobre sexualidad y de la Planificación Familiar. Coordinar el Programa de Planificación Familiar que realice nuestro Centro en el barrio de Comillas con los médicos generales y ginecólogos y tocólogos de la Seguridad Social en función de estructurar una red de derivación entre la Seguridad Social y el C.P.S. Coordinar nuestro Programa de Planificación Familiar con otros profesionales de la salud (Asistentes Sociales, psicólogos, médicos particulares, etc.) que actúen en el Distrito. Y formar agentes de Salud en Planificación Familiar en el Distrito de Carabanchel que orienten la demanda en Planificación Familiar de acuerdo con los recursos del Distrito (considerando principalmente la Seguridad Social).

Para alcanzar las metas propuestas se programan las siguientes actividades: Realizar una adecuada propaganda del derecho al uso de métodos anticonceptivos en todo el Distrito de Carabanchel. Charlas en las organizaciones ciudadanas para orientar la demanda en Planificación Familiar. Actividades de entrenamiento para los médicos de la Seguridad Social que deban responder a la demanda de Planificación Familiar en el Distrito de Carabanchel. Grupos con tarea sobre Planificación Familiar a las parejas o mujeres que acuden al C.P.S. a este Programa. Realización de ficha social, historia clínica, exploración ginecológica (citología y analítica) a las parejas que acuden al Programa. Orientación sobre métodos anticonceptivos. Colocación del DIU. Detección precoz del cáncer de cuello de útero. Tratamiento de infecciones ginecológicas detectadas por el informe citológico. Atención en Salud mental, medicina interna y asistencia social para aquellas mujeres, parejas o familias consideradas en situación de riesgo por el ginecólogo en base a las informaciones recogidas a través de la ficha social, el grupo de parejas y la historia clínica. Informaciones evaluadas por el subgrupo del equipo que trabaja en el Programa. Derivaciones a Centros asistenciales de la patología que no sea atendida en el Programa. Comunicación y colaboración con médicos generales y ginecólogos de la Seguridad Social del Barrio de Comillas y del resto del sector para discutir criterios de derivación y seguimiento de casos además de los médicos de la

Beneficencia. Y actividades de formación y actualización del equipo del C.P.S. (reuniones clínicas, bibliografías, etc.).

Puesta en práctica del Programa

El servicio de ginecología ocupa un lugar preferencial en este Programa en el sentido de que está jerarquizado funcionalmente respecto al resto de los profesionales que trabajan en el Programa.

Este servicio está constituido por una ginecóloga y una matrona en la actualidad. El ginecólogo y la matrona trabajarán en equipo lo que significa que intercambiarán permanentemente información e impresiones sobre cada una de las personas o parejas a las que haya que orientar o realizar la Planificación Familiar.

Los demás servicios del Centro (Salud Mental, Asistencia Social, Medicina Interna, Pediatría y Epidemiología) apoyarán el Servicio de Ginecología de este Programa.

La admisión de cada persona o pareja para la Planificación es importante que se realice ordenadamente dando una correcta y completa información a los interesados.

El Programa comienza cuando los interesados solicitan cita personalmente o por teléfono. Los recepcionistas informan que: es necesario que acuda con su pareja y que deberán permanecer en el C.P.S. alrededor de dos horas y media para cumplimentar todas las actividades de la primera visita.

En el momento en que cada persona o pareja acuda a la cita la matrona cumplimenta la ficha social.

Posteriormente las personas o parejas que acuden al Programa por primera vez pasan al grupo que actualmente coordina un miembro del equipo de Salud Mental apoyado por la Ginecóloga y que en el futuro la matrona coordinará una vez cubierta la fase de formación de ésta como monitor.

En este trabajo grupal se tratará de facilitar la expresión de dudas y necesidades en relación a la vida de pareja (incluida la sexualidad) y a los métodos anticonceptivos. A través de una dinámica de intercambio y devolución grupal se expondrá por los miembros del equipo toda la información y aclaraciones necesarias.

Posteriormente se hará por el equipo coordinador una evaluación del grupo donde se destacará la dinámica grupal así como las referencias que se consideren relevantes sobre los participantes y que en su caso, se hará constar en la historia clínica.



Posteriormente se pasará a la realización de la historia clínica y exploración ginecológica.

Ginecólogo y matrona de común acuerdo trabajarán con la persona o pareja no sólo los aspectos estrictamente referidos a los métodos anticonceptivos, sino también los aspectos psicológicos, pero si lo consideran oportuno, tras la evaluación de cada caso, harán la derivación a los servicios de Salud Mental, Asistencia Social, Medicina Interna, debiendo apuntar en la historia el motivo de la derivación.

Los casos particularmente conflictivos se tratan en sesiones clínicas del equipo en las reuniones quincenales de seguimiento del programa.

Al terminar la exploración en la primera consulta el ginecólogo informará que la segunda consulta se hará cuando estén hechos los análisis bioquímicos y estudio citológico.

En la segunda cita y de acuerdo con los resultados de los estudios complementarios, la pareja elegirá el método anticonceptivo a utilizar.

Se establecerá la periodicidad de los exámenes ulteriores según el método elegido:

— Anticonceptivos orales: exploración ginecológica cada tres meses; bioquímica cada seis meses; estudio citológico una vez por año.

— Dispositivo Intrauterino: una o dos revisiones iniciales el primer mes; una revisión cada tres meses el primer año; una revisión anual después del primer año hasta los 2 años y hasta los 4 años.

Evaluación

La evaluación del Programa de Planificación Familiar es continuo.

Se refiere por una parte a las actividades del Programa en sí contemplando aspectos cuantitativos y cualitativos.

Para la evaluación de los aspectos cuantitativos está diseñado un sistema de registro de datos.

La calidad de las prestaciones —más difícil de evaluar— se analizará a través de reuniones de trabajo quincenales, donde permanentemente se revisará la tarea realizada en función de los objetivos planteados.

Para la evaluación de las repercusiones del Programa de Planificación Familiar sobre la comunidad (aspecto difícil, pero importante) se buscará una metodología que intente deslindar en qué medida las modificaciones que se producen se deben a este Programa o a otras variables.

A los seis meses se hará una evaluación parcial y al año una final. Los informes de estas evaluaciones son enviadas a la Delegación de Sanidad, a la Junta de Distrito y a todas las organizaciones ciudadanas del Distrito de Carabanchel.

Aportaciones del Equipo de Salud Mental

Serafín Carballo
Valentín Corces

Begoña Olabarria
Carmen Rojero

Toda demanda en Planificación Familiar se sitúa en un contexto. Entendemos por contexto el conjunto de relaciones

establecidas en diferentes niveles y articulaciones entre sí, en donde la pareja que demanda la Planificación Familiar se sitúa:

relación con el propio cuerpo, con la familia, amigos, trabajo, vecinos y otras instituciones del medio social. Por tanto es desde dicho contexto, desde donde se ha de entender la demanda que nos llega.

Nuestra intervención debe pues orientarse a investigar la relación existente entre la demanda realizada por una persona o una pareja y su contexto.

Los instrumentos técnicos para contextualizar la demanda serán: ficha, la historia clínica, la entrevista, el grupo y la coordinación de todos ellos.

La demanda de Planificación Familiar

¿Por qué y para qué una persona acude al Centro?

El por qué nos define lo que la persona o pareja quieren obtener de manera puntual: anticonceptivos, tener hijos, esterilizarse, abortar, etc.

El para qué nos señala el contexto en el que la petición se produce, considerando además, que los trabajadores de Planificación Familiar forman parte del mismo. En este sentido, la demanda concreta, por ejemplo de anticonceptivos, debe encuadrarse en la relación con uno mismo, con el propio cuerpo, con la pareja, con los hijos: es decir, la petición concreta cobrará una nueva significación, más allá de lo expresado, y estará también en relación con las actitudes del equipo de Planificación Familiar. En esta línea el equipo deberá plantearse periódicamente sus posiciones sobre la planificación familiar.

Teniendo en consideración lo dicho, será a través del lenguaje y de la comunicación no verbal, que manifestará la existencia de problemas individuales (miedos, culpas, etc.) o relacionales (conflictos pareja, disfunciones sexuales, conflictos transgeneracionales, etc.) que deberán ser abordados por el Equipo.

Solamente en aquellas situaciones en que no haya desaparecido esta problemática descrita, a lo largo del proceso de Planificación Familiar, será

necesario la derivación al Equipo de Salud Mental.

La patología específica

Cuando el usuario presente en la actualidad o haya presentado anteriormente determinadas disfunciones, deberán ser derivados, para evaluación, al Equipo de Salud Mental.

Las disfunciones más importantes a considerar serían: Psicosis puerperal; depresiones graves; esquizofrenia; conflicto conyugal o separación; conflicto familiar grave y síndromes o síntomas ginecológicos que se manifiestan o tienen su origen en una disfunción individual o relacional (eyaculación precoz, impotencia, frigidez, vaginismo, etc.).

La derivación

Dado que después de la charla participativa existirá una evaluación en equipo de Planificación Familiar (ginecólogo, monitora, miembro de equipo de Salud Mental) de la dinámica y problemática surgida en el grupo, el acto de derivación concierne a todo el equipo; sin embargo, puesto que la ginecóloga mantendrá de una forma más continua el contacto con el o los clientes, será ella fundamentalmente quien asumirá esta responsabilidad ante ellos.

En función de la situación las modalidades de derivación pueden ser variadas: presentación del problema por parte de la ginecóloga al equipo de Salud Mental, o entrevista conjunta ginecóloga - paciente - Salud Mental.

Completan este Programa los siguientes anexos que no son publicados en esta revista: Métodos anticonceptivos. Modelo de Historia clínica de ginecología. Guión de la información a dar en las charlas de Planificación Familiar dirigida a entidades ciudadanas del Distrito de Carabanchel. E Informe Social sobre el Distrito de Carabanchel, el Barrio de Comillas y la población marginal del Distrito.



Clasificación ocupacional y funciones de los psicólogos en Estados Unidos

Belarmino Vigará Díaz

En orden a un esclarecimiento del panorama profesional de la Psicología en España puede resultar de interés, como marco de referencia, el conocimiento de la tipología ocupacional y de las funciones que desempeñan nuestros colegas en un país como Estados Unidos, donde han alcanzado un elevado reconocimiento social y una plena integración en diversos sectores económicos.

Como fuente de información se ha utilizado el "Dictionary of Occupational Titles", U.S. Department of Labor, 1977. Esta obra, en la que recoge la definición de más de 20.000 diferentes ocupaciones, ha sido elaborada tomando datos directos a través de una muestra representativa de los millones de puestos de trabajo de la economía americana, y utilizando un complejo aparato metodológico para guiar esa recogida de información y para organizarla y expresarla de forma rigurosa y sistemática. En esta cuarta edición del D.O.T. se han realizado más de 75.000 análisis de puestos de trabajo y se han mantenido numerosos contactos con organizaciones patronales y sindicales.

Un concepto clave desde el punto de

vista metodológico es el de ocupación. Se entiende por ocupación el "conjunto de tareas cubiertas por un sólo análisis del trabajo y que pueden corresponder en la realidad a varios puestos de trabajo individuales cuyas tareas principales sean muy parecidas". Una ocupación viene a equivaler, por tanto, a las actividades que realiza habitualmente un trabajador despojadas de los aspectos particulares o específicos de un establecimiento determinado. Habrá dos o más ocupaciones cuando esos conjuntos de actividades sean fundamentalmente distintos. Por otra parte, no llegarán a constituir una ocupación aquel grupo de puestos de trabajo similares pero con una extensión o contenido demasiado reducido; en este caso se asociarán a una ocupación a título de especialización. Así por ejemplo, como veremos más tarde, el Psicólogo Fisiólogo constituye una especialización del Psicólogo Experimental.

Todas las ocupaciones se definen según una normativa uniforme. Cada definición consta de cuatro partes fundamentales: código numérico, título de base, denominación industrial, y

cuerpo de la definición o descripción de las tareas. Esta última pudiera parecer la fundamental, pero las tres primeras contienen también elementos importantes de información como iremos viendo. En el D.O.T. se definen de este modo 16 diferentes ocupaciones psicológicas, las cuales constituyen el objeto principal de este trabajo. La presentación de estas definiciones requiere determinadas explicaciones complementarias, puesto que una mera traducción dejaría en la sombra mucha riqueza informativa. Así, por ejemplo, cada uno de los nueve dígitos del código numérico posee su propia significación que es necesario explicar.

Por este motivo, para exponer cada una de las partes de las 16 ocupaciones acompañada de la correspondiente interpretación, se ha adoptado como procedimiento el presentar cada una de las cuatro partes por separado. Es decir, en primer término se analizan los 16 códigos numéricos y sus implicaciones de todo tipo. Seguidamente todo lo referente a los títulos o nombres de las ocupaciones psicológicas. A continuación sus relaciones con los

sectores económicos. Y, por último, el cuerpo de las definiciones o tareas que se realizan.

A todo ello se añaden las definiciones de algunas otras ocupaciones, como las de Técnico de Tests, Psiquiatra o Sociólogo, con las que los psicólogos pueden llegar a mantener particulares relaciones en su trabajo.

1. EL CODIGO NUMERICO

La definición de todas las ocupaciones está precedida por un código numérico de 9 dígitos. Los tres primeros, que aluden a la clasificación general, encuadran y sitúan la ocupación en relación a las demás. Los tres centrales reflejan algo de la naturaleza propia de cada ocupación, al señalar el tipo de relación preferente que mantiene el trabajador con respecto a Datos, Personas y Cosas. Los tres dígitos finales sólo sirven para que cada ocupación tenga su código exclusivo. En efecto, varias ocupaciones pueden coincidir en las seis primeras cifras de su código pero nunca en las nueve.

1.1. Los tres primeros dígitos de las 16 ocupaciones psicológicas son los mismos para todas ellas, es decir, 045.

Se corresponden con el Grupo denominado OCUPACIONES EN LA PSICOLOGIA en el que "se incluyen las ocupaciones relacionadas con la recogida, interpretación y aplicación de datos científicos referidos al comportamiento humano y a los procesos mentales. Las actividades pueden pertenecer al ámbito de la psicología aplicada, o al ámbito de la ciencia básica y de la investigación". De alguna manera aquí se reflejan los criterios comunes a los psicólogos que les diferencian de las demás ocupaciones y les caracterizan de forma específica. En el D.O.T. están identificados 559 grupos ocupacionales similares a éste.

A un nivel superior y menos homogéneo estos Grupos se organizan en 82 Divisiones. El Grupo de los psicólogos se integra en la División 04 denominada OCUPACIONES EN CIENCIAS DE LA VIDA, en la cual se incluyen "las ocupaciones relacionadas con la investigación para aumentar los conocimientos básicos sobre los organismos vivos, incluyendo al hombre, y la aplicación práctica de las teorías biológicas y del comportamiento".

Existe un último escalón clasificatorio, la Categoría. El D.O.T. distingue 9 grandes Categorías en las que se clasifican todas las ocupaciones. Los psicólogos en particular forman parte

de la primera Categoría conocida como OCUPACIONES PROFESIONALES; TÉCNICAS Y DIRECTIVAS, a la que corresponde el primer dígito del código que puede ser 0 ó 1, y en la que "se incluyen las ocupaciones relacionadas con aspectos teóricos o prácticos de campos del trabajo humano tales como el arte, la ciencia, la ingeniería, la educación, la medicina, las leyes, las relaciones comerciales, y el trabajo administrativo, directivo y técnico".

En el Cuadro I pueden apreciarse las relaciones entre estos diferentes niveles de clasificación. Ofrece además una visión de conjunto de todas las ocupaciones psicológicas del Grupo

045, y de otras ocupaciones más o menos próximas en la práctica profesional, como son las de Psiquiatra, Sociólogo, o Técnico de Tests. La mayoría de ellas solamente coinciden o se encuentran a la altura de la Categoría 0/1.

El Técnico de Tests pertenece a la Categoría 2, titulada OCUPACIONES ADMINISTRATIVAS Y COMERCIALES, en la "que se incluyen las ocupaciones relacionadas con la preparación, transcripción, transferencia, sistematización y cuidado de documentos. Recogida y distribución de información, y relaciones con el público...".

Quizás convenga, por último, añadir

Cuadro I
Los Psicólogos en la Clasificación General del D.O.T.

CATEGORIA	0/1 Ocup. Profesionales, Técnicas y Directivas						2 Ocupaciones Administrativas y Comerciales.
DIVISION	04 Ocup. en Ciencias de la Vida		05 Ocup. en Ciencias Sociales	07 Ocup. en Medicina y Sanidad	09 Ocupaciones en Educación	19 Miscelánea de Ocup. Profesionales, Técnicas y Directivas	24 Miscelánea de las Ocupaciones Administrativas.
GRUPO	041 Ocup. en Ciencias Biológicas	045. Ocupaciones en la Psicología	054 Ocupaciones en Sociología	055 Ocupaciones en Antropología	070 Médicos y Cirujanos	094 Ocupaciones en Educación de Deficientes	195 Ocupaciones en Trabajos Sociales y de Bienestar
OCUPACIONES		045.061: PSICOLOGO DEL DESARROLLO* PSICOLOGO INGENIERO* PSICOLOGO EXPERIMENTAL* 045.067: PSICOLOGO DE LA EDUCACION* PSICOLOGO SOCIAL* PSICOMETRISTA* 045.107: CONSEJERO* CONSEJERO DE LA ASOCIACION DE ENFERMERAS* DIRECTOR DE ORIENTACION* PSICOLOGO CLINICO* PSICOLOGO CONSEJERO* PSICOLOGO INDUSTRIAL-ORGANIZACIONAL* PSICOLOGO ESCOLAR* CONSEJERO DE RESIDENCIA* CONSEJERO DE REHABILITACION PROFESIONAL* 045.117: DIRECTOR DE ORIENTACION EN ESCUELAS PUBLICAS*	054.067: SOCIOLOGO*	055.061: ANTROPOLOGO	070.107: PSIQUIATRA* CARDIOLOGO etc.	094.117: DIRECTOR DE EDUCACION ESPECIAL	195.107: TRABAJADOR SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA* TRABAJADOR SOCIAL DE GRUPOS* ASISTENTE SOCIAL 249.637: TECNICO DE TESTS*

(*) Con definición completa en la parte final.

las definiciones de los otros Grupos ocupacionales:

— 054 OCUPACIONES EN LA SOCIOLOGÍA "en el que se encuentran las ocupaciones relacionadas con la investigación sobre el origen y evolución de la sociedad, sus instituciones y culturas, y los orígenes del comportamiento colectivo del hombre..."

— 055, Grupo de OCUPACIONES EN LA ANTROPOLOGÍA "en el que se incluyen las ocupaciones relacionadas con la investigación para determinar el origen y desarrollo de las razas humanas por medio de la comparación de las características físicas de los restos fosilizados del hombre con los de los otros grupos raciales existentes..."

— 070, Grupo de OCUPACIONES DE LA MEDICINA Y CIRUJANOS en el que se "incluyen las ocupaciones relacionadas con el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades y accidentes; e investiga en las causas, transmisión y control de las enfermedades y dolencias. Incluye a los profesionales de la medicina, psiquiatría y oftalmología".

— 094, Grupo de OCUPACIONES EN LA EDUCACIÓN DE DISMINUIDOS en el que se "incluyen las ocupaciones que se dedican a la investigación sobre educación y formación de personas disminuidas; a la administración de escuelas o programas para disminuidos; y a la enseñanza en tales escuela y programas con las necesarias técnicas y procedimientos especializados. Incluye la enseñanza a ciegos para leer libros impresos en "braille", y para desarrollar su sentido del tacto; instruye a los sordos en los signos del lenguaje y a leer en los labios; e instruye a los niños deficientes y mentalmente atrasados".

1.2. *Los tres dígitos centrales* del código numérico constituyen un primer resumen de lo que hace un trabajador en su puesto, correspondiendo cada cifra con un verbo significativo que expresa lo esencial del trabajo efectuado. Se ha descubierto que todas las situaciones trabajador-puesto implican algún tipo de relación preferente con respecto a cada uno de estos tres grupos:

bajos y se aproximan al 0. Por el contrario los números son más altos cuando la relación es menos complicada. Tomados en su conjunto los tres dígitos centrales expresan el nivel global de complejidad de una función.

En las ocupaciones psicológicas estos dígitos presentan cuatro combinaciones (ver cuadro II): 061, 067, 107 y 117. La primera, el 061, que se aplica a Psicólogo del Desarrollo, Psicólogo Ingeniero y Psicólogo Experimental, implica una relación muy significativa con Datos y Cosas, y escasa con Personas. El 0 equivale al verbo SINTETIZAR el cual es definido como "integrar análisis de datos para descubrir hechos o para profundizar conocimientos, conceptos o interpretaciones". El siguiente dígito es el 6 que se corresponde con HABLAR-SEÑALAR: "hablar o hacer signos para transmitir o intercambiar informaciones. Puede comportar la responsabilidad de asignar tareas o de dar instrucciones a ayudantes o adjuntos, pero no comprende la conversación ordinaria". La cifra 1 es la categoría de Cosas se corresponde con el verbo TRABAJAR CON PRECISIÓN: "servirse de sus miembros y de útiles e instrumentos de trabajo para dar forma, desplazar, guiar o colocar objetos o materiales, en situaciones en las que el trabajador es totalmente responsable del respeto de las normas y de la elección de sus útiles, de los objetos y de los materiales apropiados, así como del reglaje de los útiles para la ejecución de la tarea y en trabajos que exigen mucho discernimiento".

La siguiente combinación, 067, que comparten las ocupaciones de Psicólogo de la Educación, Psicólogo Social y Psicometrista, es en todo idéntica a la anterior salvo en el último dígito. En este caso la relación con COSAS no es prácticamente significativa, como no lo es tampoco en las dos restantes combinaciones. La cifra 7 en el sexto dígito equivale a MANEJAR, esto es, "servirse de sus miembros, de útiles de mano o de aparatos especiales para trabajar, desplazar o transportar objetos o materiales. No se precisa una decisión especial, o tan sólo en escasa medida, para conformarse a unas normas o para

asigna el 107 como dígitos centrales, es decir, una relación intensa con Datos y Personas y débil con Cosas. La cifra 1 de Datos significa COORDINAR, acción que se define como "determinar el momento, el lugar y la sucesión de las operaciones o de una acción a emprender en función de un análisis de datos; ejecutar decisiones o informar de hechos o sucesos". La cifra 0 en Personas, que marca la tendencia prioritaria hacia los seres humanos de los psicólogos, se corresponde con el verbo ACONSEJAR, esto es, "estar en relación con individuos en el sentido más amplio para darles opiniones, consejos, o guiarles para resolver los problemas cuya solución depende de la aplicación de principios jurídicos, científicos, clínicos, espirituales o técnicos".

La última combinación, 117, solamente se aplica a la ocupación de Director de Orientación en Escuelas Públicas, y en ella el único verbo nuevo es el 1 referido a Personas que equivale a DISCUTIR. Este verbo se define como "intercambiar ideas, informaciones y opiniones con otros para establecer métodos o programas, o para llegar conjuntamente a la toma de decisiones, conclusiones o soluciones".

2. TÍTULOS DE LAS OCUPACIONES PSICOLÓGICAS

A continuación del código numérico, el siguiente rasgo descriptivo y definitorio de una ocupación es su título o denominación específica. De hecho se habla de "Diccionario de Títulos Ocupacionales" (D.O.T.), y no simplemente de Diccionario de Ocupaciones. Estos títulos tal como se utilizan en la práctica corriente suelen adolecer de una gran ambigüedad. Mientras algunos tienen un valor genérico, otros son más concretos y específicos; mientras a veces una misma palabra o expresión tiene diferentes significados según la zona del país, sucede también a la inversa que se empleen distintas denominaciones para decir lo mismo. En una clasificación nacional de ocupaciones debe asumirse en su complejidad este confuso panorama, aportando en lo posible unidad y coherencia al empleo de esa diversidad de títulos sin que se margine arbitrariamente ninguno de los que de hecho se utilizan.

Esto ha tratado de conseguirse en el D.O.T. mediante varias categorías de títulos:

a) *Títulos de Base.* Es la denominación principal para designar una ocupación propiamente dicha, es decir, un conjunto de tareas y funciones individuales suficientemente importante y distinto de otros. Todos los Títulos de Base llevan anejos un código numérico, una denominación industrial y una descripción de sus cometidos específicos. El Título de Base o nombre oficial que se da a una ocupación puede ser elegido entre otros posibles títulos alternativos por considerarlo el más conocido y de uso más frecuente.

b) *Títulos Alternativos.* Son sinónimos de un Título de Base con un

empleo más restringido o limitado. Una determinada ocupación puede tener varios títulos alternativos o ninguno. Se representan en letras minúsculas a continuación del Título de Base y de la Denominación Industrial.

c) *Títulos Relacionados No Definidos.* Estos títulos se aplican a aquellas actividades que en realidad son tan sólo una variación o especialización de alguna de las tareas de una ocupación de base, sin que lleguen a tener la entidad suficiente como para constituir una ocupación propia. Por este motivo siempre que se utilizan se hace referencia al título de su ocupación de base. Estos títulos aparecen en letras mayúsculas al término de las definiciones ocupacionales precedidos por la frase "puede ser llamado..."

d) *Títulos entre corchetes.* Estos títulos, que aparecen en el cuerpo de la definición, se refieren a una ocupación independiente, con código y definición propia, pero con la que coinciden en parte las tareas y funciones. Por ejemplo, las tareas del Analista de Puestos de Trabajo son en parte similares a las del Psicólogo Ingeniero.

e) *Títulos sin corchetes.* Se refieren también a otras ocupaciones independientes con las que los trabajadores del título de base que se define mantienen frecuentes relaciones profesionales, sin que esto signifique que entre ambas ocupaciones existe coincidencia alguna de funciones. Este es el caso, por ejemplo, entre el Psicólogo Clínico y el Psiquiatra.

En el cuadro II se muestra el conjunto de los títulos de base, alternativos y relacionados no definidos de los psicólogos.

3. DENOMINACIÓN INDUSTRIAL

A continuación del Título de Base y entre paréntesis se encuentra lo que se conoce como "Denominación Industrial". Normalmente esta denominación toma su nombre del tipo de industria o actividad económica donde se ejerce la ocupación, como por ejemplo: textil, hotel y restaurant, educación, cantería, etc. Pero puede ocurrir que la ocupación no sea característica de una determinada industria o sector, sino común o transversal a muchos. Este es precisamente el caso de la gran mayoría de las ocupaciones psicológicas, a las cuales se les aplica la denominación industrial de "PROFESIONALES Y ASIMILADOS". (ver cuadro II).

Este concepto, al igual que el resto de los que se utilizan en el D.O.T., tiene su correspondiente definición. La expresión de ocupaciones "PROFESIONALES Y ASIMILADAS" se aplica a aquellas ocupaciones que requieren extensos estudios o experiencia en profesiones, servicios técnicos, ciencias, artes, o tipos de trabajo parecidos. La preparación para estas ocupaciones (con ciertas excepciones, tales como las que se dan en el arte y la literatura), se adquiere de modo específico en la Universidad, Colegios Universitarios, e Institutos Técnicos de

DATOS (4º dígito)	PERSONAS (5º dígito)	COSAS (6º dígito)
0 Sintetizar	0 Aconsejar	0 Montar
1 Coordinar	1 Negociar	1 Trabajar con precisión
2 Analizar	2 Instruir	2 Conducir-Controlar
3 Organizar datos	3 Supervisar	3 Hacer funcionar
4 Calcular	4 Divertir	4 Manipular
5 Copiar	5 Persuadir	5 Asegurar el funcionamiento
6 Comparar	6 Hablar-Señalar	6 Alimentar-Extraer
	7 Servir	7 Manejar
	8 Recibir instrucciones-Ayudar	

A medida que esa relación funcional que se exige al trabajador es más compleja y requiere una mayor capacidad de juicio, los números son más

la elección del útil, del material o del objeto apropiado".

A la mayoría de las ocupaciones psicológicas (ver cuadro II) se les

Cuadro II

Títulos de las Ocupaciones Psicológicas			
Código	Tít. de Base	Título(s) Alternativo(s)	Tít. Relacionados no definidos
045.061.010 045.061.014 045.061.018	Psicólogo del Desarrollo (prof. y asim.) Psicólogo Ingeniero (prof. y asim.) Psicólogo Experimental (prof. y asim.)	Especialista en Factores Humanos	Psicólogo Infantil Psicólogo Fisiólogo. Psicólogo Comparativo.
045.067.010 045.067.014 045.067.018	Psicólogo de la Educación (prof. y asim.) Psicólogo Social (prof. y asim.) Psicometría (prof. y asim.)		
045.107.010	Consejero (prof. y asim.)	Consejero de Orientación Profesional. Asesor Profesional. Consejero Profesional.	Consejero de Colegio Universitario. Consejero de Escuela. Consejero del Departamento de Desarrollo del Empleo. Consejero de la Administración de Veteranos.
045.107.014	Consejero de la Asociación de Enfermeras (servicios médicos)		
045.107.018	Director de Orientación (prof. y asim.)	Director de centros de asesoramiento. Director de oficina de orientación. Director de orientación vocacional. Jefe de orientación.	
045.107.022 045.107.026 045.107.030	Psicólogo Clínico (prof. y asim.) Psicólogo Consejero (prof. y asim.) Psicólogo Industrial y de Organizaciones (prof. y asim.)		Analista de Investigación de Mercados II. Psicólogo de Personal Militar. Psicólogo de Personal.
045.107.034 045.107.038	Psicólogo Escolar (prof. y asim.) Consejero de Residencia (educación).	Consejero de dormitorio. Director de dormitorio. Supervisor de dormitorio.	
045.107.042	Consejero de Rehabilitación Profesional (servicios gobierno).		
045.117.010	Director de orientación en Escuelas Públicas (educación)	Supervisor de Orientación y consejo. Supervisor de aplicación de tests y de orientación. Supervisor de Investigación.	

Formación. La experiencia se adquiere en los mismos institutos de Formación, por antecedentes equivalentes, o por una combinación de ambos. Las funciones de estas ocupaciones son predominantemente mentales antes que manuales. Esta designación incluye solamente ocupaciones que son transversales a diferentes industrias, o que por la naturaleza de los puestos no pueden ser identificadas como pertenecientes a ninguna industria de modo exclusivo".

Solamente una pequeña parte de los psicólogos (ver cuadro II) desempeña su actividad de forma exclusiva en sectores económicos concretos: educación, servicios médicos y servicios del gobierno.

4. DEFINICIONES DE LAS OCUPACIONES PSICOLÓGICAS

En el D.O.T. se identifican y definen 16 diferentes ocupaciones psicológicas. Todas ellas tienen suficiente entidad e independencia entre sí y subsisten de forma separada en el mercado de trabajo de la sociedad americana. La descripción de cada una de ellas se corresponde con bastante exactitud con la de numerosos puestos de trabajo desempeñados individualmente por

psicólogos cuyas tareas principales son muy análogas.

De las cuatro partes de que, según la metodología del D.O.T., se compone una definición ocupacional, hemos visto hasta ahora las tres primeras, es decir: el código numérico, el título de base, y la denominación industrial. Resta ahora por exponer el cuerpo principal, o serie de tareas con la descripción de LO QUE se hace, COMO se hace, y POR QUE se hace en cada una de ellas.

El cuerpo de la definición consta a su vez de tres partes bien diferenciadas:

a) En primer lugar una Frase Introductoria, en la que se ofrece una visión global de la ocupación, su amplitud, su propósito, su naturaleza y los rasgos característicos en que se diferencia de otras. Es una breve síntesis de la ocupación, que suele tener dos o tres líneas y que se cierra por el signo ortográfico de dos puntos (:).

b) Viene luego una presentación ordenada de las tareas específicas que el trabajador realiza para el logro del objetivo señalado en la Frase Introductoria. Cada frase se corresponde con una tarea.

c) Existe por último un grupo de frases que comienzan por la palabra "puede", y con las que se alude a tareas de cierta importancia que se exigen a los trabajadores en algunos establecimientos o empresas, pero no en otras.

Así pues, seguidamente se ofrecen las traducciones completas de las ocupaciones de los psicólogos, más algunas otras con las que los psicólogos mantienen algún tipo de relación profesional. En este caso se encuentran las de Técnico de tests, Psiquiatra y Sociólogo.

* * *

045.061-010

PSICOLOGO DEL DESARROLLO (profesionales y asimilados).

Investiga los problemas referentes al crecimiento y desarrollo de los aspectos emocionales, mentales, físicos y sociales de los individuos, para aumentar el conocimiento sobre el origen de la conducta y los procesos de crecimiento y deterioro humano: Formula hipótesis o problemas de inves-

tigación y selecciona y desarrolla métodos de investigación para poner a prueba las hipótesis. Estudia la conducta de los niños para analizar los procesos de aprendizaje, el desarrollo del lenguaje en los niños, y la influencia de los padres en la conducta de los niños. Administra tests de inteligencia y de ejecución para establecer y medir los modelos de crecimiento intelectual y psicológico, desarrollo y deterioro en niños y adultos. Observa y registra la conducta de los niños para establecer modelos de desarrollo motor, sensorial y social. Analiza el desarrollo de los valores y actitudes sociales, utilizando información obtenida mediante cuestionarios, entrevistas y observación. Formula teorías basadas en los hallazgos de investigación para aplicarlas a campos como la delincuencia juvenil, la educación y orientación de niños, la educación de padres y bienestar de ancianos. Experimenta con animales [PSICOLOGO EXPERIMENTAL] para hacer estudios comparativos entre las especies que contribuyan a la comprensión de la conducta humana. Puede especializarse en el estudio y tratamiento de los niños y entonces se le denomina PSICOLOGO INFANTIL.

045.061-014

PSICOLOGO INGENIERO (profesionales y asimilados). Especialistas en Factores Humanos.

Dirige la investigación, desarrollo, aplicación y evaluación de los principios psicológicos referentes a la conducta humana para el diseño y mejora de los sistemas y ambientes donde viven y trabajan los seres humanos. Colabora con el equipo técnico en el diseño, desarrollo y utilización de sistemas hombre-máquina, para obtener el máximo rendimiento en términos de capacidades humanas. Aconseja sobre los factores humanos que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de sistemas hombre-máquina, equipamiento militar y productos industriales. Participa en la resolución de problemas tales como número y tipo de trabajadores requeridos para manejar las máquinas, distribución de funciones entre los hombres y las máquinas, y planificación y acondicionamiento de los lugares de trabajo. Analiza los puestos de trabajo para establecer los criterios a utilizar en la selección, clasificación, colocación y formación del personal [ANALISTA DE PUESTOS DE TRABAJO]. Desarrolla métodos y materiales de formación, tales como cursos, conferencias y películas y prepara manuales de ingeniería humana para el uso de los equipos técnicos. Puede realizar investigaciones para desarrollar teorías psicológicas referidas a temas tales como los efectos de los factores físicos (temperatura, humedad, vibraciones, ruido e iluminación) sobre la conducta de los trabajadores; estudios sobre el diseño funcional de las consolas de control, de las escalas, de los contadores y de otros instrumentos a fin de disminuir el esfuerzo de los sentidos; realiza asimismo estudios para ofrecer orientaciones sobre el tamaño óptimo de los equipos de control, así como sobre su forma, orientación, ritmo de movimiento y localización; y los efectos de las variables del trabajo o tareas, del organismo y del medio ambiente sobre la conducta humana en el trabajo y sobre la calidad de la vida.

045.061-018

PSICOLOGO EXPERIMENTAL (profesionales y asimilados).

Planea, diseña, dirige y analiza los resultados de los experimentos para estudiar problemas de la Psicología. Formula hipótesis y diseña experimentales para investigar los problemas de la percepción, memoria, aprendizaje, personalidad y procesos cognitivos. Diseña y construye equipos y aparatos para estudios de laboratorio. Selecciona, controla y modifica variables en experimentos de laboratorio con humanos y animales, y observa y registra las respuestas y las conductas relacionadas con esas variables. Analiza los resultados de los tests, utilizando técnicas estadísticas y evalúa la significación de los datos en relación a las hipótesis originales. Colabora con otros

científicos en campos como la fisiología, biología, y sociología en estudios interdisciplinarios de la conducta, y formula teorías acerca de la conducta. Escribe artículos describiendo los experimentos e interpretando los resultados de los tests para publicarlos o presentarlos en encuentros científicos. Puede especializarse en estética, memoria, aprendizaje, funciones autonómicas, electroencefalografía, sentimientos y emociones, motivación, destrezas motoras, percepción, o procesos cognitivos de orden superior. Puede dirigir experimentos para estudiar las relaciones entre la conducta y diversos mecanismos corporales, y entonces se le denomina **PSICOLOGO FISIOLÓGICO** (profesionales y similares). Puede especializarse en el estudio de la conducta animal para desarrollar teoría acerca de la conducta humana y animal y en este caso se le denomina **PSICOLOGO COMPARATIVO** (profesionales y similares).

045.067-010

PSICOLOGO EDUCACIONAL (profesionales y asimilados).

Investiga los procesos de aprendizaje y enseñanza y desarrolla los principios y técnicas psicológicas aplicables a los problemas educativos para fomentar el desarrollo intelectual, social, y emocional de los individuos. Realiza experimentos para estudiar la importancia de la motivación en el aprendizaje, las implicaciones de la transferencia de la formación en la enseñanza y la naturaleza y causas de las diferencias individuales en capacidad mental para promocionar procedimientos de educación diferencial que afronten las necesidades individuales de los estudiantes. Analiza las características y las necesidades de adaptación de los estudiantes superiores e inferiores y recomienda programas educativos para conseguir la máxima adaptación. Formula tests de ejecución, de diagnóstico y predictivos para ayudar a los profesores en la planificación de métodos y contenidos de la enseñanza. Administra tests estandarizados para diagnosticar las incapacidades y dificultades entre los estudiantes y para desarrollar métodos especiales de clases de recuperación. Investiga los rasgos y actitudes de los profesores para estudiar las condiciones que contribuyen o impiden conseguir una óptima salud mental de los profesores. Estudia los efectos de los sentimientos y actitudes de los profesores con respecto a sus alumnos, y las características de los buenos profesores, para ayudar a los directores de los colegios en la selección y adaptación de los profesores. Colabora con los especialistas de la educación en la elaboración de los contenidos de los planes de estudio, y de los métodos de organización y dirección del trabajo escolar. Puede especializarse en medición educacional, adaptación escolar, aprendizaje escolar, o educación espe-

045.067-014

PSICOLOGO SOCIAL (profesionales y asimilados).

Investiga los aspectos psicológicos de las relaciones humanas para avanzar en el conocimiento del pensamiento individual y de grupo, de sus sentimientos y conductas, mediante la utilización de técnicas de estudio, de experimentación y de observación conductual. Evalúa el comportamiento individual y de grupo, desarrollando técnicas tales como las escalas de medición y los métodos de muestreo para recoger y medir los datos. Dirige estudios y encuestas para medir y analizar actitudes y opiniones como base para predecir comportamientos económicos, políticos y de otro tipo, utilizando entrevistas, cuestionarios, y otras técnicas y practicando los principios estadísticos de muestreo y selección. Observa y analiza las relaciones de los individuos con grupos religiosos, raciales, políticos, educacionales y otros para evaluar el comportamiento del individuo en los diversos grupos, las actitudes existentes en los grupos y la influencia del grupo sobre el individuo. Investiga la conducta social de los individuos para estudiar problemas tales como el origen y naturaleza de los prejuicios y estereotipos, transmisión de valores y actitudes en la educación de los niños, influencia de factores de ambiente social en la salud y enfermedad mental del individuo. Dirige estudios experimentales sobre motivación, moral y liderazgo, y prepara artículos sobre los hallazgos que realiza.

045.067-018

PSICOMETRISTA (profesionales y asimilados).

Administra, puntúa e interpreta los tests de inteligencia, de aptitudes, de ejecución y otros tests psicológicos. Utiliza bajo condiciones normativas tests de papel y lápiz, equipos de testar tales como tests de dibujos, tableros de habilidad y bloques móviles. Registra los tiempos y resultados. Interpreta los resultados de los tests a la luz de normas estandarizadas y de las limitaciones de los tests en términos de fiabilidad y validez.

045.107-010

CONSEJERO (profesionales y asimilados) consejero de Orientación; Asesor Profesional; Consejero Profesional.

Aconseja a los individuos y proporciona a grupos servicios de orientación sobre educación y sobre profesiones. Recoge, organiza y analiza información acerca de individuos por medio de informes, tests, entrevistas, y fuentes profesionales, para valorar sus intereses, aptitudes, habilidades y características personales con una finalidad de planificación educativa y profesional. Recoge y estudia información ocupacional, educativa y económica para ayudar a los aconsejados a elegir

y realizar objetivos educativos y profesionales. Orienta a los estudiantes hacia los servicios de empleo. Ayuda a los individuos a comprender y superar los problemas sociales y emocionales. Puede dedicarse a actividades de investigación y seguimiento para evaluar las técnicas de asesoramiento. Puede dar clases. Puede ser denominado, según su área de actividad, **CONSEJERO DE COLEGIO UNIVERSITARIO** (educación); **CONSEJERO DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DEL EMPLEO** (educación); **CONSEJERO DE ESCUELA** (educación); **CONSEJERO DE ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS** (servicios gubernamentales).

045.107-014

CONSEJERO DE LA ASOCIACION DE ENFERMERAS (Servicios médicos).

Aporta, después de una demanda previa, una orientación educativa y profesional tanto a enfermeras estudiantes como a enfermeras profesionales. Lleva cuenta de los títulos y dispone de las biografías de las aconsejadas. Las mantiene informadas de las oportunidades educativas y profesionales, y las ayuda en la elección de objetivos educativos y profesionales proporcionándolas información sobre cualificaciones requeridas, oportunidades de empleo y promoción, salarios, horarios y otros datos pertenecientes a las áreas de trabajo de que se trate. Remite directamente las enfermeras cualificadas a los empleadores para su colocación. Colabora en el establecimiento de las políticas de personal para facilitar el empleo. Puede colaborar en labores de reclutamiento. Ayuda a las que lo soliciten a utilizar los servicios de orientación profesional, de sanidad u otras que aporten las agencias públicas de la comunidad.

045.107-018

DIRECTOR DE ORIENTACION (profesionales y asimilados) director de centros de asesoramiento; director de oficina de orientación; director de orientación vocacional; jefe de asesoramiento.

Dirige al personal dedicado a proporcionar orientación educativa y profesional a estudiantes y graduados. Distribuye y evalúa el trabajo del personal. Dirige programas de formación para el personal profesional. Coordina la oficina de orientación con los servicios de la escuela y de la comunidad. Analiza las técnicas de asesoramiento y orientación para mejorar la calidad del servicio. Aconseja a individuos y a grupos en relación a problemas personales y sociales, y a objetivos educativos y profesionales. Se dirige a grupos de la comunidad y a profesores de la universidad para explicarles los servicios de asesoramiento. Supervisa la actualización de la biblioteca ocupacional para uso del personal de asesoramiento. Dirige el servicio ocupacional y los exámenes del centro. Puede supervisar servicios auxiliares,

tales como el centro de formación de los estudiantes. Puede supervisar programas formación o asesoramiento, exámenes, e información ocupacional para estudiantes graduados. Puede impartir.

045.107-022

PSICOLOGO CLINICO (profesional y asimilados).

Diagnóstica y evalúa los desórdenes mentales y emocionales de las personas y realiza los programas de tratamiento: Entrevista a los pacientes en clínicas, hospitales, prisiones y otras instituciones, y estudia las historias médicas y sociales. Observa al paciente en acción, y selecciona, administra e interpreta tests de inteligencia, de rendimiento, de intereses, de personalidad y otras pruebas psicológicas para diagnosticar los desórdenes y formular los planes de tratamiento. Trata los desórdenes psicológicos para mejorar la adaptación del individuo utilizando diversas técnicas psicológicas, como terapia ambiental, psicodrama y terapia de juego. Selecciona el enfoque a llevar en la terapia individual, tales como directivo, no directivo y terapia de apoyo, y establece o planea la frecuencia, intensidad y duración de la terapia. Puede colaborar con los **PSIQUIATRAS** (servicios médicos) y otros especialistas en el desarrollo de programas de tratamiento para los pacientes. Puede instruir y dirigir a los estudiantes de psicología en períodos de internado en hospitales y clínicas. Puede realizar diseños experimentales e investigar en los campos del desarrollo de la personalidad y de la adaptación al medio, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental. Actúa como consejero en los campos social, educativo, del bienestar y en cualquier otro referido a casos individuales, y colabora en la evaluación, planificación y desarrollo de programas de salud mental. Puede especializarse en problemas de conducta, crimen y delincuencia, terapia de grupo, diagnóstico y terapia individual, deficiencia mental, tests objetivos, técnicas preventivas, y patología del lenguaje.

045.107-026

PSICOLOGO CONSEJERO (profesionales y asimilados).

Proporciona servicios de orientación y asesoramiento individual y de grupo en universidades y colegios universitarios, escuelas, clínicas, centros de rehabilitación, hospitales de Administración de Veteranos e industrias, para ayudar a los individuos a conseguir un más efectivo desarrollo y adaptación personal, social, educativa y profesional. Reúne datos sobre el individuo mediante el uso de la entrevista, historias clínicas, y técnicas de observación. Selecciona, administra, evalúa e interpreta tests psicológicos diseñados para conocer la inteligencia del individuo, las aptitudes, capacidades e intereses, aplicando el conocimiento del

análisis estadístico. Evalúa los datos para identificar las causas del problema y para determinar la conveniencia del asesoramiento o la remisión a otros especialistas o instituciones. Dirige el asesoramiento o las entrevistas terapéuticas para ayudar al individuo a alcanzar una comprensión de sus problemas personales, a definir sus metas y a establecer un plan de acción que tenga en cuenta sus intereses, capacidades y necesidades. Proporciona información ocupacional, educativa y cualquier otra que capacite al individuo para formularse planes realistas educativos y profesionales. Realiza un seguimiento de los resultados del asesoramiento para determinar la fiabilidad y validez del tratamiento utilizado. Puede investigar para el desarrollo y mejora de las técnicas de diagnóstico y asesoramiento. Puede administrar y calificar tests psicológicos.

045.107-030

PSICOLOGO INDUSTRIAL-ORGANIZACIONAL (profesional y asimilados).

Desarrolla y aplica técnicas psicológicas con vistas a problemas de administración, de dirección de personal, y de investigación de mercados: Observa aspectos del trabajo y entrevista a trabajadores y supervisores para establecer requisitos físicos, emocionales, mentales, educacionales y otras exigencias de los puestos de trabajo. Desarrolla técnicas de entrevista, escalas de actitud, tests psicológicos para evaluar destrezas, habilidades, aptitudes e intereses que sirvan de ayuda en la selección, colocación y promoción. Organiza programas de formación, aplica los principios del aprendizaje y de las diferencias individuales, y evalúa y mide la efectividad de los métodos de formación mediante análisis estadísticos de tasa de producción, reducción de accidentes, absentismo y rotación. Aconseja a los trabajadores en problemas de adaptación personal y laboral. Realiza estudios de investigación sobre la estructura de la organización, los sistemas de comunicación, las interacciones de los grupos y los sistemas motivacionales, y recomienda cambios para mejorar el rendimiento y eficacia de la organización, de las unidades organizativas y de los individuos. Investiga problemas relacionados con el entorno físico del trabajo, tales como iluminación, ruido, temperatura, y ventilación, y recomienda cambios para incrementar la eficiencia y disminuir la tasa de accidentes. Realiza encuestas y estudios de investigación para delimitar la naturaleza del liderazgo y la supervisión efectivas, y para analizar los factores que afectan a la moral y la motivación. Estudia las reacciones del consumidor a los nuevos productos y diseños mediante encuestas y tests y mide la efectividad de los medios publicitarios para ayudar en la venta de bienes y servicios. Puede aconsejar a la dirección en cuestiones de política de

personal y relaciones laborales. Puede adaptar la maquinaria, equipo, espacio de trabajo y medio ambiente para el uso humano. Puede especializarse en el desarrollo y aplicación de técnicas tales como análisis y clasificación de ocupaciones, entrevistas de personal, evaluaciones y tests vocacionales, para su uso en la selección, colocación, promoción y formación de trabajadores, y ser denominado **PSICOLOGO DE PERSONAL** (prof. y asim.). Puede aplicar principio y técnicas psicológicas para la selección, formación, clasificación y asignación de personal militar, y ser conocido como **PSICOLOGO DE PERSONAL MILITAR** (prof. y asim.). Puede realizar mediciones y tests para estudiar la reacción del consumidor a los nuevos productos y diseños de los envases, y medir la eficacia de los medios de publicidad para ayudar a los fabricantes en la venta de bienes y servicios, y ser conocido como **ANALISTA EN INVESTIGACION DE MERCADOS** (prof. y asim.) II.

045.107-034

PSICOLOGO ESCOLAR (profesionales y asimilados).

Evalúa las necesidades de los niños que están en la media, de los superdotados, de los disminuidos, y de los problemáticos dentro de la escuela o del sistema educativo, y planea y realiza programas que les permitan alcanzar los mejores resultados y adaptación: Dirige estudios diagnósticos para identificar las necesidades de los niños, sus limitaciones y potencial, observando a los niños en la clase y en el juego, estudiando los informes del colegio, y aportando e interpretando los hallazgos diagnósticos. Propone el envío a centros de educación especial, y otros programas de tratamiento. Aconseja a los alumnos individualmente y en grupos, utilizando el psicodrama, la terapia de juego, las entrevistas psicológicas y otros métodos psicológicos para ayudar a los alumnos a conseguir una adaptación personal, social y emocional. Realiza investigaciones para ayudar a introducir programas en las escuelas que respondan a las necesidades actuales de los niños de tipo sociológico, educativo y psicológico. Aconseja a los profesores y otro personal de la escuela acerca de los métodos para implantar una atmósfera en la escuela que la convierta en un medio propicio para la motivación educativa. Remite algunos casos a los servicios de la comunidad de forma que se aseguren al niño o a su familia los servicios sociales, vocacionales o médicos. Participa en la planificación de clases de recuperación y en la programación de pruebas psicológicas diseñadas para averiguar las necesidades de los estudiantes. Actúa como consejero del Consejo escolar, del superintendente, del inspector del comité administrativo, y de los grupos de padres y profesores en materias relacionadas con los servicios psicológicos dentro de la escuela o del sistema educativo.

045.107-038

CONSEJERO DE RESIDENCIA (educación) consejero de dormitorio; supervisor de dormitorio; jefe de dormitorio.

Presta servicios de orientación a estudiantes que residen en dormitorios en relación con problemas de naturaleza escolar, educativa y personal-social, tanto a nivel individual como de grupo: Sugiere acciones preventivas y correctivas y ayuda a los estudiantes a planificar metas inteligentes en la vida y a conseguir una mejor adaptación. Planifica y dirige programas de orientación a estudiantes en su primer año, y les ayuda a integrarse en la vida del campus. Promueve y dirige reuniones de grupos con el fin de discutir y planificar las normas y los programas relacionados con la concesión de habitaciones, la organización de la vida en los dormitorios, y las actividades sociales y recreativas. Supervisa las actividades del dormitorio. Estudia las situaciones conflictivas, e intenta eliminar o solucionar las causas del conflicto. Puede entrevistar a los estudiantes del dormitorio para determinar las necesidades de asesoramiento.

045.107-042

CONSEJERO DE REHABILITACION PROFESIONAL (servicios del gobierno).

Aconseja a individuos minusválidos para que alcancen los beneficios de la rehabilitación profesional: Entrevista y evalúa a los minusválidos que lo deseen para determinar la gravedad del handicap, las posibilidades de retornar al trabajo, y la viabilidad de rehabilitación profesional. Admite y media por la aceptación de candidatos que reúnan suficiente idoneidad. Determina a requerimiento de los interesados el tipo de puesto de trabajo o de empresa que les sea más conveniente de acuerdo con sus limitaciones físicas, y sus aptitudes y deseos. Planea y organiza la formación o estudios necesarios para aquellos que deseen ocupar una plaza o puesto vacante. Mantiene un seguimiento a lo largo del programa de formación para adaptarlo a las características personales. Contribuye para que reciban asistencia médica durante el curso aquellos que lo necesiten. Promueve y desarrolla la creación de puestos cualificados para el empleo de minusválidos. Puede remitir los candidatos cualificados para su colocación al **FUNCIONARIO DE PROFESIONES-EMPRESAS** (servicios gubernamentales).

045.117-010

DIRECTOR DE ORIENTACION EN ESCUELAS PUBLICAS (educación). Supervisor de Orientación y Consejo. Supervisor de orientación y de aplicación de tests. Supervisor de investigación.

Organiza, administra y coordina los programas de orientación en el marco de las escuelas públicas: Formula los procedimientos y las políticas de orientación. Planifica y dirige programas de

formación en el tajo para grupos escogidos de maestros y trabajadores. Planifica y supervisa los programas de aplicación de tests en el marco de la escuela, y proyecta y dirige la utilización de protocolos, de informes y de otros materiales esenciales para el programa. Supervisa el servicio de colocación de la escuela. Monta secciones de información profesional en las bibliotecas de las escuelas y supervisa su actualización. Coordina las actividades de orientación con otras áreas del medio escolar y con las agencias de la "comunidad". Dirige y supervisa investigaciones para evaluar la efectividad de los programas de orientación. Puede aconsejar a los estudiantes sobre dichas bases en relación a objetivos educativos y a problemas personales y sociales.

249.637.078

TECNICO DE TESTS (categoría administrativa). Examinador de Tests.

Administra y corrige tests psicológicos, profesionales y educativos: Distribuye los impresos o aparatos de los tests a los individuos que van a ser testados. Lee en voz alta las instrucciones del manual de tests, o da otras instrucciones estandarizadas. Demuestra el uso de los aparatos del test o resuelve los ejercicios prácticos para familiarizar a los individuos con el material de los tests. Observa al grupo a testar para asegurarse de que están al tanto de las instrucciones. Cronometra el test con un cronómetro de mano o con un cronómetro eléctrico. Corrige los tests con los baremos de corrección y registra los resultados en el mismo impreso de papel del test, así como también la aplicación o conducta observable durante la realización del test. Puede manejar máquinas de corrección de tests para puntuarlos.

070.107-014

PSIQUIATRA (servicios médicos).

Estudia, diagnóstica y trata desórdenes de la mente, emocionales y de la conducta: Organiza los datos referidos a la familia del paciente, la historia

personal (médica y mental), y el comienzo de los síntomas, obteniéndolos del paciente, sus familiares y otras fuentes como Enfermeras y Asistentes Sociales. Examina al paciente para determinar su estado físico general, utilizando los procedimientos médicos al uso. Manda realizar pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas y evalúa los datos obtenidos. Determina la naturaleza y el alcance del desorden mental y formula un programa de tratamiento. Trata o dirige el tratamiento del paciente, utilizando terapias somáticas, de grupo, de ambiente y diversos métodos psicoterapéuticos y medicamentosos.

054.067-014

SOCIOLOGO (profesionales y asimilados).

Lleva a cabo investigaciones sobre el origen y desarrollo de grupos de seres humanos y de modelos de organización social y cultural que han surgido del dinamismo de los grupos en la sociedad: Recoge y analiza datos científicos en relación con fenómenos sociales tales como la comunidad, las asociaciones, las instituciones sociales, las minorías étnicas, las clases sociales, y el cambio social. Puede enseñar sociología, dirigir investigaciones, preparar publicaciones técnicas, o actuar como consultor de los legisladores, administradores y otros funcionarios públicos que se ocupan de problemas de política social. Puede especializarse en la investigación de las relaciones entre la legislación sobre el crimen y el orden social, y las causas del crimen, y ser llamado CRIMINOLOGO. Puede especializarse en la investigación de las relaciones entre los grupos en una organización industrial, y ser llamado SOCIOLOGO INDUSTRIAL. Puede especializarse en la investigación de las penas a aplicar por los delitos, y del control y prevención de los delitos; asimismo, en la dirección de las instituciones penales, y en la rehabilitación de los delincuentes criminales y ser llamado PENOLOGO. Puede especializarse en la investigación de las comunidades rurales en

contraposición a las comunidades urbanas, y en los problemas especiales ocasionados por el impacto de la revolución científica e industrial en las formas de vida del campo y ser llamado SOCIOLOGO RURAL. Puede especializarse en la investigación de los efectos de la tecnología y del medio ambiente físico sobre las actividades y la distribución espacial de la gente y ser llamado ECOLOGISTA SOCIAL. Puede especializarse en la investigación de los problemas sociales que surgen de la desviación individual o de grupos respecto de los patrones de conducta comúnmente aceptados, tales como el crimen y la delincuencia, o los problemas sociales enraizados en el fracaso de una sociedad para lograr las metas colectivas, tales como la pobreza o la discriminación racial y ser llamado ESPECIALISTA EN PROBLEMAS SOCIALES. Puede especializarse en investigar acerca del origen, crecimiento, estructura y características demográficas de las ciudades, así como también de los modelos sociales y problemas distintivos que se derivan del medio urbano, y ser llamado SOCIOLOGO URBANO. Puede especializarse en la investigación de los factores que afectan al cuidado de la salud, incluyendo definición de las enfermedades, de las conductas del médico y del paciente, epidemiología social y proyección del cuidado de la salud, y ser llamado SOCIOLOGO MEDICO (prof. y asim.). Puede planificar y realizar investigaciones demográficas, estudios y experimentos para estudiar la población humana y sus tendencias, y ser llamado DEMOGRAFO (prof. y asim.) II

195.107-026

TRABAJADOR SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA (servicios sociales).

Trabaja aplicando a la comunidad programas de acción para mejorar las condiciones sociales que tienden a causar delincuencia juvenil y orienta a los menores: Colabora con las autoridades civiles a planificar el desarrollo urbano, rural y de los suburbios para asegurar las instalaciones que afron-

ten las necesidades de la juventud. Trabaja con individuos y grupos que tienen riesgo de hacerse delincuentes, mediante orientaciones individuales y de grupo y utilizando los servicios de la comunidad. Envía a los menores a instituciones públicas como casas de beneficencia, clínicas de orientación infantil, clínicas de salud y rehabilitación mental, física y social. Trabaja en estrecha colaboración con los departamentos de justicia, colegios, empresarios, instituciones de salud, bienestar y recreo. Normalmente trabajan en instituciones públicas.

195.107-022

TRABAJADOR SOCIAL DE GRUPOS (servicios sociales).

Desarrolla los contenidos del programa; organiza y dirige actividades encaminadas a aumentar el desarrollo social de los individuos, miembros de un grupo, a conseguir las metas del grupo: Entrevista individualmente a los miembros para conocer sus capacidades sociales y emocionales; planifica la composición del grupo en relación con la compatibilidad personal y social de sus miembros. Selecciona programas adecuados a las metas concretas del grupo, su nivel de desarrollo, necesidades, capacidades e intereses de los miembros del grupo. Implica a los miembros en la planificación y asunción de responsabilidades en cada actividad. Mediante la experiencia del grupo, ayuda a los miembros a desarrollar actitudes y capacidades sociales que mejoren sus relaciones familiares y sus responsabilidades frente a la comunidad. A veces requiere informaciones suplementarias como informes médicos o escolares. Puede trabajar en colaboración con profesionales de otras disciplinas. Cuando es necesario envía a los miembros a los servicios de la comunidad o a otras instituciones. Trabajan en agencias tales como Centros de Actividades Culturales, Centros de Acción Benéfica, organizaciones dedicadas a la juventud, instituciones para niños o ancianos, instituciones hospitalarias y penales.

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.

información colegial

Con la respuesta del Subdirector general de la Aisna a la carta que le dirigió nuestro secretario —carta que incluimos en el número anterior de *Papeles*— se inicia la *información colegial*. Otros temas que se incluyen son los siguientes: necesidad de establecer unos honorarios mínimos en la profesión, desarrollo de las oposiciones de la Aisna, conflictos originados por las exigencias de titulación para colegiarse, convocatoria de las II Jornadas de Psicología y Municipios, trabajos de la comisión de Psicólogos en Hospitales, reunión de la Junta de Gobierno en Barcelona y resumen de las votaciones al proyecto de estatutos.

Continuará injusto trato a psicólogos de la Aisna

En nuestro número anterior reproducíamos la carta dirigida por Adolfo Hernández, en representación de nuestro Colegio, al Director General de la Aisna interesándose por la injusta situación en que se encuentran los psicólogos que ejerciendo su trabajo en los antiguos Centros de Asistencia Psiquiátrica pasaron a depender de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional. Nos llega ahora respuesta, firmada por el Subdirector General, en la que textualmente se nos dice lo siguiente:

"En relación con el escrito dirigido al Director General de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional en el que se solicita jornada completa para los psicólogos, debo manifestarle:

1º.— *Que la escasez de medios económicos de este Organismo no permite acceder a la solicitud de dicha jornada para la totalidad de los funcionarios.*

2º.— *Los proyectos para la coordinación de los antiguos Centros del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica con otros Centros e instituciones del Estado es asunto que desborda las competencias de este Organismo, por lo que no podemos darle la contestación satisfactoria que todos deseamos".*

Sin comentarios.

Para quien no lo recuerde reproducimos los párrafos finales de la carta del secretario del Colegio a la que contesta el Subdirector General:

"Este Colegio sólo pretende conocer cuál es la opinión de ese Ministerio, a fin de poder actuar en consonancia de la misma, a propósito del estado actual del antiguo PANAP y efectuar algunas cuestiones al Sr. Ministro y que son las siguientes:

1º.— *Cuándo piensa ese Ministerio responder a las numerosas peticiones de concesión de jornada completa que han solicitado no sólo los psicólogos sino también los restantes funcionarios de la Asistencia Psiquiátrica de la AISNA.*

2º.— *Qué planes a medio plazo tiene formulados ese Departamento para dotar de suficientes medios materiales a estos Centros para que puedan cumplir la función y cometido para los que se les asignó.*

3º.— *Qué proyecto existe a fin de coordinar la Asistencia Psiquiátrica que prestan los Centros del antiguo PANAP con los restantes organismos e instituciones de la Administración del Estado, y con el objeto de que no existan duplicidad de funciones desconectadas unas de otras".* ■

Honorarios mínimos

Seguimos insistiendo en la conveniencia de que nos hagáis llegar vuestras opiniones e ideas sobre cómo establecer un cuadro de tarifas lo más completo posible y que refleje la práctica real. También nos interesa información de las tarifas que aplicáis.

Es evidente que el establecimiento de tales tarifas modificaría positivamente la situación de nuestra profesión. Ya don Angel Criado, jefe del servicio de Centros Base y Minusválidos Sensoriales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, se ha dirigido a nuestro Colegio solicitando el envío de un baremo con los honorarios mínimos a cobrar por los psicólogos.

Provisionalmente hemos elaborado un baremo que sólo tiene un valor orientador. Darnos vuestra opinión sobre él. La Junta de Gobierno, en su reunión de Barcelona de primeros de Julio designó a Itziar Cabieces ("Subdelegación" de Vizcaya del Colegio de Psicólogos, c/ Licenciado Pozas, 31-7º. Edificio Isalo. Bilbao. Tfno.: (94) 441.10.95) para coordinar la elaboración de un baremo definitivo. Los que tengáis algo que decir sobre este tema poneros en contacto con ella o con vuestra Delegación o hacer llegar vuestras propuestas a nuestra redacción.

1. *Contrato laboral* con entidades, organismos, empresas, hospitales, colegios, etc. Su salario será el acordado en el Convenio u Ordenanza que le afecte, y como mínimo el de Titulado Superior.

2. *Prestación de servicios profesionales* o ejercicio libre de la profesión, en la que no existe contrato laboral ni los beneficios que conlleva (Seguridad Social, pagas extraordinarias, seguridad en el empleo y otros beneficios sociales). El local y servicios administrativos son por cuenta del contratante, sino habría que aumentar un 25% a estas tarifas.

En este caso pueden darse dos modalidades:

1. Por tiempo de dedicación: Por la que se contratan los servicios psicológicos por un tiempo determinado. En este caso, la tarifa mínima por hora sería la siguiente:

a) Menos de 10 horas semanales: 2.000 ptas./hora.

b) De 11 a 30 horas semanales: 1.500 ptas./hora.

c) Más de 30 horas semanales: 1.000 ptas./hora.

2. Por actividad realizada: Se contratan los servicios por una actividad determinada. En función de dicha actividad, los baremos pueden ser:

a) Actividad escolar o pedagógica, industrial e investigación o estudio: se realiza un contrato de servicios profesionales cuantificando los honorarios en función de las horas previstas de duración y su distribución, y se aplica el baremo por tiempo de dedicación.

En alguna actividad concreta se llega a acuerdos económicos, tales como: por una selección de personal se cobra el 10% del sueldo bruto anual de la persona seleccionada.

b) Actividad clínica: la sesión es la unidad de medida más frecuente que el psicólogo clínico lleva a cabo en la actividad con los pacientes; con una

duración media de 45 minutos y una frecuencia indeterminada en función de cada caso específico. El tipo de sesiones es muy variado. La tarifa mínima por sesión sería:

1. Sesiones de consulta: se trata de la primera consulta que hace un cliente o consultas esporádicas, para plantear o aclarar un problema; llevan consigo análisis del problema, historia personal: 2.300 ptas/sesión.

2. Sesiones de evaluación: Consiste en el pase de pruebas psicológicas (tests, cuestionarios, entrevistas...). Estas pruebas son muy variadas en función de los objetivos o del problema que se presente, del grado de dificultad, de la necesidad de aclaración, etc. (Pruebas de inteligencia, de aptitudes, de desarrollo, de habilidades, de personalidad, de actitudes, etc.), así como también varía el tiempo o número de sesiones necesarias (unos pacientes tardan más que otros, unos problemas necesitan ser evaluados con mayor profundidad, en otros casos se deben conocer más áreas, etc.). En unas se aplica el papel y lápiz y en otras aparatos. Todas ellas llevan un tiempo adicional de corrección e interpretación: 1.800 ptas/sesión.

3. Sesiones de diagnóstico: consiste en la exposición de los resultados de las dos fases anteriores y las medidas a tomar de cara al futuro: 1.800 ptas/sesión.

4. Sesiones de tratamiento: son los actos profesionales para el tratamiento de los problemas. Se llevan a cabo por medio de entrevistas o relación grupal, con o sin aparatos. Es variable la frecuencia de las mismas, así como las técnicas aplicadas (relajación, biofeedback, dinámica de grupos, role playing, entrevistas, etc.). Las más frecuentes son:

- Individuales: 1.800 ptas/sesión.
- De pareja: 2.000 ptas/sesión.
- De familia: 2.800 ptas/sesión.
- De grupo: 5.000 ptas/sesión.

25 aspirantes aprobaron los ejercicios propuestos a los 105 candidatos presentados a las oposiciones para ingreso en la Escala de Facultativos y Especialistas de la Aisna, como psicólogos. En total habían sido admitidos para concurrir a las oposiciones 846 aspirantes.

Una larga marcha, aún no concluida, están recorriendo los 25 aprobados para conseguir sus plazas; esperamos que no les falte mucho para que se las adjudiquen. El camino comenzó en 1976 —el 20 de febrero— con la convocatoria de 79 plazas de psicólogos en la Aisna. ¿Cómo es posible que tales oposiciones se hayan demorado durante seis años a pesar de las innumerables gestiones de los interesados y del Colegio? La explicación que adujo la Administración ante una pregunta del diputado socialista Jesús Fuentes, ilustra los extraños caminos de la burocracia que permiten a un expediente demorarse durante seis años:

En relación con la pregunta formulada por el Diputado don Jesús Fuentes Lázaro, del Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, sobre irregularidades en la convocatoria de oposiciones libres para psicólogos en la sanidad nacional, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Gobierno a través del Ministro de Sanidad y Seguridad Social, cuyo contenido es el siguiente:

"En el 'Boletín Oficial del Estado' de 26 de marzo de 1976, se inserta la Resolución de 20 de febrero de 1976, por la que se convoca oposición libre para ingreso en la Escala de Facultativos y Especialistas, en puestos de Psicólogos, vacantes en este organismo. Las plazas convocadas son 79.

Esta oposición ha estado paralizada por las siguientes causas:

El Ministerio de la Gobernación, por Orden de fecha 5 de mayo de 1976, dispuso lo siguiente: "Habiéndose formulado múltiples imputaciones contra la Resolución de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional de 20 de febrero de 1976 ('Boletín Oficial del Estado' de 26 de marzo de 1976) por la que se convoca oposición libre para ingreso en la Escala de Facultativos y Especialistas, en puestos de Psicólogos, vacantes en el organismo, este Ministerio, acuerda, al amparo de lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley de Procedimiento Administrativo, suspender la ejecución de la resolución impugnada, y, por tanto, la tramitación de las pruebas selectivas convocadas, hasta tanto recaiga resolución definitiva en los recursos que se tramitan".

Aisna, oposiciones de nunca acabar

Como consecuencia de la resolución de estos recursos en los que los interesados —funcionarios interinos— pedían la anulación de la oposición, se aprueba la Orden del Ministerio de la Gobernación de 19 de mayo de 1977 ("Boletín Oficial del Estado" del día 20) y en base a la misma se publica resolución, convocando 85 plazas turno restringido y cuatro turno libre, mediante concurso-oposición para la misma Escala y puestos asimismo de Psicólogos ("Boletín Oficial del Estado" de 22 de junio de 1977). Dicho concurso-oposición se resuelve definitivamente, nom-

brando funcionarios de carrera a los interinos que superaron las pruebas selectivas.

El 5 de febrero de 1980 se publica la lista provisional de aspirantes admitidos y excluidos a la oposición convocada el 26 de marzo de 1976.

A la vista de las reclamaciones que presentan los interesados por el tiempo transcurrido entre la fecha de la convocatoria y la publicación de la lista provisional, se solicita informe a la Asesoría Jurídica.

Este informe que debe darse nuevo plazo para subsanar los defectos.

En base a este informe se preparan

los oficios, dando para subsanar los errores y confeccionar posteriormente la lista definitiva de aspirantes admitidos y excluidos a dicha oposición.

Estos oficios no se tramitan ya que se estudia la posibilidad de suspender las pruebas selectivas.

Ante un último informe de la Asesoría Jurídica del Departamento, se ha decidido no suspender las pruebas y se han cursado los oficios antes aludidos, dando nuevo plazo para la subsanación de errores y se espera que la lista definitiva podrá ser publicada en el próximo mes de marzo.

Lo que envió a V.E. a los efectos previstos en el artículo 133 del Reglamento provisional del Congreso.

Dios guarde a V.E.

El Ministro de la Presidencia, Rafael Arias-Salgado y Montalvo.

A PROPOSITO DE UNAS OPOSICIONES

Intentar evaluar el saber de otro respecto a un tema de cierta complejidad no es tarea fácil. Y si se trata de evaluar en qué medida ese otro ha podido empezar a comprender el psiquismo de un tercero, la tarea es harto más compleja. Y si, además, el que evalúa es alguien habituado a otros saberes distintos del saber psicológico, ya si se puede aventurar que la tarea, por compleja, resulta imposible.

Pero la simple obviedad de estas reflexiones se convierte en una frágil trama de disquisiciones sutiles que parecen sucumbir ante una urgencia concreta: seleccionar psicólogos clínicos para puestos de trabajo en la sanidad institucional. Las oposiciones de AISNA celebradas en el mes de enero, han participado de esta tensión. Y se ha intentado reducirla al mínimo. Si es que ello era posible.

Pasados ya dos meses, creo que puede ser útil escribir unas líneas un poco a modo de epílogo y con la intención, utópica, de que sirvieran también de prólogo, o esbozo de prólogo, para futuras oposiciones.

Esbozaría, sobre todo, dos grandes temas. En primer lugar, las pruebas a realizarse. Y, en segundo, el juicio sobre la realización de las mismas. (Dejo de lado, procurando no marginarla del todo, la pregunta, ya ritual, sobre si las oposiciones son el método adecuado para un trabajo de selección de psicólogos clínicos).

¿Quién tiene la responsabilidad sobre las pruebas de la oposición? En mi opinión, se trata de una

competencia exclusiva de los psicólogos. Y competencia, por tanto, que no puede delegarse. Ni el diseño de las mismas, ni el juicio sobre su realización concreta por parte de los opositores.

Y creo que es aquí donde el Colegio debería asumir plenamente la responsabilidad de coordinar los intereses de los colegiados. Quedaría así abierto un amplio espacio de diálogo que, a través del planteamiento de los problemas que afectan al psicólogo clínico en los centros públicos, diera como fruto la elaboración de más pruebas de oposición. (Mi diseño —utópico— reduciría considerablemente los temarios, los ceñiría a los temas clínicos, y ampliaría aquellas pruebas que diesen idea de cómo se realizan las entrevistas diagnósticas y el uso que se hace de los tests psicométricos y proyectivos).

La formación de tribunales de oposición compuestos exclusivamente por psicólogos sería el quehacer, a medio plazo, donde el Colegio debería empeñarse con tacto y con decisión. A nadie escapa la dificultad de la puesta en práctica de este planteamiento. Hay todavía mucho remanente de un estado de opinión generalizado que considera el trabajo del psicólogo clínico como un "arte menor" y sometido, por tanto, a las artes más sublimes. Estado de opinión que tiende a perpetuarse por parte de aquellos a quienes favorece. Y que, en consecuencia, se resiste a toda utopía.

Eduardo Chamorro

Baste decir que hasta marzo de 1981 no se aprobó la lista de los 846 aspirantes admitidos.

A la oposición se presentaron 105. Dos de ellos se salieron durante el primer ejercicio ("los tests como instrumento de medida" y "concepto de salud mental, promoción de la salud mental"); 43 lo aprobaron. El segundo ejercicio fue una prueba práctica (Rorschach, Wechsler e historia clínica) en hora y media; arrojó la cifra final de 25 aprobados.

La opinión sobre los ejercicios propuestos no es unánime: unos piensan que no fueron adecuados en absoluto, sobre todo en lo relativo a la prueba práctica —¿por qué no dejar a cada opositor que utilice su propia estrategia?, dicen— y en el carácter memorístico de los ejercicios; otros piensan que el que se presenta a una oposición ya sabe a lo que se expone.

En todo momento, esta oposición ha brillado con luz propia por su extraordinaria imprecisión ¿Cómo es posible convocarla sin ofrecer destino ni remuneración? Pues bien, si esto es anómalo en el momento de la convocatoria cuanto más lo será hoy (finales de julio), seis años después y con la convocatoria ya celebrada: los aprobados siguen sin saber dónde, cuándo, y por cuánto tendrán las plazas que han ganado!

Ofrecemos al lado unas notas sobre estas oposiciones de Eduardo Chamorro, que formó parte del Tribunal en nombre del Colegio.

Sobre los requisitos para colegiarse

Por la Audiencia Territorial de Oviedo se ha dictado Sentencia con fecha 30 de Abril de 1982, en recurso contencioso interpuesto contra la denegación de colegiación, y subsiguiente desestimación del recurso de reposición, interpuesto en su día por un diplomado por la Universidad Pontificia de Salamanca, que efectuó la convalidación autorizada por el Ministerio, el 11 de Enero de 1978.

Consideramos de gran importancia el fallo de la Sentencia, y su motivación, por cuanto sin prejuzgar si el sistema establecido por la Ley de creación del Colegio es o no es el más adecuado, deja absolutamente fuera de duda la corrección jurídica de la actuación de este Colegio en estos casos. Por ello, insertamos a continuación un extracto de la referida Sentencia.

"En Oviedo a 30 de Abril de 1982, VISTOS por la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Territorial de Oviedo los presentes Autos del recurso contencioso administrativo número 271 de 1981 interpuesto por...

1º RESULTANDO (se recogen los hechos alegados por el recurrente, entre los que cabe destacar)... el recurrente es licenciado en Filosofía y Letras (rama de Historia) habiendo finalizado los estudios correspondientes a diplomado en Psicología en la Escuela Superior de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca... El día 11 de Enero de 1978 convalidó sus estudios de Psicología con los de la Escuela de Psicología y Psicotécnica de la Universidad Complutense de Madrid...

CONSIDERANDO (2º) Que así precisadas las titulaciones del actor y determinadas las fechas de obtención de cada una de ellas, a la vista de lo dispuesto en el párrafo 2º del artículo 4º de los Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos y en la disposición transitoria de la Ley de creación de este Colegio, resulta totalmente ajustada a derecho la resolución recurrida en cuanto denegó al demandante la solicitud de incorporarse al mismo, razón por la que procede desestimar su recurso; toda vez que si bien el actor es titulado superior al ser licenciado en Filosofía y Letras (sección de Historia), cual exigen dichas disposiciones, no era en 1974 diplomado en Psicología por Escuela Universitaria, como igualmente imponían éstas como re-

quisito conjunto por cuanto hasta el 11 de Noviembre de 1978 no realizó el examen de convalidación de sus estudios y grado de la Escuela de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca por los correspondientes de la Escuela de Psicología y Psicotécnica de la Universidad Complutense de Madrid, momento en el que los mismos tuvieron pleno reconocimiento civil...

...Y por último, el que el Colegio Oficial de Psicólogos proyecte unos Estatutos en los que la referencia de hasta 1974 se traslade a antes de Julio de 1982, carece de virtualidad alguna por cuanto la regularidad de los actos administrativos ha de medirse siempre en relación con el ordenamiento jurídico vigente al tiempo de dictarse...

FALLAMOS que desestimando el recurso contencioso administrativo interpuesto por... *debemos confirmar y confirmamos dichas resoluciones* por ser ajustadas a derecho, sin haber declaración de las costas procesales. Así por esta nuestra Sentencia, de la que se expedirá testimonio para unir a los Autos de que dimana, lo pronunciamos, mandamos y afirmamos".

Esta Sentencia es la primera que se dicta en los recursos contenciosos administrativos interpuestos contra resoluciones del Colegio en materia de colegiación, y, como queda claro, viene a confirmar los criterios que la Junta de Gobierno ha aplicado, al menos en los casos como el del recurrente, al resolver los recursos de reposición.

DE LOS ESTATUTOS DEL COLEGIO

Art. 4.º Los Licenciados y Doctores en Psicología y Licenciados y Doctores en Filosofía y Letras, Sección o Rama de Psicología, y Licenciados y Doctores en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección o Rama de Psicología, podrán solicitar en cualquier momento su incorporación al Colegio, mediante escrito dirigido al Decano del

mismo.

De la misma manera, pero en el plazo máximo de un año, desde la entrada en vigor de estos Estatutos Provisionales, podrán integrarse en el Colegio los titulados superiores que hayan sido Diplomados en las Escuelas Universitarias de Psicología hasta 1974, plazo que también será aplicable, conforme a la

disposición transitoria de la Ley 43/1979, de 31 de diciembre, a la integración de los miembros de las diferentes Secciones Profesionales de Psicólogos, legalmente constituidas en los Ilustres Colegios Oficiales de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de los distintos Distritos Universitarios.

II Jornadas de Psicología y Municipios

La Delegación de Madrid del Colegio, a través de su Comisión de Psicología y Municipios prepara para el 22 y 23 de octubre la celebración de las II Jornadas de Psicología y Municipios. El objetivo que se quiere conseguir con la celebración de tales Jornadas es el de discutir y elaborar líneas de trabajo comunitario, fundamentalmente en salud y educación, en el ámbito municipal, desde una perspectiva interdisciplinaria. Reproducimos a continuación el esquema de tales Jornadas para que podáis enviarnos las sugerencias que creáis oportuno.

Temas Generales

1º.— Aproximación teórica al trabajo comunitario.

1.1. Enfoque conductista, enfoque psicoanalítico, enfoque sistémico, enfoque grupal (Psicología social) y otros.

2º.— Situación y perspectivas de los Servicios Municipales, se incluirá en este tema las instancias políticas (partidos políticos, organismos provinciales, etc.).

Mesas de Trabajo

Sobre la intervención en la prevención, promoción y asistencia desde los Servicios Municipales con:

1º.— Institución escolar en sus diferentes niveles (Escuelas Infantiles, E.G.B., Institutos, Formación Profesional, etc.) y con los distintos grupos que la integran (profesores, padres y alumnos).

2º.— Otras instituciones comunitarias, municipales o no, como asociación de vecinos, amas de casa, club de jóvenes, Servicios Sociales, Policía Municipal, etc.

3º.— Grupo familiar.

4º.— Grupos de psicoprofilaxis desde un programa de Planificación Familiar y de salud paterno, materno infantil.

5º.— Comunidad en general. Campañas y programas de actuación.

6º.— El equipo interdisciplinario y su formación.

7º.— Coordinación con los demás recursos sociales de la comunidad.

Estas Mesas tendrán comunicaciones con duración limitada para pasar posteriormente a un grupo de discusión.

Grupos de Trabajo

Se podrán hacer grupos de trabajo sin ponencias previas donde se discuta, se pongan en común distintas experiencias y se elaboren líneas de actuación. Los distintos Servicios Municipales pueden realizar propuestas para estos grupos.

En una primera reunión, totalmente informal, a la que asistimos representantes de unos cuantos Hospitales (Leganés, La Paz, Cruz Roja y Fundación Jiménez Díaz), concretamos nuestros primeros objetivos, lugar y periodicidad de las futuras reuniones. Sería una reunión quincenal en el Colegio Oficial de Psicólogos, y abierta a todos los psicólogos que actualmente trabajan en los Hospitales.

En un principio nuestros planteamientos quedaban muy en lo genérico: posibilidad de contacto e intercambio mutuo de experiencias; plataforma desde la que aunar esfuerzos y buscar en común de una manera coordinada y eficaz, alguna vía de resolución de nuestra problemática. Poco a poco nuestro objetivo se hizo más específico y modesto:

Elaborar un informe acerca de la necesidad de creación de Servicios de Psicología Clínica, con Programas de Formación para postgraduados internos y residentes en los Hospitales. No se trata de un programa de formación teórica paralela, sino complementario al ya iniciado en la Universidad, en el campo de la práctica clínica.

Este informe incluiría entre otros puntos, las bases de un posible Programa de Formación a partir de la experiencia asistencial y docente en el Hospital; necesidad de la práctica clínica hospitalaria; definición y contenido de la Especialidad; Áreas de especialización; duración y modo de desarrollo de estos programas; condiciones de acceso y evaluación...

Este informe se entregaría a la Junta de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos para su discusión y gestión posterior en los trámites oficiales correspondientes de la Comisión Nacional de Especialidades.

A su vez se daría publicidad y difusión a este informe en el Boletín Oficial del Colegio de Psicólogos, y de otras asociaciones afines: Sociedad Española de Neuropsiquiatría, etc., que se habían ofrecido a apoyar nuestra iniciativa y gestión ulterior.

Desarrollo del trabajo en la Comisión

Comenzamos elaborando una lista lo más completa posible de todos los psicólogos que actualmente trabajan en los Hospitales de Madrid, con el fin de que la convocatoria a las sucesivas reuniones de la Comisión llegará a todos sin excluir a nadie. Recogimos el nombre de treinta psicólogos repartidos entre trece Hospitales de Madrid, con contratos muy diversos: contratados provisionalmente algunos, otros, los más, fijos en plantilla con

La Comisión de psicólogos en hospitales

La Comisión de Psicólogos en Hospitales, de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, nació hacia mediados de octubre de 1981. Respondía a una preocupación común y cada vez más urgente y generalizada entre nosotros: dar a conocer la situación profesional del Psicólogo Clínico en el Hospital. Y más específicamente informar de la insuficiencia numérica e inadecuación del equipo o departamento de Psicología Clínica, tal como actualmente está funcionando tanto en los Hospitales Generales como Psiquiátricos. La escasa dotación de plazas en plantilla; la desconexión y aislamiento entre los distintos Hospitales y sus problemas comunes; modos distintos de integración y relación con el Servicio de Psiquiatría; relación con otros Servicios; posibilidades y dificultades para determinadas tareas asistenciales y de investigación; reconocimiento de la identidad profesional de la Psicología Clínica como cuerpo profesional independiente de la Psiquiatría aunque en estrecha relación con ella; posibilidad de creación de Servicios de Psicología Clínica...; y sobre todo, necesidad de la creación de Programas de Formación para Psicólogos postgraduados, en régimen de residencia en los Hospitales o en centros sanitarios.

PSICOLOGOS CLINICOS EN HOSPITALES (MADRID)

HOSPITAL	Nº DE PSICOLOGOS CONTRATADOS	(*) TIPO DE CONTRATO	SERVICIO	CATEGORIA EN EL SERVICIO	FUNCIONES	Nº ASISTENTES VOLUNTARIOS	FUNCIONES DEL ASISTEN. VOLUNT.
1 CRUZ ROJA	4	1 = F 3 = E	Psiquiatría y Psic. Médica	4 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación	20	Práctica clínica en Psicodiagnóstico y Psicoterapia.
2 Cdad. Sanitaria LA PAZ	6	3 = D 3 = E	1 = Hematología 4 = Psiquiatría 1 = Psidopsiquia	6 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia	4 = Hematología	Psicodiagnóstico Psicoterapia. (Práctica Clini.)
3 Psiquiátrico de LEGANES	5	5 = A + B	Psiquiatría 3 Sta. Isabel 2 Sta. Teresa	5 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia/Inves.	9	Psicodiagnóstico Psicoterapia (Práctica Clini.)
4 1º DE OCTUBRE	5	1 = D 2 = E 2 =	Psiquiatría Medic. Comunita.	— Adjunto	Psicodiagnóstico	4	(Práctica Clini.)
5 NIÑO JESUS	3	1 = F 2 = E	Psiquiatría y Psicología	3 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación	3	Psicodiagnóstico Psicoterapia (Práctica Clínica)
6 FRAY BERNARDINO	5	1 = A + B 4 = A + C	Psicología	5 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación	3	Psicodiagnóstico (Práctica Clini.)
7 CIEMPOZUELOS	H.Psq.S.José = 2 H.Psq.Sag.Cor = 2	1 = D 1 = F 2 = F	Psic. Hombre Psic. Mujeres	Psicólogo	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia	4	Psicodiagnóstico (Práctica Clini.)
8 RAMON Y CAJAL	3	3 = F 1 = G	Psiquiatría	3 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia		
9 Cdad. Sanitaria PROVINCIAL	3	3 = F	Psiquiatría	— Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación		
10 H. Clínico SAN CARLOS	3	2 = A + C 1 = D (Fac (Med))	Psic. Infantil Psic. y Psicol. Médica	— Psicólogo — Prof. Adj.	Psicodiagnóstico Docencia	6	Psicodiagnóstico
11 PUERTA DE HIERRO	2	2 = E	Psiquiatría	2 = Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia	4	Psicodiagnóstico Psicoterapia (Práctica Clini.)
12 F.J.D. Clínica Ntra. Señora de la CONCEPCION	1	1 = F	Psiquiatría	— Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación	7	Práctica Clínica Psicodiagnóstico Seminarios Investigación
13 ALONSO VEGA	2	2 = F	Psiquiatría	— Colaborador Técnico C	Psicodiagnóstico		

(*) TIPO DE CONTRATO: A: Funcionario del Estado; B: Perteneciente a la Plantilla; C: En Comisión de Servicios; D: Interno; E: Laboral eventual; F: Laboral fijo en Plantilla; G: Residente.

contrato laboral; y otro grupo, también numeroso, como funcionarios del Estado. Dos de estos psicólogos habían tenido acceso a las plantillas del Hospital a través de los cursos de formación como Psicólogos Residentes, aprobados por el Ministerio años atrás y luego suspendidos (B.O.E. nº 299, 15 Dic. 1977).

La convocatoria a cada reunión — quincenal — se hizo a través del

Colegio y con la intención de que hubiera siempre al menos un representante de cada Hospital. La asistencia a las dos primeras reuniones fue relativamente alta: 15 ó 20 psicólogos representantes de los Hospitales de la Cruz Roja, La Paz, H. Clínico San Carlos, Sta. Isabel y Sta. Teresa de Leganés, Ciempozuelos, Fray Bernardino, Fundación Jiménez Díaz, Niño Jesús, Hospital Provincial. A las

siguientes reuniones la asistencia ha sido significativamente baja, oscilando entre 3 a 8 psicólogos, generalmente los mismos, representantes de los Hospitales de Fray Bernardino, La Paz, Sta. Teresa de Leganés, Hospital Clínico, Fundación Jiménez Díaz, Niño Jesús y Cruz Roja.

Las primeras reuniones se dedicaron a recoger las experiencias de cada uno de sus respectivos Hospitales, en relación a los siguientes puntos: situación actual del Psicólogo Clínico en el Hospital; número de plazas; sus funciones en el equipo psiquiátrico o Servicio en el que está; posibilidades o experiencias docentes del Hospital para postgraduados en Psicología Clínica; posibilidad de establecer un equipo de Psicólogos Clínicos suficientemente estable y adecuado a las demandas de los distintos Servicios o necesidades asistenciales, docentes y de investigación; necesidad de la creación de Servicios de Psicología Clínica en los Hospitales con suficiente dotación de plazas.

De este modo recogimos una serie de datos que podrían resumirse en el cuadro que incluimos en este artículo.

El acuerdo fue unánime desde el principio en cuanto a la necesidad de abordar como puntos más urgentes la insuficiencia numérica y la inadecuación del equipo de Psicología Clínica lo que hace cada vez más necesaria la creación de Servicios de Psicología Clínica con una dotación adecuada de plazas y medios. Sólo así es posible la formación de equipos de trabajo suficientemente estables e integrados para ser operativos en la tarea asistencial.

Los Hospitales que admiten la colaboración de Psicólogos Asistentes Voluntarios se ven en parte forzados a ello por la insuficiente dotación de la plantilla, no sólo por la necesidad de ofrecer a los postgraduados un espacio para la práctica o contacto directo con la realidad clínica y hospitalaria. Este modo de proceder no deja de ser precario y controvertido. Varios Hospitales no admiten este tipo de colaboración y experiencia docente en régimen de asistencia voluntaria.

Se considera que el Asistente Voluntario no debe de asumir determinadas responsabilidades ni cubrir servicios no remunerados que la Administración o Institución Hospitalaria estaría obligada a atender mediante personal contratado. Más aún cuando el índice de paro es tan alto en nuestra profesión. Por otra parte la carencia oficial de plazas hace que la necesidad de contacto directo con la práctica clínica como complemento ineludible a la formación iniciada en la Facultad, obligue a los nuevos gra-

duados a buscar alguna solución por otras vías. Es un hecho ya constatable en todos los Hospitales y Centros Sanitarios, la afluencia masiva de psicólogos solicitando la asistencia voluntaria. Determinados Hospitales ofrecen esta posibilidad de experiencia docente a cambio de colaboración supervisada en la tarea asistencial. Es una forma de aliviar equívoca y precariamente la baja dotación de psicólogos en plantilla pero a su vez evita hasta cierto punto la creación y contratación de las plazas necesarias.

La integración y estabilidad del Psicólogo Asistente Voluntario en el equipo y en el Servicio está constantemente amenazada desde dentro y desde fuera. Desde dentro del Servicio en el que participa por la circunstancia interna de otras competencias profesionales con territorios no siempre bien delimitados; desde fuera por

DOCUMENTOS REVISADOS

— Guía de Formación de Médicos Especialistas en Psiquiatría — Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

— Programa de Formación de Psicólogos Residentes. Residencia en Psicopatología y Salud Mental de Niños y Adolescentes. — Hospital de Niños de Buenos Aires — Director: Dr. Alberto J. Campos, Argentina 1971.

— Programa de especialización en Psicología y Psiquiatría Infantil para Postgraduados (Programas especiales). Hospital del Niño Jesús de Madrid — Dr. C. Cobo Medina, Madrid, 1978.

— Charles A. Kiesler. The training of Psychiatrists and Psychologists.

— Herbert Dorken y Delmont Morrison. JCAH Standards for Accreditation of Psychiatric Facilities. Implications for the Practice of Clinical Psychology.

(Ambos artículos en American Psychologist. Vol 32 nº 2 Feb. 77).

a) La Psicología Clínica como profesión de salud independiente y autónoma.

b) Necesidad de los servicios de psicólogos clínicos y su formación a través del sistema de residencia.

c) Libertad del paciente para recibir tratamiento de un psiquiatra o de un psicólogo.

— "La Práctica Psicológica en el Hospital Psiquiátrico" VII Seminario Nacional de Psiquiatría — Diputación Provincial de Barcelona — Sta. Coloma de Gramanet, 1974.

— "La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario". "Asistencia Institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico psicológica" — H. Ferrer y otros. Nueva Visión. Buenos Aires 1977 y 1979.

— B.O.E. nº 299; 15 Dic. 1977. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Resolución de la Subsecretaría de la Salud por la que se convoca concurso para proveer plazas de Médicos Internos Residentes de 1er. año, Médicos Residentes extranjeros, y Residentes de Programas Especiales (Biólogos, Psicólogos, Ingenieros, Físicos, Químicos, Estadísticos, Bibliotecarios) en determinadas Instituciones Sanitarias.

— B.O.E. nº 39; 15 Feb. 1982; 3804. Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3500/1981 de 27 de Noviembre por el que se aprueban las bases del Acuerdo Marco de colaboración en las Instituciones Sanitarias de rango universitario entre los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

— B.O.E. nº 131; 2 Junio 1982; 12997. Resolución de 13 marzo 1982, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud por la que se regulan y fijan las condiciones para la acreditación de méritos de formación posgraduada por el sistema de residencia.

— Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Núm. 709-I. Creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social. Proposición no de Ley, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, el 16 de Junio de 1981, y aprobada por la Comisión de Política Social y Empleo el 31-3-82 (Boletín Cortes Generales nº 709-II, 22-abril-1982).

— La creación de estos Servicios "deberá comenzar en enero 1982 y finalizar en abril 1983". Entre otros cometidos se incluye la "formación posgraduada del personal facultativo a través del programa MIR para médicos y del correspondiente o equivalente programa PIR para psicólogos clínicos".

— Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 20 de abril de 1982, Núm. 50-II Real Decreto ley sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

— La duración de los contratos celebrados entre los profesionales sanitarios que realicen cursos, prácticas o reciban enseñanzas sanitarias para la obtención de Especialista... será la que reglamentariamente se determine para cada especialidad... no podrá exceder en ningún caso de cinco años.

la circunstancia externa de posibles contratos de trabajo remunerados. Esto hace que su operatividad aún siendo alta, es muy vulnerable e insuficiente, cuando no frecuentemente reivindicativa o frustrante. Y en todo caso, la figura del Psicólogo Asistente Voluntario corresponde al hecho significativo de una carencia en la formación clínica que debe de subsanarse lo más pronto posible.

Recogimos cuanta documentación nos fue posible con respecto al tema específico de la formación de Psicólogos Postgraduados Internos o Residentes. Entre otros hemos revisado los documentos: que incluimos en el recuadro que va al lado del texto.

En el momento actual, la Comisión tiene discutidos, aceptados y ya redactados los siguientes puntos del Informe:

a) Introducción: necesidad de los Programas de Formación Postgraduada en los Hospitales y Centros Sanitarios para Psicólogos Clínicos Residentes.

b) Definición y contenido de la especialidad.

c) Áreas de especialización.

d) Duración de los programas: tres años prorrogables a cuatro.

e) Metodología de desarrollo del Programa de Formación (etapa de formación más genérica: 1 año; etapa de especialización: 2-3 años). Modo de desarrollo del trabajo clínico asistencial en actividades específicas y supervisadas.

f) Condiciones de acceso al Programa.

Resta aún por perfilar y ultimar, aunque ya está bastante avanzada la discusión y consiguiente elaboración de las materias específicas de cada especialidad, así como del tiempo proporcional distribuido para cada materia en un horario aproximado.

Esperamos poderlo acabar hacia finales de junio de 1982 o a lo más, antes de finales de octubre 82. Nos parece más adecuado entregar el proyecto completo en cuanto al Programa Específico de Formación para su conocimiento y estudio cuando esté ya ultimado, por lo que postponemos para esas fechas (octubre 82) la comunicación del mismo, a través de un segundo informe a la Junta del Colegio. El resto de las gestiones y su discusión corresponde a los trámites que el Colegio Oficial de Psicólogos crea necesarios. Esperamos que vuestro trabajo pueda haber sido útil y sus resultados se dejen ver pronto en mejora de nuestra profesión.

Pedro Pérez García

Coordinador de la Comisión de Psicólogos en Hospitales

Junta de Gobierno Estatal

Los pasados 3 y 4 de Julio se reunió en Barcelona la Junta de Gobierno Estatal, con asistencia de todos sus miembros y de Liborio Hierro, Asesor Jurídico, y Marisa Ortuño, Directora Técnica.

Si bien la Junta se suele reunir en Madrid, sede oficial del Colegio, en esta ocasión había un motivo muy concreto para celebrarla en Barcelona: la inauguración de los nuevos locales de la Delegación catalana del Colegio.

Con el fin de mejorar la información de los colegiados, y de dar a conocer la labor de la Junta Estatal para organizar el Colegio y ordenar y potenciar la profesión, presentamos un resumen de los acuerdos más importantes adoptados en la maratónica reunión del primer fin de semana de Julio.

Problemas de colegiación

Se resolvieron tres recursos de reposición y se decidió escribir al M.E.C. solicitando la lista de países con los que se han firmado acuerdos de reciprocidad para el reconocimiento de títulos. Esto es un tema importante, ya que por una parte nos daría información sobre los países en los que un psicólogo español podría trabajar al ser reconocido su título. Por otra parte, nos permitiría conocer a qué titulados extranjeros podemos colegiar, ya que a veces no queda claro en el título si la convalidación es con efectos meramente académicos o también con carácter profesional.

Criterios para la selección de peritos

Recientemente, tras la aprobación de la Ley de Divorcio y la creación de Juzgados de Familia, viene siendo frecuente la intervención del psicólogo como perito, nombrado a instancias del Juez. En algunos casos, el Juez se ha dirigido al Colegio, para el envío de una terna, de la que por insaculación saldría el perito. En otros casos el juez ha designado libremente al psicólogo. Algunas delegaciones por su parte, habían establecido procedimientos para la selección de es-

tos candidatos a peritos entre los colegiados, pues parece claro que no todo colegiado estaría interesado en participar en este trabajo, y por otra parte, parece conveniente que en la lista sólo se incluyan colegiados con una mínima experiencia.

Por todo lo anterior, la Junta aprobó hace algunos meses dirigirse oficialmente a diversas instancias del Poder Judicial, en concreto al Excmo. Sr. Presidente del Consejo General del Poder Judicial, a los Ilmos. Sres. Magistrados Jueces Decanos de los de Primera Instancia e Instrucción de Madrid y Barcelona, y a los Ilmos. Sres. Presidentes de las Audiencias Territoriales de Madrid, Barcelona, Albacete, Bilbao, Burgos, Cáceres, La Coruña, Granada, Las Palmas, Oviedo, Palma de Mallorca, Pamplona, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza.

Resumidamente en la carta se indicaba que "los juzgados deben atenerse al procedimiento de insaculación, sin que sea de aplicación el procedimiento de designación directa", y que "se ruega a V.I. se sirva adoptar las medidas oportunas para que por los Juzgados y Tribunales, y en particular por aquellos que entienden de asuntos familiares, se tome en consideración la regulación de la Psicología como profesión colegiada y las conse-

cuencias que de ello se deriva para el nombramiento de Peritos".

La respuesta hasta ahora ha sido positiva, habiendo recibido respuesta de los Magistrados Jueces Decanos de Madrid y Barcelona, y de los Presidentes de las Audiencias Territoriales de Palma de Mallorca y Cáceres.

En esta ocasión, la Junta ha aprobado un mecanismo para el establecimiento de listas de peritos en las Delegaciones del Colegio. El procedimiento será el siguiente: cada Delegación se dirigirá a sus colegiados anunciándoles la apertura de dicha lista, indicando que para incluirse en ella los colegiados interesados deberán solicitarlo por escrito, adjuntando un curriculum en el que se demuestre poseer experiencia en el campo del diagnóstico.

Los listados confeccionados de esta manera estarán expuestos en los tableros de las Delegaciones, y se irá anotando a aquellos cuyos nombres se vayan enviando a los Juzgados. Las listas se elaborarán por orden de entrada de las solicitudes, entre aquellas que reúnan la condición establecida.

Por su parte, las Delegaciones deberán establecer dentro de sus posibilidades las sesiones de formación-información que consideren para potenciar y apoyar este nuevo sector de actividad: debates, discusión de experiencias, seminarios, etc.

Características de los informes psicológicos

En relación también a los informes periciales, ya que ha habido diversas peticiones al Colegio para que éste defina las características de los informes, incluso para que entre dos informes concretos juzgara cuál era el mejor, y siendo conscientes de los



BOLETIN DE SUSCRIPCION

Colegio Oficial de Psicólogos
Fernández de los Ríos, 87. MADRID-15

☐ SUSCRIPCION NUEVA

☐ RENOVACION

Apellidos Nombre
Profesión
Domicilio D.P. Provincia
Población

Se suscribe por un año a la revista "PAPELES DEL COLEGIO" a partir del N.º del mes de

- ☐ ESPAÑA 750 Ptas. ☐ EXTRANJERO 1.250 Ptas.
☐ Domiciliación Bancaria
☐ Cheque adjunto n.º
☐ Reembolso

aspectos de tipo deontológico que van ligados a la emisión de informes, como por ejemplo, ¿los informes se deben entregar por escrito al cliente?, ¿hay que justificar el diagnóstico, los datos? ¿a quién se pueden facilitar los datos de clientes: límites del secreto profesional?, etc. La Junta ha adoptado los siguientes acuerdos:

— En su reunión del 27 de Marzo, ya acordó que "Esta Corporación estima que no entra dentro de las funciones que la Ley le atribuye, la de dictaminar sobre la calidad científica o técnica del dictamen formulado por un colegiado".

— Partiendo del principio de que la Junta (el Colegio) puede hacer recomendaciones sobre las características que deben poseer los informes psicológicos, se encomendó a Alfredo Fierro y a Carmen Amorós, para que con la ayuda de una comisión de expertos, experimentada y pluritenencial, preparen un informe a la Junta, que deberá estar terminado en Marzo de 1983. Este proyecto como es lógico, se inscribe dentro de la línea de ir avanzando contenidos del futuro Código Deontológico.

Normas de funcionamiento de las Delegaciones

Hasta la entrada en vigor de los nuevos Estatutos, y dada la existencia de problemas en las Delegaciones que requieren un marco normativo específico, la Junta de Gobierno ha acordado poner en vigor los artículos del Estatuto que hacen referencia al funcionamiento de las Delegaciones, con ligeras modificaciones.

Fundamentalmente se definen el procedimiento para la renovación o elección de Juntas Rectoras, las competencias de las Delegaciones, y el principio de que los colegiados se inscribirán en la Delegación que les

corresponda según su lugar de residencia.

Nombramiento de Miembros de Honor del Colegio

En la línea de ir previendo el desarrollo y puesta en vigor de los artículos del Estatuto, y conscientes de lo que supone para el Colegio que diversas figuras universitarias y profesionales de la Psicología no puedan inscribirse como colegiados, la Junta ha decidido estudiar con urgencia la normativa y reglamento para el nombramiento de Miembros de Honor. Una comisión integrada por Rafael Burgaleta y Nuria Silvestre, presentará a la Junta, en su próxima reunión, una propuesta de criterios y normativa: quién o qué órgano, persona(s) propone / elaboración del expediente / quién o qué órgano o cómo se aprueba. Primera lista de posibles miembros de Honor.

Si para cuando los órganos colegiales acordaran una primera lista de Miembros de Honor aún no estuvieran aprobados los Estatutos, se consultaría a estas personas la aceptación del nombramiento, y se les indicaría que habiendo sido nombrados por el Colegio, su nombramiento "oficial", se produciría inmediatamente después de la publicación en el B.O.E. de los Estatutos.

Seguridad Social de Autónomos

Conscientes de que hay bastantes psicólogos que carecen hoy por hoy de Seguridad Social, principalmente los que ejercen a nivel privado o liberalmente, la Junta ha decidido efectuar una consulta a los colegiados afectados, principalmente a través de las Delegaciones para poder decidir cuanto antes si se solicita o no

al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que se incluya a los psicólogos en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social. Dadas las peculiaridades de dicho Régimen, la Asesoría Jurídica ha preparado un informe. Es importante hacer constar que, una vez que se publique la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social incluyendo a los psicólogos en el Régimen de Autónomos, la afiliación, y cotización consiguiente, será obligatoria para todos los que ejerzan liberalmente. El informe de la Asesoría Jurídica se publica en las páginas siguientes.

Seguros de Vida y Responsabilidad Civil

La Junta ha aprobado, dentro de su política de ofrecer servicios a los colegiados, la puesta en marcha de dos seguros a los que podrán acogerse voluntariamente los colegiados que lo deseen.

Responsabilidad civil

Principalmente interesa a los profesionales que trabajan liberalmente, y más en general a los que trabajan con pacientes. Por una prima de 400 ptas anuales (sobre la base de un mínimo de 100 colegiados), se asegura un capital de 5 millones, que engloba: daños corporales, materiales, indirectos, multas, defensa jurídica, etc.

Este seguro se concertaría con la Sociedad Winterthur.

Vida

Este seguro es de interés general para todos los colegiados. Se requeriría que un número elevado se asegure



EJEMPLAR PARA EL BANCO

Nombre y apellidos del titular c/c.

Domicilio

Madrid, de de 198.....

Sr. Director del Banco

Agencia Dirección postal

..... población

Muy Sr. mio:

Ruego a Vd. que a partir de la fecha sean abonados con cargo a mi (1) c/c. o c/h. n.º 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

para acogernos a las condiciones que se detallan. Con una prima en torno a una media de 1.500/2.000 ptas anuales (variables según la edad y el sexo), se asegura un capital de un millón de pesetas por muerte o invalidez permanente. No se exige reconocimiento médico, y durante 5 años no se aumentaría la prima.

La Compañía es "Legal General". Por supuesto, cualquier colegiado podría mejorar la prima a voluntad.

La puesta en vigor de estos seguros depende sólo del establecimiento de los mecanismos administrativos pertinentes, que probablemente se podrá poner en marcha a lo largo del otoño. Sobre ellos se incluye una doble página publicitaria en este número.

Balances 1980/81. Presupuesto 1982. Memoria 1981

Se aprobaron los Balances del Colegio correspondientes a los ejercicios de 1980 y 1981. Los presupuestos quedaron pendientes al faltar datos de algunas Delegaciones.

Se acordó editar un folleto con la Memoria de 1981, y los Balances del 80 y 81 del Conjunto del Colegio.

Primeras Jornadas del Colegio

El tema más importante discutido en la Junta fue la decisión de poner en marcha la celebración de las primeras Jornadas Profesionales, a celebrar en el último trimestre de 1983 / Primer trimestre de 1984. Se acordó su celebración en la ciudad de Barcelona.

Si bien se discutió a lo largo de varias horas los objetivos, metodología y contenido de las Jornadas, dado que se encargó al Comité Organizador elaborar un primer escrito que se hará llegar a las Delegaciones y colegiados, en el próximo mes de Octubre, no entramos a comentar más en detalle.

El Comité Organizador está integrado por: Carlos Camarero (Decano), Mercé Pérez (Vicedecana), Vicent Bermejo (Vicesecretario), Miguel Pérez (Vocal), Pablo del Río (miembro de la Junta Rectora de Madrid) y una sexta persona a designar por la Delegación catalana.

Proposición no de Ley del PSOE sobre Asistencia Psiquiátrica

Como es sabido, el Congreso recientemente ha aprobado una Propo-

sición no de Ley del PSOE sobre inclusión de la Asistencia Psiquiátrica en la red de hospitales de la Seguridad Social. (Se publica en este número de *Papeles*).

Por la importancia que el tema tiene para el Colegio, se consideró conveniente que el Colegio se posicionara públicamente en torno al contenido de la Proposición. Sobre la base de un posicionamiento preparado por la Junta Rectora de la Delegación de Cataluña, se delegó en el Decano para que asumiera o no, íntegramente o con modificaciones, dicho posicionamiento como postura oficial del Colegio.

Proposición no de Ley del PSOE sobre Gabinetes Psicopedagógicos

Esta proposición no de Ley, recientemente presentada por el PSOE, y aún no discutida por el Parlamento, tiene una enorme importancia para la potenciación de la Psicología Escolar. El PSOE pidió la colaboración del Colegio en su elaboración, colaboración que por supuesto ofrecemos.

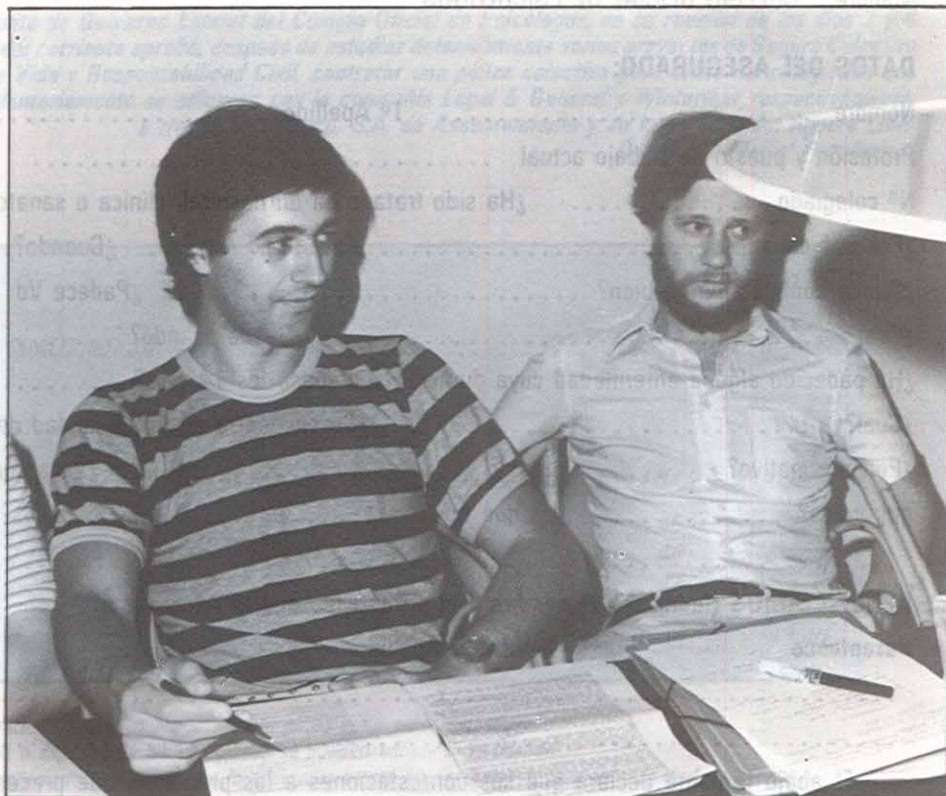
Por otra parte nos ha informado de su intención de preparar unas Jornadas para el estudio de la problemática incluida en la Proposición. Por el inte-

rés de la iniciativa se ha encargado a César Gilolmo para que trate de coordinar y preparar una ponencia, con la colaboración de un grupo de expertos. Dado que las Jornadas se celebrarán en Septiembre-Octubre, si las respuestas de los expertos al esquema-guion preparado por César Gilolmo es homogénea, se presentará una ponencia oficial por parte del Colegio. Si es heterogénea, se considerará que el tema no está lo suficientemente madurado y debatido, y no habrá ponencia oficial, aunque si podrá haberlas a título particular. (Se publica la Proposición no de Ley en este número de *Papeles*).

Contactos con Asociaciones Internacionales

Con motivo de la celebración del 20 Congreso Internacional de Psicología Aplicada, que se celebra en Edimburgo del 25 al 31 de Julio, una de cuyas sesiones se dedicará al estudio de la situación legal y profesional de los psicólogos en diversos países, se encargó al Secretario Adolfo Hernández la preparación de una comunicación sobre la situación española, y la asistencia para recoger información y contactar con Asociaciones de Psicólogos de diversos países.

Adolfo Hernández Gordillo



BOLETIN DE ADHESION
SEGURO COLECTIVO DE VIDA

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre 1º Apellido..... 2º Apellido.....
Profesión y puesto de trabajo actual Nació el.....
Nº colegiado ¿Ha sido tratado en un hospital, clínica o sanatorio?
¿Por qué causa? ¿Cuando?.....
¿Quedó completamente bien? ¿Padece Vd. alguna enfermedad?.....
¿Cual? ¿Desde cuando?
¿Ha padecido alguna enfermedad cuya duración sobrepasó los 14 días?
¿Cual? ¿Se encuentra en la actualidad dado de baja?
¿Por qué motivo? ¿Va a someterse próximamente a una intervención
quirúrgica? ¿De qué tipo?
..... Peso Talla

BENEFICIARIOS (Indíquese el nombre y el parentesco con el Asegurado):

Parentesco Nombre y Apellidos

.....
.....

El abajo firmante declara que sus contestaciones a las preguntas que preceden son verídicas y que no oculta ningún detalle que pueda influir en la apreciación del riesgo.

..... de de 19.....
Firma del Asegurado:

CAP. ASEGURADO:

Fecha de alta = 1º Octubre 1982 MUERTE Ptas.
INVALIDEZ Ptas.

winterthur
seguros

BOLETIN DE ADHESION
SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL

ASEGURADO:

Apellidos Nombre
D.N.I. Telf. Nº Colegiado
Domicilio Localidad
..... de de 19.....
Firma del Asegurado:

NOTA.— Se puede contratar indistintamente uno u otro seguro.

DOMICILIACION DE RECIBOS

D. Dª Banco/Caja Agencia
Calle Nº Calle Nº
Localidad Localidad

Muy Sres. míos:

Ruego a Vds. que, con cargo a mi cuenta corriente/de ahorro Nº..... y hasta nuevo aviso, se sirvan atender el pago del recibo anual, de mis pólizas de Seguro de Vida y R. Civil, contratadas con **Legal & General y Winterthur** Cías de seguros.

Firma:

SEGURO DE VIDA Y RESPONSABILIDAD CIVIL

información

"La Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos, en su reunión de los días 3 y 4 de Julio del corriente aprobó, después de estudiar detenidamente varios proyectos de Seguro Colectivo de Vida y Responsabilidad Civil, contratar una póliza colectiva para todos los colegiados que voluntariamente se adhieran con la compañía Legal & General y Winterthur respectivamente, a través de Uniteco, S.A. de Asesoramiento y en la persona del Agente Libre D. Alfonso Muriel Fernández"

LEGAL & GENERAL

COBERTURAS				CAP. ASEGURADO					
MUERTE NATURAL O POR CUALQUIER CAUSA				1.000.000.— Ptas.					
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA				1.000.000.— Ptas.					
COSTE DEL SEGURO ANUAL									
EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA
25	2.050	30	2.150	35	2.570	40	3.540	45	5.360
26	2.080	31	2.190	36	2.710	41	3.820	46	5.850
27	2.090	32	2.260	37	2.880	42	4.150	47	6.390
28	2.110	33	2.350	38	3.060	43	4.500	48	6.990
29	2.120	34	2.450	39	3.290	44	4.910	49	7.640

Para aumento de capitales asegurados la prima varía proporcionalmente.

Las esposas o esposos de los colegiados se pueden adherir si lo desean.

Debido a la baja edad media de los colegiados, se prevé que la compañía estará en condiciones de mantener durante 5 años la prima establecida en el momento de adhesión.

La desviación favorable de la siniestralidad se determinará por diferencia entre el 85% de la prima comercial de cada año, correspondiente al seguro principal y complementarios, y el importe de los siniestros ocurridos en el mismo año en todas las garantías aseguradas. Sobre la desviación favorable que resulte se aplicará el porcentaje ya convenido en función del número de componentes del grupo asegurado.

WINTERTHUR

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL					CAP. ASEGURADO				
GARANTÍAS:									
POR SINIESTRO					5.000.000.— Ptas.				
POR FIANZAS COSTES Y GASTOS JUDICIALES					5.000.000.— Ptas.				
POR DEFENSAS					5.000.000.— Ptas.				

CONDICIONES PARTICULARES

Responsabilidad asegurada:

La Sociedad asume las consecuencias pecuniarias derivadas de reclamaciones formuladas contra el Asegurado, en virtud de las disposiciones legales vigentes sobre responsabilidad civil por daños causados a terceros en el ejercicio de la actividad descrita en el contrato, durante las 24 horas del día.

Daños garantizados:

Corporales: Muerte, lesiones u otros atentados a la salud de personas.

Materiales: Destrucción, deterioro o pérdida de cosas o animales.

Cobertura suplementaria.

El Asegurado conserva su calidad de tal, cuando en el desarrollo de su actividad profesional pronuncie conferencias o tome parte en congresos o jornadas de estudio y cursos de especialización o prácticas.

COSTE DEL SEGURO:

PRIMA NETA ANUAL POR ASEGURADO... 400.— Ptas.

Para cualquier aclaración pueden dirigirse al Agente Sr. Muriel, teléfono en Madrid, 446.92.12

DETALLE DE VOTACIONES AL PROYECTO DE ESTATUTOS

DELEGACIONES	Art. 4 Apar. i)		Art. 10		Art. 11 ap. 9)		Art. 19 Parr. 1		Art. 21 últ. pár		Art. 28 apar. a)		Art. 39 Parr. 1º		Art. 44 Parr. 1º		Art. 46 Párr. 1º		Art. 50 Parr. 1º		Art. 52 Apar. j)		Art. 86		Art. 87		Dispos. transi.		Dispos. Adicional		
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E a) b)	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
EUZKADI	15	17	6	27	1	25	11	19	8	25	10	22	1	1	32	4	29	2	31	2	31	5	28	21	11	6	26	19	11	10	21
CATALUÑA	90	21	67	45	24	88	65	50	66	47	65	25	16	39	71	47	67	35	77	41	72	57	54	92	18	74	37	95	14	69	44
MADRID	110	36	92	50	11	139	61	81	66	78	75	36	25	34	113	66	83	30	120	43	102	72	70	114	33	90	54	105	32	65	78
ANDAL. ORIEN.	12	2	13	3	6	10	10	4	10	6	9	3	3	9	6	8	8	7	9	8	6	11	3	13	3	12	4	12	2	9	5
ARAGON	23	3	14	13	1	27	8	20	10	16	11	14	1	6	22	12	15	9	19	6	22	10	17	19	8	13	14	22	4	18	8
GALICIA	4	0	3	1	0	4	3	1	2	2	3	1	0	0	4	1	3	1	3	1	3	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2
NAVARRA	18	3	5	16	2	19	7	14	10	11	4	15	1	2	18	2	18	1	19	0	20	4	16	19	2	5	14	12	7	7	13
BALEARES	14	6	15	6	2	19	12	9	12	8	4	14	0	5	15	7	13	5	14	3	16	9	11	15	5	12	8	17	4	7	13
P. VALENCIA	28	5	14	21	4	32	16	19	12	19	6	12	17	1	34	12	26	1	33	5	31	12	23	24	9	16	20	25	11	5	29
NORTE	18	5	17	9	5	20	12	14	13	10	9	12	0	9	18	10	17	6	21	7	20	18	9	20	3	12	14	19	4	14	7
CASTILLA - LEÓN	19	0	1	17	0	19	3	16	0	19	0	19	0	1	18	17	1	0	18	0	19	0	18	18	1	16	3	17	2	1	18
ANDAL. OCCID.	15	16	11	18	1	31	10	22	9	22	9	18	0	4	27	7	23	5	27	3	28	9	21	15	18	9	20	17	11	3	28
LAS PALMAS	13	3	12	4	16	0	9	7	0	16	1	15	0	2	14	2	14	2	14	2	14	6	9	11	5	10	5	11	5	6	10
VOTOS CORREO	414	132	295	252	33	485	233	306	183	357	207	231	77	107	427	151	395	79	477	126	417	216	307	414	128	297	222	362	139	177	346
TOTALES	793	249	565	482	106	918	460	582	401	636	413	437	141	220	819	346	712	183	882	247	801	431	588	797	246	573	444	735	248	393	622

	Voto Directo	Voto Correo	TOTAL CENSO	Total Votos Emitidos	% Votos Sobre Censo
Andalucía Occidental	33	24	273	57	21%
Andalucía Oriental	16	22	222	38	17%
Aragón	30	3	81	33	41%
Baleares	21	4	90	25	28%
Castilla-León	19	45	202	64	32%
Cataluña	118	78	1975	196	10%
Euskadi	36	21	259	57	22%
Galicia	4	40	258	44	17%
Las Palmas	16	4	92	20	22%
Madrid	154	260	2756	414	15%
Navarra	21	2	92	23	25%
Norte	27	7	159	34	21%
Pais Valenciano	38	40	612	78	13%
Tenerife	(—)	4	112	4	4%

CENSO TOTAL	7.183
PAPELETAS EMITIDAS	1.087 (15%)
PAPELETAS VALIDAS	1.080
PAPELETAS EN BLANCO	3
PAPELETAS NULAS	4

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

Inclusión de Psicólogos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por cuenta propia o autónomos

1.— Desde 1980 el Colegio ha venido interesándose por las posibilidades de inclusión de los Psicólogos en ejercicio libre de la profesión en el Régimen Especial de los Trabajadores por cuenta propia o autónomos de la Seguridad Social. El dictámen que, por encargo del Colegio, emitió en su momento el profesor José Ramón Juaniz Naya, de la Universidad de Valencia, ponía de relieve con suficiente claridad las dos conclusiones siguientes:

a) Que la actividad profesional de Psicólogo por cuenta propia está obligatoriamente incluida en el campo de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos o por cuenta propia de la Seguridad Social, sin que su integración requiera un decreto previo especial. Es decir que, suprimida la necesidad de sindicación a partir del Real Decreto Ley de 2 de Julio de 1977 y de los preceptos constitucionales, la profesión de Psicólogo queda obligatoriamente incluida en este régimen.

b) Que, no obstante, las entidades gestoras vienen rechazando esta inclusión en el Régimen de Autónomos cuando se solicita individualmente, y sólo la aceptan cuando, solicitada por los Organos rectores de un Colegio o Asociación Profesional, la integración en este régimen se hace para todo el colectivo con carácter obligatorio.

Tal y como se anunciaba en el dictamen citado, se publicó el Real Decreto nº 2.504/80 de 24 de Octubre por el que, efectivamente se estableció que "la inclusión obligatoria en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos de aquellos trabajadores de esta naturaleza que para el ejercicio de su actividad profesional necesiten, como requisito previo, integrarse en un Colegio o Asociación Profesional, se llevara a cabo a solicitar de los organos superiores de representación de dichas entidades y mediante orden ministerial".

2.— Hasta el Decreto últimamente citado la situación por tanto, era la siguiente: los Psicólogos no se veían obligados a integrarse en este régimen, pero cuando individualmente lo solicitaban y, generalmente era denegada su afiliación por la Mutualidad,

podían obtener una Sentencia favorable de la Magistratura de Trabajo acordando su inclusión.

Trás el citado Decreto —y aunque es muy discutible su legalidad y constitucionalidad— se hace más difícil la inclusión individual, incluso por Sentencia de la Magistratura de Trabajo, pero queda claramente abierto el sistema de inclusión colectiva obligatoria mediante Orden Ministerial (ya no se exige un Decreto del Gobierno) siempre y cuando se solicite por los órganos de representación del Colegio.

3.— En esta circunstancia, se hace necesario que los colegiados formen su opinión sobre la actuación que debe seguir la Junta de Gobierno del Colegio, en el sentido de solicitar o no solicitar del Ministerio la aplicación de este régimen, bien entendido que de conseguirse lo sería con carácter obligatorio para todos los Psicólogos en ejercicio libre.

Para formar esta opinión conviene que sea de todos conocido el alcance económico y la acción protectora de este régimen.

Forma de pago	Cuota obligatoria (sobre base mínima 30.000 Ptas.)	Mejora voluntaria de asistencia sanitaria y P.F. (con independencia de la base).	Mejora voluntaria de I.L.T. (sobre base mínima 30.000 Ptas.)	Total
Mensual	5.550	5.357	660	11.567 Ptas.
Trimestral	16.484	16.071	1.980	34.535 Ptas.
Semestral	32.634	32.142	3.960	68.736 Ptas.
Anual	63.270	64.284	7.920	135.474 Ptas.

4.— Con carácter obligatorio el Régimen Especial de Autónomos protege las siguientes contingencias:

- a) Invalidez por incapacidad permanente total para la profesión habitual, incapacidad permanente absoluta para todo trabajo y gran invalidez.
- b) Vejez.
- c) Muerte y supervivencia.
- d) Protección a la familia.
- e) Ayuda económica con ocasión de intervención quirúrgica.
- f) Asistencia sanitaria a pensionistas.
- g) Beneficios de asistencia social.
- h) Servicios sociales por contingencias y situaciones especiales.

Con carácter voluntario puede el interesado mejorar su protección en,

este régimen en materia de asistencia sanitaria y protección a la familia y de incapacidad laboral transitoria.

5.— El interesado podría, por tanto, elegir voluntariamente entre el pago de la cuota obligatoria de forma exclusiva (con el que cubre las contingencias protegidas con carácter obligatorio que antes se han indicado), o pagar junto a la cuota obligatoria la mejora voluntaria para incapacidad laboral transitoria o la mejora voluntaria para asistencia sanitaria y protección a la familia, o ambas.

6.— Asimismo el interesado, voluntariamente, puede fijar su base de cotización (que servirá como base para calcular en su caso, las prestaciones que le corresponden) entre un tope mínimo y un tope máximo, cuya elección determina la cuantía de su cuota obligatoria y de su cuota, si ha optado por esta mejora, por incapacidad laboral transitoria. Es, sin embargo, fija la cuota por asistencia sanitaria y protección a la familia, cuando se ha optado por esta mejora.

7.— Actualmente las cuotas fijadas son las siguientes:

(Hay unas pequeñas bonificaciones en la cuota obligatoria según el pago sea trimestral, semestral o anual, que quedan ya recogidas en los datos anteriores).

(Se adjunta un cuadro oficial que expone la variación de las cuotas en función de las diferentes bases de cotización).

8.— De acuerdo con el artículo 2, párrafo 2 de la Orden de 24 de Septiembre de 1970 la inclusión obligatoria en este régimen no queda afectada (es decir, es compatible) por la realización simultánea de otras actividades, por cuenta ajena o propia, que den lugar a la inclusión del interesado en otro u otros regímenes de la Seguridad Social.

TABLA DE COTIZACIONES

Por resolución de la Dirección General de Régimen Económico de la Seguridad Social, de 12 de Marzo de 1982, (B.O.E. de 31-3-82), se llevan las bases de cotización en el Régimen Especial de los Trabajadores por cuenta propia o autónomos, las cuales quedan fijadas, con efectos de 1 Enero 1982 en la siguientes cantidades.

CLAVE	BASE DE COTIZACION	MENSUAL		TRIMESTRAL		SEMESTRAL		ANUAL	
		CUOTA OBLIGATORIA	I.L.T.	CUOTA OBLIGATORIA	I.L.T.	CUOTA OBLIGATORIA	I.L.T.	CUOTA OBLIGATORIA	I.L.T.
33	30.000	5.550	660	16.484	1.980	32.634	3.960	63.270	7.920
34	32.000	5.920	704	17.582	2.112	34.810	4.224	67.488	8.448
35	34.000	6.290	748	18.681	2.244	36.985	4.488	71.706	8.976
36	36.000	6.660	792	19.780	2.376	39.161	4.752	75.924	9.504
37	38.000	7.030	836	20.879	2.508	41.336	5.016	80.142	10.032
38	40.000	7.400	880	21.978	2.640	43.512	5.280	84.360	10.560
39	42.000	7.770	924	23.077	2.772	45.688	5.544	88.578	11.088
40	44.000	8.140	968	24.176	2.904	47.863	5.808	92.796	11.616
41	46.000	8.510	1.012	25.275	3.036	50.039	6.072	97.014	12.144
42	48.000	8.880	1.056	26.374	3.168	52.214	6.336	101.232	12.672
43	50.000	9.250	1.100	27.473	3.300	54.390	6.600	105.450	13.200
44	52.000	9.620	1.144	28.571	3.432	56.566	6.864	109.668	13.728
45	54.000	9.990	1.188	29.670	3.564	58.741	7.128	113.886	14.256
46	56.000	10.360	1.232	30.769	3.696	60.917	7.392	118.104	14.784
47	58.000	10.730	1.276	31.868	3.828	63.092	7.656	122.322	15.312
48	60.000	11.100	1.320	32.967	3.960	65.268	7.920	126.540	15.840
49	62.000	11.470	1.364	34.066	4.092	67.444	8.184	130.758	16.368
50	64.000	11.840	1.408	35.165	4.224	69.619	8.448	134.976	16.896
51	66.000	12.210	1.452	36.264	4.356	71.795	8.712	139.194	17.424
52	68.000	12.580	1.496	37.363	4.488	73.970	8.976	143.412	17.952
53	70.000	12.950	1.540	38.462	4.620	76.146	9.240	147.630	18.480
54	72.000	13.320	1.584	39.560	4.752	78.322	9.504	151.848	19.008
55	74.000	13.690	1.628	40.659	4.884	80.497	9.768	156.066	19.536
56	76.000	14.060	1.672	41.758	5.016	82.673	10.032	160.284	20.064
57	78.000	14.430	1.716	42.857	5.148	84.848	10.296	164.502	20.592
(1)58	80.000	14.800	1.760	43.956	5.280	87.024	10.560	168.720	21.120
59	82.000	15.170	1.804	45.055	5.412	89.200	10.824	172.938	21.648
60	84.000	15.540	1.848	46.154	5.544	91.375	11.088	177.156	22.176
61	86.000	15.910	1.892	47.253	5.676	93.551	11.352	181.374	22.704
62	88.000	16.280	1.936	48.352	5.808	95.726	11.616	185.592	23.232
63	90.000	16.650	1.980	49.451	5.940	97.902	11.880	189.810	23.760
64	92.000	17.020	2.024	50.549	6.072	100.078	12.144	194.028	24.288
65	94.000	17.390	2.053	51.648	6.204	102.253	12.408	198.246	24.816
66	96.000	17.760	2.117	52.747	6.336	104.429	12.672	202.464	25.344
67	98.000	18.130	2.153	53.846	6.468	106.604	12.936	206.682	25.872
68	100.000	18.500	2.200	54.945	6.600	108.780	13.200	210.900	26.400
69	102.000	18.870	2.244	56.044	6.732	110.956	13.464	215.118	26.928
70	104.000	19.240	2.288	57.143	6.864	113.131	13.728	219.336	27.456
71	106.000	19.610	2.332	58.242	6.996	115.307	13.992	223.554	27.984
72	108.000	19.980	2.376	59.341	7.128	117.482	14.256	227.772	28.512
73	110.000	20.350	2.420	60.440	7.260	119.658	14.520	231.990	29.040
74	112.000	20.720	2.464	61.538	7.392	121.834	14.784	236.208	29.568
75	114.000	21.090	2.508	62.637	7.524	124.009	15.048	240.426	30.096
76	116.000	21.460	2.552	63.736	7.656	126.185	15.312	244.644	30.624
77	118.000	21.830	2.596	64.835	7.888	128.360	15.576	248.862	31.152
78	120.000	22.200	2.640	65.934	7.920	130.536	15.840	253.080	31.680
79	122.000	22.570	2.684	67.033	8.052	132.711	16.104	257.298	32.208
80	124.000	22.940	2.728	68.132	8.184	134.887	16.368	261.516	32.736
81	126.000	23.310	2.772	69.231	8.316	137.062	16.632	265.734	33.264
82	128.000	23.680	2.816	70.330	8.448	139.238	16.896	269.952	33.792
83	130.000	24.050	2.860	71.429	8.580	141.413	17.160	274.170	34.320
84	132.000	24.420	2.904	72.528	8.712	143.589	17.424	278.388	34.848

NOTA: Las cuotas de pago trimestral tienen bonificación del 1%, las de pago semestral del 2% y las de pago anual del 5%.

(1) Base máxima para los mayores de 55 años.

Funcionamiento de las Delegaciones

Aprobado por la Junta de Gobierno
celebrada el 4 de Julio de 1982

Aprobar con carácter provisional hasta la entrada en vigor de los Estatutos del Colegio, las siguientes normas de funcionamiento para las delegaciones actualmente existentes:

PRIMERA.— Cada Delegación estará regida por una Junta Rectora que tendrá las competencias que en ella delegue la Junta de Gobierno del Colegio, y al menos las siguientes:

a) Organizar actividades y servicios formativos, culturales, asistenciales, y en general cuantos puedan interesar a la formación permanente de los colegiados.

b) Colaborar con otras entidades públicas y privadas que, dentro de su ámbito territorial, mantengan actividades o servicios coincidentes en todo o en parte con la actividad profesional de la Psicología.

c) Cuidar, en su ámbito territorial, de las condiciones del ejercicio profesional, y en particular, evitar el intrusismo, proponiendo en su caso a la Junta de Gobierno del Colegio las medidas a adoptar.

d) Cuidar, en el mismo ámbito, de la proyección pública de la profesión.

e) Procurar la armonía y colaboración entre los colegiados adscritos a la Delegación, evitando la competencia desleal.

SEGUNDA.— Cada Delegación establecerá su sede y dispondrá, dentro de las posibilidades presupuestarias, del local y personal necesarios para el ejercicio de sus competencias. No obstante, se requerirá la aprobación de la Junta de Gobierno del Colegio para la contratación de personal y para todos los actos que excedan la administración ordinaria de los recursos atribuidos en presupuesto a la Delegación.

TERCERA.— Cada Delegación se registrará por su propio Reglamento, que requerirá, para su validez, la aprobación de la Junta de Gobierno.

CUARTA.— Cuando la Junta Rectora de una Delegación no ejerza las competencias que tenga conferidas, o realice actos contrarios a estos Estatutos y demás normas colegiales, la Junta de Gobierno podrá nombrar uno o varios interventores-delegados atribuyéndoles las facultades económicas y administrativas que procedan.

Cuando cesen, por cualquier causa, más de la mitad de los miembros de una Junta Rectora de Delegación, la Junta de

Gobierno constituirá una Junta Rectora de antigüedad, formada por los colegiados más antiguos de la Delegación, que se hará cargo de su gestión y convocará nuevas elecciones en el plazo máximo de cuatro meses.

QUINTA.— Los colegiados estarán adscritos a la Delegación que corresponda al lugar de su residencia habitual. Los residentes en el extranjero, a la Delegación que elijan.

Cuando un colegiado traslade su residencia causará baja en la Delegación a la que pertenecía, y alta en la que entonces le corresponda. El cambio de Delegación no exigirá el pago de ninguna cuota especial. Si el traslado se produce en el primer semestre del año, la Delegación de origen entregará a la Delegación hacia la que se produzca el traslado, la mitad de la cuota anual del colegiado. Si se produce en el segundo semestre, la Delegación de origen retendrá el total de la cuota, aunque el colegiado disfrutará de todos sus derechos en la nueva Delegación.

SEXTA.— Cada tres años la Junta de Gobierno convocará elecciones ordinarias para cubrir todos los puestos de las Juntas Rectoras de Delegación, sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo segundo de la norma cuarta.

La convocatoria de elecciones se hará con un mínimo de tres meses de antelación a la fecha de su celebración y especificará el calendario electoral y el procedimiento de votación, escrutinio y proclamación, así como los recursos procedentes.

SEPTIMA.— Podrán presentarse candidaturas, ya sean completas, parciales o individuales, durante los dos meses posteriores a la convocatoria, mediante escrito dirigido a la Junta Rectora y avalado por un mínimo de firmas de colegiados, equivalentes al 10% de colegiados adscritos a la Delegación si ésta cuenta con menos de quinientos colegiados adscritos, y por un mínimo de cincuenta firmas de colegiados si cuenta con más de quinientos.

La Junta Rectora proclamará las candidaturas válidamente presentadas hasta veinticinco días antes de la celebración de las elecciones, mediante comunicación a todos los colegiados. La Junta Rectora facilitará, de acuerdo con los medios de que disponga la Delegación, la propagan-

da de los candidatos en condiciones de igualdad.

Contra la proclamación de candidatos podrá presentar reclamación ante la Junta Rectora cualquier colegiado, en el plazo de tres días, que será resuelta en otros tres.

En el caso de que no haya más que una candidatura, ésta será proclamada, sin necesidad de votación, el día que se haya fijado para la votación.

OCTAVA.— En todo caso, se aplicará el procedimiento electoral previsto en los Estatutos Provisionales con las modificaciones siguientes:

a) Serán electores y elegibles los colegiados adscritos a la Delegación.

b) Los votos por correo, se remitirán a la mesa electoral de la Delegación y, en caso de haber varias, a la que esté situada en la sede de la misma.

c) Caso de celebrarse las elecciones simultáneamente con las de Junta de Gobierno, se utilizarán urnas y papeletas diferentes para una y otra elección.

d) Las comunicaciones a los colegiados se realizarán exclusivamente a los adscritos a la Delegación, por cuanto se refiere a la elección de Juntas Rectoras.

e) Sólo estarán legitimados para interponer reclamaciones y recursos sobre el proceso electoral, de Junta Rectora, los colegiados adscritos a la Delegación.

f) La proclamación final de los resultados electorales podrá ser recurrida en alzada ante la Junta de Gobierno del Colegio.

DISPOSICION TRANSITORIA.— Sin perjuicio de lo previsto en la norma cuarta, párrafo segundo, cualquier Junta Rectora de Delegación actualmente en funciones que no haya sido elegida con posterioridad a la aprobación de los Estatutos Provisionales del Colegio, podrá solicitar de la Junta de Gobierno del Colegio la renovación.

A tal efecto, presentará su dimisión en bloque y quedará constituida como Comisión Gestora para atender los asuntos de trámite y realizar el proceso electoral. Del mismo modo se procederá si una Asamblea de Colegiados de una Delegación solicita, por mayoría absoluta, la celebración de elecciones siempre que la Junta Rectora en funciones no haya sido elegida con posterioridad a la aprobación de los Estatutos Provisionales del Colegio.

I Jornadas de Gabinetes Municipales del País Valenciano

La delegación del País Valenciano de nuestro colegio organiza del 24 al 26 de septiembre, las I Jornadas de Gabinetes Municipales del País Valenciano. El programa de tales Jornadas es el siguiente.

Ponencia 1. Los Gabinetes Municipales. Nacimiento y trayectoria. Coordina: Concha Aldomar.

Ponencia 2. Análisis y situación de la escuela actual. Coordina: Miguel García.

Ponencia 3. Situación actual de los Gabinetes Municipales. Coordina: M^a Dolores Mari.

Ponencia 4. El futuro de los Gabinetes Municipales. Líneas de actuación. Coordina: Tomás Llopis.

Ponencia 5. Los Gabinetes Municipales vistos por la Administración. Coordina estas Jornadas, que gozan del patrocinio de la Diputación de Valencia, Gustavo Zaragoza.

Traslado de colegiados entre Delegaciones

Los colegiados están adscritos a la Delegación que corresponde al lugar de su residencia habitual y si ésta es en el extranjero pueden elegir la Delegación a la que prefieren estar adscritos. Al trasladar su residencia, el colegiado causa baja en la Delegación a la que pertenecía y alta en la que ahora le corresponde. El cambio de Delegación no exige el pago de ninguna cuota especial. El interesado puede solicitar el traslado bien en la Delegación de origen, bien en la de destino. En cualquier caso, si ya había recibido el carnet, lo deberá entregar al solicitar el cambio. Si aún no ha pagado la mitad de la cuota de inscripción, el colegiado deberá abonarla en la Delegación de origen, antes de proceder a su traslado, pudiendo optar el colegiado por efectuar este pago mediante talón o en metálico. No se cursará el traslado mientras el colegiado no esté al corriente de sus pagos.

Si solicita el traslado en la Delegación a la que quiere pertenecer, el colegiado quedará a la espera de la carta en que se le comunique que se ha recibido su solicitud de traslado, cumplimentada por la Delegación de origen. El colegiado dejará cumplimentado el papel de domiciliación bancaria, la ficha amarilla y firmará un nuevo carnet, para lo cual llevará una fotografía.

A efectos de antigüedad se tendrá en cuenta la antigüedad en el Colegio, no en la Delegación. No será preciso volver a registrar el título del colegiado.

DIRECCIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

SECRETARIA ESTATAL

Fernández de los Ríos, 87-3º Izq.
MADRID-15

Tlfno.: (91) 244.57.50
Horario: 10,00 — 14,00
16,30 — 20,30

ANDALUCIA OCCIDENTAL

Sevilla, Cádiz, Córdoba, Huelva y Ceuta
Sierpes, 48-1ºE. SEVILLA

Tlfno.: (954) 21.77.28
Horario: 18,00 — 20,00

ANDALUCIA ORIENTAL

Granada, Jaén, Málaga, Almería y Melilla
General Narvaez, 1. GRANADA

Tlfno.: (958) 25.47.16
Horario: 12,30 — 14,00
17,30 — 20,30

ARAGON

Zaragoza, Huesca y Teruel
Mariano Barbasán, 12. ZARAGOZA-6

Tlfno.: (976) 25.42.66
Horario: 11,00 — 14,00

BALEARES

Islas Baleares
Berenguer de Tornamira, 9-1º, 2º
PALMA DE MALLORCA-12

Tlfno.: (971) 21.22.02
Horario: 17,00 — 18,00

CASTILLA-LEON

Valladolid, Burgos, Soria, Segovia, Avila,
Palencia, León, Zamora y Salamanca
Plaza de España, 13-5º Izq. VALLADOLID

Tlfno.: (983) 22.62.16
Horario: 16,30 — 20,30

CATALUÑA

Barcelona, Tarragona, Lérida y Girona
Balmes, 105-1º, 1º. BARCELONA-8

Tlfno.: (93) 254.04.02
Horario: 10,00 — 13,00
16,00 — 20,00

EUSKADI

Vizcaya, Alava y Guipúzcoa
Beato Tomás de Zumárraga, 40-3º A
VITORIA (Alava)

Tlfno.: (945) 24.18.96
Horario: 18,00 — 20,00
excepto viernes que es por
la mañana

GALICIA

La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra
Plaza del Toural, 9-2º Izq.
SANTIAGO DE COMPOSTELA (La Coruña)

Tlfno.: (981) 58.40.87
Horario: 17,45 — 19,45

NAVARRA

Navarra y Rioja (Logroño)
Iturrana, 10 — o al Apartado 252
PAMPLONA (Navarra)

Tlfno.: (948) 26.41.62
Horario: 08,00 — 15,00

NORTE

Asturias y Santander
Campoamor, 28-1º, 6. OVIEDO

Tlfno.: (985) 22.27.45
Horario: 17,00 — 19,00

PAIS VALENCIANO

Valencia, Castellón y Alicante
Tirso de Molina, 3. VALENCIA-9

Tlfno.: (96) 340.41.38
Horario: 09,00 — 13,00
16,30 — 20,30

LAS PALMAS

Las Palmas (Gran Canaria)
Obispo Rabadán, 22. Bajo A. LAS PALMAS-3

Tlfno.: (928) 36.71.54
Horario: 17,00 — 19,00

TENERIFE

Tenerife
Rosa, 35. SANTA CRUZ DE TENERIFE

Tlfno.: (922) 28.90.60
Horario: Martes y Jueves
18,00 — 20,00

MADRID

Madrid, Guadalajara, Cuenca, Toledo, Murcia,
Ciudad Real, Albacete, Cáceres y Badajoz
Fdez. de los Ríos, 87-3º Izq. MADRID-15

Tlfno.: (91) 244.58.13
Horario: 10,00 — 14,00
16,30 — 20,30

Uno de los problemas con que nos encontramos actualmente en el Colegio es el relativo al desconocimiento de la situación legal y laboral de la profesión en el mundo, debido a que aún no nos ha dado tiempo a conectar con Organismos Internacionales, como la Unión Internacional de Psicología Científica (IUPS) ni con otras organizaciones y Entidades profesionales de psicólogos en otros países.

Sin embargo, somos conscientes que nos puede ayudar bastante, dado que sólo hemos iniciado el camino para la institucionalización plena de nuestra profesión en



España, el conocimiento de la experiencia de nuestros colegas en otros países ante problemas similares.

Aún no disponemos de información suficiente sobre el estado de la profesión a nivel mundial, pero lo poco que sabemos nos muestra que los problemas de los psicólogos en otros países son muy similares a los nuestros, y que incluso a partir de la Ley de creación del Colegio, estaríamos en el pelotón de cabeza de los países en los que está más avanzado el reconocimiento legal de la profesión.

Los psicólogos franceses y la lucha por el reconocimiento legal del título

ADOLFO HERNANDEZ

DO
CU
MEN
TA
CION

Los datos e informaciones comentados en el artículo se han extraído de los Boletines nº 50 de Noviembre de 1981 y 51 de Febrero de 1982, editado por el Sindicato Nacional de Psicólogos, del nº 3-4, tomo 25, de Diciembre de 1980 de la Revista "Psychologie Française", órgano oficial de la Sociedad Francesa de Psicología, así como de una circular de esta misma Sociedad, de Junio de 1981.

De hecho y según datos de la IUPS de 1977, nuestro Colegio con 7.000 asociados, estaría entre las cinco Asociaciones de psicólogos con más afiliados. En 1977, el ranking era el siguiente:

- 1º.— A.P.A. (USA): 49.046 asociados.
- 2º.— Colegio Oficial de Psicólogos (España-Enero 1982): 7.000 asociados.
- 3º.— B.P.A. (Gran Bretaña): 6.500 asociados.
- 4º.— República Federal Alemana: 5.520 asociados.
- 5º.— Japón: 3.000 asociados.

Según las informaciones disponibles la situación legal de la profesión es mala por inexistente. Actualmente el colectivo de psicólogos oscilaría entre 10.000 y 15.000 y no hay ninguna organización que los agrupe mayoritariamente, por el contrario hay una enorme dispersión en sindicatos y asociaciones de diverso tipo. Por afiliados y antigüedad parece que las más importantes y significativas son la Sociedad Francesa de Psicología (SFP) y el Sindicato Nacional de Psicólogos:

— SOCIEDAD FRANCESA DE PSICOLOGIA (SFP)

Fue fundada en 1901. Según datos de 1978, tenía 1.418 asociados, agrupados en las siguientes Secciones:

- Psicología Experimental: 137 miembros.
- Psicología Clínica: 337 miembros.
- Psicología Social: 147 miembros.
- Psicología Fisiológica: 60 miembros.
- Psicología Infantil: 333 miembros.
- Psicología del Trabajo: 404 miembros.

Para ser aceptado como socio es preciso poseer un título universitario de Psicología y un ejercicio profesional de 5 años como mínimo. Su homónima en España sería la Sociedad Española de Psicología, salvo en lo relativo al aspecto de defensa de la profesión, netamente asumido por la SFP y no asumido por la SEP, que siempre ha remarcado su carácter de sociedad exclusivamente científica. Publica la revista trimestral "Psychologie Française".

— SINDICATO NACIONAL DE PSICOLOGOS (SNP)

Creado en 1950, agrupa a unos 1.300 asociados. Principalmente agrupa a los psicólogos que trabajan liberalmente. Publica un Boletín trimestral. En Octubre de 1981 celebraron su 7º Congreso sobre el tema "Psicología y Libertades".

En 1979 se creó una Comisión para el estudio del ejercicio de la profesión de psicólogos, integrada por representantes de la SFP y de la Asociación de Profesores Universitarios de Psicología.



Esa Comisión fue creciente hasta convertirse en una Coordinadora que agrupa en la actualidad a las siguientes asociaciones:

- Sociedad Francesa de Psicología (S.F.P.).
- Sindicato Nacional de Psicólogos (S.N.P.).
- Asociación de Consejeros de Orientación de Francia (A.C.O.F.).
- Asociación de Profesores Universitarios de Psicología (A.E.P.U.).
- Asociación Francesa de Psicología Humanista (A.F.P.H.).
- Asociación Francesa de Psicólogos Escolares (A.F.P.S.).
- Instituto de Psicoterapia (I.P.).
- Agrupación Sindical de Psicólogos Prácticos (P.S.Y.G.).
- Sindicato Nacional de la Enseñanza Superior (S.N.E. sup.).
- Sindicato de Psicólogos de la Educación Nacional (S.P.E.N.).
- Sindicato Nacional de Psicoterapeutas, Sexólogos y Especialistas en Métodos Corporales y Comportamentales (S.N.P.S.P.M.C.C.).
- Sindicato General de la Educación Nacional C.F.D.T. (S.G.E.N. C.F.D.T.).
- Sindicato Nacional de Investigadores Científicos (S.N.C.S.).
- Sindicato Nacional de la Enseñanza Secundaria (S.N.E. Sec.).
- Sindicato Nacional de Psicoterapeutas (S.N.P.).
- Unión Nacional de Estudiantes de Francia (U.N.E.F.).
- Sindicato de Psicólogos del Sudeste (S.P.S.E.).
- Sindicato Nacional del Personal de la Educación Vigilada (S.N.P.E.S.).
- Grupo de Estudio de los Psicólogos Prácticos (G.E.P.P.).

De todas ellas tiene derecho de voto la AEPU, AFPS, GEPP, PSYG, SFP, SPEN y SNP. Las demás organizaciones tienen el estatuto de observadores con voz pero sin voto.

¿Qué objetivos persiguen los psicólogos franceses?

Antes de especificar la plasmación actual del proyecto de Ley aprobado por la Coordinadora Nacional, cuya composición acabamos de describir, conviene hacer algunas consideraciones históricas, que permitan entender por ejemplo, la razón por la que los psicólogos franceses no

reivindican la creación de un Colegio Profesional ("Ordre" en francés) como lo hemos hecho en España. La argumentación la hemos recogido de documentos de la S.F.P.

¿Por qué se reivindica la protección legal de un título de psicólogo y no la creación de un Colegio Profesional?

La búsqueda de la protección legal del título de psicólogo trata sobre todo de proteger al público. El monopolio de uso de un título garantiza una formación y capacidades profesionales sancionadas a menudo por una habilitación.

En Francia los poderes públicos son tradicionalmente hostiles a la protección de las profesiones. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano votada por la Asamblea Constituyente en 1789, proclamó el libre acceso de cualquier persona a la profesión que elija. La Revolución francesa pretendió acabar no sólo con los privilegios de la Nobleza, sino también con los de las Corporaciones. Desde entonces, sólo el régimen de Vichy, colaborador de los nazis, que se definió como un Estado Corporativo, rompió la tradición anticorporativista, iniciada por la Revolución de 1789.

Esta posición de principio no impide que algunas profesiones se vean reconocer una existencia legal. El argumento esencial de estos reconocimientos no es, entonces, la protección de los profesionales sino la del público. En ausencia de un Código de las Profesiones, en la actualidad coexisten tres modalidades de regulación de las profesiones:

- 1º.— Las profesiones cuyo título y prácticas están protegidas y que disponen de un organismo (Colegio "Ordre" en francés) que controla el ejercicio de la profesión.
- 2º.— Las profesiones cuyo título y prácticas están protegidas, pero que se encuentran bajo el régimen de derecho profesional general.
- 3º.— Las profesiones que sólo tienen el título protegido.

1º.—LOS COLEGIOS PROFESIONALES

Entre los más representativos se encuentran los Colegios Profesionales de Médicos, Cirujanos, Odontólogos, Coma-

dronas, Farmacéuticos, Arquitectos y Abogados. Fueron creados por el régimen de Vichy y han subsistido.

No ha habido ninguna nueva creación de Colegios Profesionales desde 1945.

Un Colegio reúne, por definición, a todos los miembros de una profesión y dispone de ciertos poderes: reglamentarios, jurídicos, disciplinarios, así como del derecho de percibir una tasa (la cotización). Dispone de un Código de Deontología (definición: conjunto de preceptos que rigen la conducta de las personas que pertenecen a profesiones colegiadas).

El acceso a estas profesiones está abierto por la posesión de un Diploma Nacional, y el ejercicio profesional necesita el acuerdo del Colegio que controla la práctica. Los miembros de cada una de estas profesiones disponen de una protección absoluta del título y de un monopolio del ejercicio.

2º.—LAS PROFESIONES QUE TIENEN UN MONOPOLIO DE EJERCICIO

Hay profesiones que se han hecho reconocer por los poderes públicos el monopolio de ciertas prácticas profesionales. El acceso a estas profesiones necesita la posesión de un Diploma Nacional, y se exige el título profesional para poder trabajar. En esta situación se encuentran todas las profesiones paramédicas dependientes del Código de Sanidad.

3º.—LAS PROFESIONES QUE SOLO TIENEN PROTEGIDO EL TÍTULO

En la mayoría de las profesiones cuyo título no está protegido y que no disponen de ningún monopolio de ejercicio, la mención de un Diploma Nacional protegido permite dar a conocer al público a aquellos que han recibido una formación especializada.

En Francia como en otros países, la profesión se ha organizado y posteriormente ha obtenido de los poderes públicos el reconocimiento legal de un estado de hecho.

En ausencia de un Código de las Profesiones, en un país anticorporativista, es un camino normal, que se justifica cuando la profesión corre el riesgo de desvalorizarse por las prácticas de individuos sin formación, con el riesgo subsiguiente para el público.



La ausencia de una protección de la profesión evita definir sus contornos o límites, pero permite también no estar sometido a un Código de Deontología y deja el campo libre a toda una cohorte de charlatanes y magos de formación incierta: *la formación es, pues, la condición necesaria a cualquier reconocimiento de un título profesional.*

Se indicó anteriormente que en 1979 se creó una Comisión para el estudio del ejercicio profesional del psicólogo, integrada por representantes de la SFP y la AEPU. Las hipótesis iniciales fueron las siguientes:

A) PROTECCION DE UN TITULO PROFESIONAL

No se quiere conseguir un Colegio. Pedir que se proteja el ejercicio profesional condenaría a rigidificar las prácticas, lo que sería poco conforme a la necesaria evolución de la práctica profesional de la Psicología. La alternativa es la protección de un título. Reivindicar un título único protegido significa que el público sepa reconocer en la diversidad de Diplomas cuáles tienen derecho a la apelación "psi", y significa de la misma manera que la Administración acuerde una credibilidad a estos Diplomas.

B) HOMOGENEIZACION DE LA FORMACION

Teniendo en cuenta las instancias, universitarias y no universitarias que conceden diversos Diplomas en que figura la raíz "psi", parece necesario, para respetar tanto la diversidad de especializaciones actuales y futuras de la Psicología como la necesaria coherencia de una formación de base, proponer una enseñanza bajo la forma de un tronco común seguido de especializaciones.

En la actualidad los estudios universitarios están divididos en tres ciclos:

1º.— PRIMER CICLO

Ciclo pluridisciplinar de formación general o de orientación que dura dos años. Sancionado por el Diploma de estudios universitarios generales (D.E.U.G.).

2º.— SEGUNDO CICLO

Ciclo de dos años que permite adquirir a los estudiantes, bien una formación bási-

ca en una disciplina(s), sea una formación con finalidad profesional.

Se conceden dos Diplomas, Licencia (3er. año) y "Maitrise" (Maestría-4º año).

3º.— TERCER CICLO

Ciclo de alta especialización y de preparación a la investigación. Duran de 2 a 5 años.

Los estudios de tercer ciclo sanciona:

- Formaciones de finalidad profesional: diploma de estudios superiores especializados (DESS).
- Formaciones orientadas hacia la investigación teórica: diploma de estudios profundos (DEA).

La reforma iría en la línea de exigir para poder trabajar como psicólogo un diploma de tercer ciclo más un año de stage supervisado.

En la última reunión de la Coordinadora de la que tenemos noticias, del 14 de Noviembre de 1981, se aprobó el siguiente proyecto de ley.

TITULO I.

Art. 1: El título de PSICOLOGO es protegido según una definición legal.

Art. 2: Únicamente las personas que hayan recibido una formación definida en el Título II y que se haya comprometido a respetar el Código de Deontología definido en el Título III pueden llevar este título.

TITULO II. De la Formación.

Art. 1: Un Psicólogo es una persona que ha recibido necesariamente 6 años de formación en Psicología en la Universidad, formación que comprende la obtención de un diploma de 3er. ciclo en Psicología.

Art. 2: Esta formación comporta un año de stage práctico remunerado al final de la carrera universitaria. Durante este stage, el estudiante-psicólogo tiene una práctica efectiva de la profesión en uno de los sectores en los que podrá ejercer en el futuro. La Universidad controlará el desarrollo del stage, asociando a profesionales en ejercicio en los lugares de las prácticas. Durante la duración del stage, los estudiantes-psicólogos están sometidos al secreto profesional.

TITULO III. Del Código de Deontología.

Art. 1: La expedición del título da lugar a una entrega oficial del Diploma en el curso de la cual, el futuro psicólogo declara solemnemente conocer las disposiciones del Código de Deontología enuncia-

das en los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del Título III y comprometerse a respetarlas.

Art. 2: Etica.

2.0. En el ejercicio de su profesión el psicólogo tiene prohibido todo acto o palabra que atenten a la dignidad de la persona humana.

2.1. El psicólogo actúa en una sociedad que posee necesariamente normas éticas explícitas o implícitas. En el ejercicio de su profesión éstas se le presentan como elementos objetivos de la situación. En cualquier circunstancia él se remite a la ética de su profesión de psicólogo y en particular si tropieza con conflictos o dificultades de interpretación de estas normas.

2.2. Es consciente de la necesidad de ser objetivo y circunspecto en particular cuando su acción hace intervenir nociones relativas tales como: normal, anormal, adaptado, desadaptado, etc., aplicadas a personas y a relaciones interpersonales.

Art. 3: Secreto Profesional.

3.0. El psicólogo está sometido a la regla del secreto profesional, como todos aquellos que son susceptibles, con ocasión de su actividad profesional, de enterarse de secretos que conciernen a personas físicas o morales.

3.1. Esta regla debe aplicarse en condiciones análogas a las que se definen en el artículo 378 del Código Penal.

3.2. En particular se recuerda que el secreto debe extenderse, en el dominio privado de las personas, a todo lo que el psicólogo "ha visto, oído o comprendido", en el curso de su práctica o de sus investigaciones.

3.3. Se debe salvaguardar el secreto tanto en las palabras como en la conservación y difusión de documentos. El psicólogo debe actuar de manera que los documentos salidos de su trabajo — conclusiones, informes, dictámenes, exposiciones, etc. — estén siempre redactados, presentados y clasificados de manera que esté salvaguardado el secreto.

3.4. Salvo los casos de obligación legal, el psicólogo no puede ser liberado de su secreto por nadie, ni incluso por aquellos a los que concierne este secreto.

Art. 4: Respeto del otro.

4.0. El psicólogo debe prohibirse todo acto o toda palabra susceptibles de perjudicar a las personas físicas o morales de

DO
CU
MEN
TA
CION



las que se ocupa profesionalmente. Siempre que pueda, las ayuda en los límites de su competencia práctica.

4.1. A fortiori, el psicólogo no debe emplear sus medios profesionales para asegurarse ventajas perjudiciales para otro.

4.2. El psicólogo debe guardarse de restringir la autonomía del otro, y en particular sus posibilidades de información, su libertad de juicio y de decisión.

4.3. Cuando el psicólogo, en su actividad profesional, se encuentra en presencia de intereses divergentes, orienta sus intervenciones para evitar perjudicar a cualquiera de las partes en causa.

4.4. El psicólogo debe tener cuidado con las consecuencias directas e indirectas de sus intervenciones, y entre otras con la utilización que podría ser hecha por terceros.

Art. 5: Ciencia.

5.0. Todo psicólogo, cualquiera que sea su especialidad —investigación, práctica o enseñanza—, debe informarse constantemente de los progresos de su disciplina. Los tiene en cuenta en su trabajo y se esfuerza por participar en estos progresos. Debe pues aceptar todas las reglas, exigencias y sujeciones que imponen los trabajos científicos.

5.1. Todo psicólogo se dedica a investigar y aplicar criterios y métodos científicamente comunicables y controlados, limitando así el recurso al principio de autoridad.

5.2. Según los usos científicos, se cuida de comunicar su saber de manera lo más completa posible con un espíritu de exactitud y veracidad.

Art. 6: Autonomía Técnica.

6.0. El psicólogo debe asegurar su autonomía en el uso de sus técnicas.

6.1. Debe rehusar todo compromiso que el estado presente de las técnicas no le permite asumir.

6.2. No deja a los no psicólogos el cuidado y la responsabilidad de la elección de los métodos que él emplea.

Art. 7: Independencia Profesional.

7.0. El psicólogo no debe aceptar condiciones de trabajo que atentarían a su independencia profesional, es decir que le impedirían aplicar los principios deontológicos enunciados en el presente código.

7.1. Debe hacer respetar su independencia profesional cualquiera que sea su posición jerárquica en su situación de trabajo.

7.2. Cada psicólogo tiene el deber de

sostener a sus colegas en la defensa de su independencia.

Art. 8: Ética Internacional.

8.0. El psicólogo condena la utilización de las nociones de "normal" y de "patológico" con fines represivos en el dominio político y social, en cualquier país.

Art. 9: Respeto del Código.

Una Comisión Nacional Paritaria de Estudio y Conciliación conocerá todos los litigios derivados del no respeto del Código de Deontología, enunciados en los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del Título III, por psicólogos en el ejercicio de sus funciones.

La C.N.P.E.C. está compuesta por representantes de los usuarios y los representantes de la magistratura. En caso de no conciliación, las partes deberán recurrir a los tribunales competentes.

Hasta aquí el acuerdo de la coordinadora nacional del 14-XI-81. El Código Deontológico aquí recogido es el elaborado y aprobado por la Sociedad Francesa de Psicología en su Congreso del 7-V-61, salvo el art. 8 que fue aprobado el 8-V-76.

RESUMEN Y COMENTARIOS

1º.— Se define al psicólogo a partir de su formación y no a partir de sus funciones o de sus campos de aplicación. La extrema diversidad de las prácticas profesionales no permite una definición precisa.

Según el estudio de la IUPS de 1977, ya citado, los estudios de Psicología se encuentran entre 4 y 8 años. Por ejemplo, en USA se exige el nivel de Doctorado (8 años). En España los estudios de licenciatura tienen una duración de 5 años, si bien no comporta ninguna especialización.

En Francia, frente a los 4 años (maitrise) que hoy se exigen, el proyecto plantea un aumento de 2 años, hasta alcanzar el nivel de 3er. ciclo, y sobre todo es sumamente interesante la reivindicación de un año de stage, ya remunerado, bajo supervisión.

Los estudios de Psicología en España se encuentran con varios problemas. Por una parte la falta de homogenización de los planes de estudio: hay facultades de Psicología de Filosofía y Ciencias de la Educación, de Filosofía y Letras, con planes de estudio diferentes.

Por otra la ausencia de especializa-

ción, que deben suplir la Escuela de Psicología de Somosaguas y la de Psicología Clínica de Barcelona. Y sobre todo la desconexión entre los estudios universitarios y la práctica profesional.

Ser psiquiatra supone hoy en España obtener la Licenciatura en Medicina (6 años) más realizar los estudios en las Escuelas Profesionales correspondientes (4 años). Total: 10 años.

¿Sería conveniente la ampliación de los estudios de Psicología al 3er. ciclo, es decir 7 años, incluyendo en esos años una sólida formación de base y unos planes de especialización adecuados incluyendo stages supervisados en diversas instituciones y áreas de trabajo?

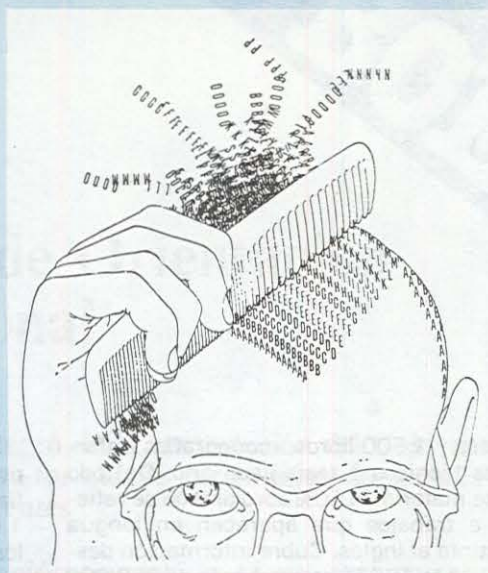
¿Se debe ir a la homogenización de los planes de estudio, o por el contrario a la diversificación, con el posible riesgo de que haya psicólogos de primera, de segunda y de tercera categoría?

2º.— En muy pocos países hay organizaciones profesionales de tipo Colegio. En ese sentido en España habríamos dado un paso importante en el proceso de reconocimiento e institucionalización de la profesión. En Francia no reivindican el Colegio, por razones históricas que se han señalado. Pero el reconocimiento del título es un elemento central en la Ley de creación de nuestro Colegio. Sin embargo ellos ya tienen un Código de Deontología elaborado, aunque no sancionado todavía por los poderes públicos, mientras que nosotros no.

Parece muy sugerente la idea de que el Tribunal de Deontología en lugar de estar compuesto por miembros de la propia profesión, esté compuesto por usuarios y magistrados ajenos a la profesión.

3º.— En Francia no luchan por un Estatuto Profesional, por lo que supone de cristalización de una realidad profesional aún poco consolidada y en evolución continua.

4º.— Debe hacernos reflexionar el que haya más psicólogos en España que en Francia, a pesar de que Francia es un país mucho más desarrollado y con mucha mayor población a la que atender.



DO CU MEN TA CION

Abrimos en este número del Boletín un nuevo apartado en la sección de Documentación que tendrá como finalidad el facilitar un conjunto de elementos de información sobre temas tales como:

- la estructura, el funcionamiento y el contenido de los fondos documentales de aquellas bibliotecas, hemerotecas y centros de documentación, nacionales y extranjeros, especializados en Psicología y Ciencias Sociales en general.
- la forma de utilización y el contenido de publicaciones periódicas secundarias tales como el "Psychological Abstracts", "Current Contents", etc.
- el contenido y la utilización de obras de referencia (diccionarios, enciclopedias, bibliografías, etc.) especializadas en Psicología.
- etc...

La información que se incluye a continuación es la contenida (literalmente) en una nota informativa proporcionada por el ISOC a instancias del Colegio.

La información y documentación científica en Psicología. El ISOC

Todo el mundo ha oído hablar de la explosión de la información. En efecto, a partir de la segunda guerra mundial, la producción de trabajos científicos ha alcanzado cifras escalofriantes.

Con datos de 1973 podemos decir, que el volumen de los conocimientos científicos está aumentando en proporción geométrica y se dobla cada 10 ó 15 años. En el decenio 1970-80, se han puesto en circulación, anualmente, cerca de dos millones de escritos científicos de toda clase, lo que equivale a unos 7.000 informes diarios. La producción literaria de los científicos y técnicos se aproxima a los 20 millones de palabras por día.

El "stock" de artículos científicos y técnicos es posible que esté situado por encima de los 30 millones de títulos, y la producción literaria de los científicos y técnicos aumenta con relación al conjunto de las formas de comunicación, en un 4 ó 5% cada año.

Como dato anecdótico, pero significativo, podemos decir que si se juntaran los

títulos, autores, nombres del editor y fecha de aparición de todo el escrito en el ámbito de la investigación científico-técnica, se obtendrían mil millones de líneas de texto, o sea, lo equivalente a 10.000 volúmenes del tamaño de un diccionario grande.

Así las cosas, únicamente quedaban dos opciones al mundo científico, si quería acceder a las fuentes del conocimiento o la asfixia y el abandono, o la automatización.

Afortunadamente la tecnología informática con su inmenso avance en los últimos años, ha contribuido no sólo a paliar el problema de la documentación e información, sino que ha puesto a nuestra disposición unos medios que nos permiten manejar los millones de unidades de información y elegir entre ellos los que nos interesan de una forma muy simple y extraordinariamente rápida.

Para ello ha hecho falta la aparición de una nueva profesión: los documentalistas. Estos profesionales están preparados por su formación, para conocer las distin-

tas bases y bancos de datos existentes actualmente en los distintos países del mundo, de forma que pueden acceder entre todas ellas a aquella que tiene la información pertinente, y además conocer los distintos lenguajes necesarios que permiten el diálogo interactivo con el ordenador que contiene dicha base de datos.

En cuanto a la Psicología, no es una excepción. Si un psicólogo quisiera leer lo publicado en el mundo sobre la materia de su trabajo, tendría que dedicarle tanto tiempo al día, que no podría hacer otra cosa, no podría realizar sus actividades profesionales, y aún así, ni siquiera tendría tiempo de leerlo todo.

Es por ello que en los países más avanzados, han desarrollado una serie de bases de datos, que permiten localizar y recuperar los trabajos que interesen entre millones de ellos. Entre las bases americanas, estas son las principales.

— PSYCINFO.— La hace la American Psychological Association de Virginia, EEUU. Vacía aproximadamente 1.000 re-

vistas y 1.500 libros, monografías, informes técnicos o tesis cada año. De todo este material el 10% aproximado se refiere a trabajos que aparecen en lengua distinta al inglés. Cubre información desde el año 1967 y registra más de 368.000 documentos. Se pone al día todos los meses.

— **LANGUAGE AND LANGUAGE BEHAVIOR ABSTRACTS.**— Lo hace el Sociological Abstracts Inc., en California. Vacía aproximadamente 1.000 revistas de todo el mundo que cubren el área de las disciplinas concernientes a la naturaleza y uso del lenguaje. Cubre información desde 1973 y registra unos 40.000 documentos. Su puesta al día es trimestral.

— **ERIC.**— Es el Educational Resources Information Center, y lo hacen en Washington y Bethesda. Aunque centrado principalmente en Educación, es fundamental para recuperar información relativa a temas psicológicos en la escuela, en la formación y orientación profesional, etc. Cubre desde 1966, tiene aproximadamente 400.000 citas y se pone al día mensualmente.

— **EXCEPTIONAL CHILD EDUCATION RESOURCES,** del Council for Exceptional Children, de Virginia. Cubre el área de la educación de niños superdotados o minusválidos. Tiene información desde 1966, contiene cerca de 40.000 citas y su puesta al día es bimensual.

Por lo que se refiere a psicología clínica, son altamente aprovechables las bases de datos médicas que cubren la psiquiatría o la psicopatología. Entre ellas destacamos:

— **MEDLINE,** producida por la National Library of Medicine de Bethesda. Vacía aproximadamente 3.000 revistas de todo el mundo. Cubre información desde 1966, contiene más de 3.500.000 artículos reseñados, su puesta al día es mensual.

— **HEALTH PLANNING AND ADMINISTRATION.**— También de la NLM, cubre información desde 1975. Contiene 185.000 registros y es mensual en su actualización.

Cabe destacar la base **MENTALHEALTH ABSTRACTS** que será operativa este mismo año.

Multidisciplinares en su contenido, con cobertura del área psicológica están:

— **COMPREHENSIVE DISSERTATION INDEX,** de la University Microfilms International de Michigan. Cubre las tesis presentadas en los EEUU desde 1861, y de Canadá. Tiene más de 700.000 citas y se actualiza mensualmente.

— **SOCIAL SCIENCE SEARCHM,** del Institute for Scientific Information de Filadelfia. Cubre desde 1972. Tiene más de 1.000.000 de documentos y se pone todos los meses al día.

— **LIBCON.** Contiene ficha de los libros depositados en la Biblioteca del Congreso de Washington.

Es de destacar que en el campo de las Ciencias Sociales importa cubrir la literatura europea. En efecto, por proximidad geográfica y cultural, lo producido en Europa tiene especial relevancia para el investigador español. Por ello, el acceso a bases de datos europeas es imprescindible. Entre las que están disponibles actualmente destacamos:

— **PASCAL,** del CNRS francés, es multidisciplinar en su contenido. Cubre información producida desde 1973 y contiene actualmente unos 3 millones de documentos registrados.

— **EXCERPTA MEDICA.** Hecha en Amsterdam, cubre el campo de la medicina y ciencias afines. Desde 1974, lleva recogidos 1.300.000 documentos.

En España hace ya algunos años, desde el ISOC, se tiene acceso a todas las bases de datos citadas, y a otras muchas que pueden tocar tangencialmente el área de la psicología.

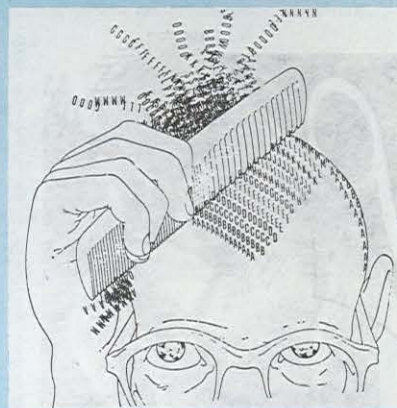
El ISOC es el Instituto de Información y Documentación en Ciencias Sociales y Humanidades. Pertenece al Consejo Superior de Investigaciones Científicas y tiene su sede en la calle Vitrubio, 4, sexta planta, de Madrid.

En él, trabaja un equipo de profesionales de la Documentación, entre los que hay psicólogos, que desde hace años están especializándose en temas de las Ciencias Sociales entre las que contamos la Psicología. Pero no se dedican únicamente a recuperar la información disponible en bases de datos automatizadas.

El Instituto cuenta con una biblioteca muy rica en repertorios que está a disposición de cualquier persona, que puede así, buscarse personalmente su propia bibliografía. Entre los repertorios hay algunos no incluidos en bases de datos, como el Index of Psychoanalytical Writings por ejemplo, de interés para los psicólogos.

Por otro lado, el ISOC consigue la fotocopia de cualquier trabajo cuya referencia se posea y al que no se tenga acceso por las vías convencionales.

Generalizando podemos resumir los servicios del ISOC en cuatro:



BUSQUEDAS RETROSPECTIVAS: Recuperación de la información bibliográfica publicada en el mundo sobre un tema determinado.

PERFILES DE INVESTIGACION: Consiste en la puesta al día periódica sobre un tema. Mensualmente se envía al usuario lo último aparecido en el mundo sobre su tema.

REPROGRAFIA: Consigue la fotocopia de cualquier trabajo: artículo de revista, libros, tesis, etc.

BIBLIOTECA: Abierta al público, cuenta con colecciones de revistas españolas y extranjeras, así como con repertorio que permiten la recuperación de bibliografía por métodos convencionales.

Sin embargo, quizás la labor más importante del ISOC actualmente, consiste en la confección de los Índices Español de Ciencias Sociales y Español de Humanidades.

Debido a la escasa cobertura de las revistas españolas en los repertorios y bases de datos extranjeras, el ISOC se planteó el recoger la bibliografía española publicada en revistas del área de las Ciencias Sociales entre las que contamos la psicología. Hay que decir, que la bibliografía sobre libros españoles, puede conseguirse por medio de los Puntos de Información Cultural del Ministerio de Cultura.

Asimismo, las tesis españolas se recogen en una publicación del Centro de Cálculo del Ministerio de Educación.

Así se han editado ya dos números, el IECS nº 0 y el IECS nºs. 1 y 2. Actualmente está cubierta la literatura española publicada en revistas desde Julio 1976 hasta Diciembre de 1977, y seguimos recogiéndola, intentando recuperar el desfase cronológico existente. Con el IECS puede recuperarse por revistas, autores o materias, los artículos que sobre psicología se han publicado en las revistas españolas.

En general, el ISOC, pretende solucionar cualquier problema que en el campo de la Información y Documentación Científica pueda presentarse al investigador español, desde la lista de trabajos aparecidos sobre un tema, como ya dijimos, hasta la dirección de algún autor, institución o revista de cualquier parte del mundo.

Con el ISOC, el investigador español, concretamente el psicólogo, puede contar con que tiene a su disposición los mismos materiales documentales que cualquier psicólogo de cualquier país desarrollado.

Actividades de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional

Texto íntegro de la contestación del Gobierno a la pregunta formulada por el diputado socialista Jesús Fuentes

Excmo. Sr.: En relación con la pregunta formulada por don Jesús Fuentes Lázaro, Diputado del Grupo Parlamentario Socialista, sobre actividades de los servicios de orientación escolar y vocacional, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Ministro de Educación y Ciencia en nombre del Gobierno, cuyo contenido es el siguiente:

"1. El personal de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional se selecciona conforme a lo dispuesto en el artículo 6.º de la Orden ministerial de 30 de abril de 1977 y en las instrucciones de la Dirección General de Educación Básica de 20 de septiembre de 1978, a través de un concurso público provincial por medio de una comisión seleccionadora.

En la actualidad hay un total de 164 profesores, nombrados por la Dirección General de Personal a propuesta de la Dirección General de Educación Básica, ambas del Ministerio de Educación y Ciencia, a los que cabe añadir un número de 24 orientadores, adscritos a los SOEV por algunos Delegados Provinciales del expresado Ministerio, que han podido hacerlo en los casos de contar con disponibilidades de profesores procedentes del cupo asignado a la provincia, y una vez atendidas preferentemente las otras necesidades docentes.

La titulación requerida viene exigida por el artículo 5.º de la Orden ministerial citada y es la siguiente:

- Licenciados en Pedagogía y/o Psicología o Licenciados en cualquier Facultad y con Diploma Universitario en Psicología y/o Pedagogía.
- Profesores de EGB.
- Y tener experiencia docente y orientadora con un mínimo de tres años.

Como medio orientador, la Dirección General de Educación Básica facilita a las comisiones provinciales un baremo para valorar los méritos de los aspirantes (documento anexo núm. 1).

El régimen laboral es el de Comisión de Servicios por un año, renovables por períodos de igual tiempo. Su dedicación es de tiempo completo (seis o siete horas diarias), con la distribución que requieran las necesidades del servicio.

Reciben los haberes que corresponden a un profesor de EGB, puesto que proceden de dicho Cuerpo Especial, más una gratificación por el destino actual como orientadores.

2. El número de alumnos (complementado el dato con el de colegios) atendidos por estos servicios es el siguiente:

CUADRO I

Alumnos (asistentes a centros estatales) atendidos por los SOEV

Año escolar	1.º	3.º	5.º	8.º	TOTAL	Porcentaje
1977-78	15.056	—	15.861	21.784	52.201	4,6
1978-79	23.738	11.554	23.296	36.343	98.329	5
1979-80	40.249	18.540	38.123	46.636	149.557	6,5
TOTAL	79.043	30.094	76.780	104.763	300.087	

CUADRO II

Número de colegios atendidos por los Servicios Provinciales de Orientación

Medias provinciales	Capital	Provincia	Total	Porcentaje sobre el total nacional centros estatales
Curso				
1977-78	9,5	5	14,5	3
1978-79	7,2	10,4	17,6	5
1979-80	7	28	25	7,5

3. Las funciones del Servicio Provincial de Orientación Escolar y Vocacional son más amplias que la estricta y necesaria atención a los alumnos, puesto que su misión básica es la de servir de coordinación y animación de las actividades de orientación en una provincia (art. 4.º de la Orden ministerial citada). No obstante, y dada la inexistencia de centros de orientación a nivel de barrio o comarca, también asumen la atención a alumnos directamente.

También habría que tener en cuenta el número de profesores tutores que se atienden, los cursos de perfeccionamiento que realizan, las actividades de información profesional, los estudios e investigaciones en marcha, sectores de amplia incidencia en el sistema educativo.

Los trabajos de los SOEV tienen muy distintas direcciones; algunas son:

a) Según los destinatarios:

- profesores-tutores;
- padres;
- alumnos.

b) Según la función (entre otras):

- diagnosticar alumnos;
- orientar alumnos y tutores;
- detectar dificultades de aprendizaje;
- facilitar medios de recuperación;
- facilitar medios de información profesional;
- detección de alumnos susceptibles de Educación Especial.

c) Según la incidencia en el sistema educativo:

- evaluación de actividades de orientación, etc.;
- animación y coordinación de las actividades de orientación;
- clarificación de la información y orientación profesional.

d) Según la conexión administrativa:

- centros escolares;
- asociación de padres;
- Inspección Provincial;
- Delegación Provincial;
- Dirección General de Educación Básica.

e) Según la proyección futura:

- animación de la orientación escolar;
- extensión de las actividades de orientación escolar a nivel de comarca, zona y, si es posible, de centro escolar;
- sensibilización, actualización y perfeccionamiento del profesor en su función tutor.

Evidentemente se puede pensar que la labor de estos servicios garantizan una auténtica labor de detección, diagnóstico y orientación de los alumnos de EGB. Más aún, quizá sea la forma más adecuada, dado que constituyen un órgano vinculado al sistema educativo de una forma plena a través de las Inspecciones Provinciales

Técnicas, que coordinan y evalúan en situación permanente su actuación.

Otra cuestión es si la dotación de medios (personal y material) es suficiente para atender a todos los alumnos de EGB. En la situación actual no es posible; pero hay que tener en cuenta que los actuales SOEV realizan esta actividad de diagnóstico y orientación, dada la carencia de Servicios o Departamento de Orientación a nivel comarcal, zonal, de barrio o, incluso, de centro.

La labor realizada por estos SOEV, tanto en lo que se refiere a la acción con alumnos y profesores, queda reflejada en las memorias generales elaboradas por este Ministerio y recogiendo los datos de las memorias provinciales (documento anexos números 2, 3 y 4).

4. Los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional realizan una auténtica labor técnico psicopedagógica de diagnóstico y orientación a los alumnos de EGB.

No obstante, hay que tener en cuenta que las actividades básicas de un Servicio Provincial de Orientación Escolar deben ser las de coordinación, animación y asesoramiento de las actividades de orientación de una provincia, y que las actividades de diagnóstico y orientación del alumno deberían corresponder, como se ha indicado anteriormente, a Gabinete de tipo comarcal o local —incluso de centro docente—, sin olvidar el carácter básico que el profesor-tutor tiene en el proceso orientador de los alumnos.

En función de lo anterior, los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional realizan actividades de orientación de alumnos, con un carácter subsidiario, dado que no existen Departamentos o Gabinetes de Orientación a nivel de centro escolar en los colegios estatales. Y, dados los medios actuales de que dispone el Servicio Provincial de Orientación Escolar y Vocacional, en estos momentos sólo se atiende anualmente, tal como se señalaba también precedentemente, al 6,5 por ciento de los alumnos asistentes a centros estatales (149.557 el curso 1979-80), con un esfuerzo y dedicación inestimable por parte de Inspectores y Orientadores, ya que la

proporción orientador-alumno es altísima (1/997).

Por tanto, tales Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional realizan una actividad altamente estimable de orientación escolar, desde el punto de vista cualitativo y en lo que se refiere al proceso técnico (diagnóstico, pronóstico, orientación) de alumnos, pero insuficiente desde un punto de vista cuantitativo.

Por otra parte, la Dirección General de Educación Básica tiene en proyecto los siguientes objetivos a corto plazo (curso 1981-82):

- Dar carácter definitivo a los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional, superando el carácter experimental que tienen desde 1977 y una vez evaluada positivamente la experiencia.
- Procurar la ampliación de la dotación de medios personales y materiales para que pueda extenderse la acción de estos Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional y que alcancen a todos los alumnos de EGB asistentes a centros estatales.
- Regular el funcionamiento técnico psicopedagógico y administrativo de los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional, a través de la elaboración de las correspondientes instrucciones que actualicen las ya formuladas en cursos anteriores.
- Elevar el nivel cualitativo de los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional, para lo cual se prevén diferentes actividades de coordinación, seguimiento y evaluación, que complementen y amplíen las realizadas en cursos anteriores.
- También es intención de esta Dirección General proponer la regulación de las actividades de orientación y tutoría en los centros estatales, desarrollando los artículos 2.2 y 36.e del Estatuto de Centros Escolares, que se refieren al derecho del estudiante a la orientación, aunque abordar este tema exige una amplia acción del Ministerio de Educación y Ciencia, en la

previsión de una infraestructura adecuada (creación de Departamentos a nivel comarcal y zonal, contratación de personal especializado, dotación de medios para adquisición de material sicotécnico y de información, etc.)

5. Los anexos 3 y 4 contienen los datos actualmente constatados por el Ministerio

de Educación y Ciencia, que satisfacen las solicitudes contenidas en este apartado de la pregunta.

6. Con lo manifestado anteriormente, y el cuadro contenido a continuación, se informa en relación con lo solicitado en este apartado de la pregunta.

CUADRO III

Número de colegios y alumnos atendidos en Castilla-La Mancha-Extremadura

COLEGIOS ATENDIDOS

ALUMNOS ATENDIDOS

Provincias	Atendidos directamente		Coordi- nados	Total	Total alum- nos estatales 1.º, 3.º, 8.º	Atendidos por SOEV	Porcentaje
	Capital	Provin.					
Albacete	5	4	5	14	28.251	3.443	12,2
Ciudad Real	—	12	10	22	36.890	486	1,3
Cuenca	9	13		22	17.327	3.397	19,6
Guadalajara	7	7		14	9.086	5.359	59
Badajoz	8	—	19	27	50.877	18.053	35,5
Cáceres	5	15		20	29.284	3.773	12,9

Lo que envió a V. E. a los efectos previstos en el artículo 133 del Reglamento provisional del Congreso.

Dios guarde a V. E.

El Ministro de la Presidencia, **Matías Rodríguez Inciarte.**

ANEXO I

BAREMO ORIENTADOR

Las puntuaciones que se otorguen habrán de hacerse sobre hechos debidamente acreditados.

I. Titulación

	Puntos
— Por cada una de las licenciaturas de Pedagogía o Psicología	6
— Diplomado en Psicología Escolar	2
— Por cada una de las otras licenciaturas	2
— Título de profesor especialista en Pedagogía Terapéutica	2

Observaciones

1. El Diploma de Psicología Escolar se refiere al concedido por las Escuelas de Psicología de las Universidades.

2. Los títulos de doctor, en cualquier especialidad, se considerarán en el apartado VI.

II. Experiencia orientadora

NIVEL	EXPERIENCIA		
	1 año Puntos	De 1 a 4 años Puntos	Más de 4 años Puntos
EGB	2	4	6
Otros niveles	1,5	3	4
En un SOEV	6	8	10

Observación

- Cuando la actividad orientadora se hubiera realizado simultáneamente en EGB y otros niveles durante un período de tiempo determinado, aplíquese sólo la puntuación del nivel EGB.

— Ejemplo:

- Un aspirante presenta el siguiente curriculum:
 - Curso 64-65 = EGB.
 - Curso 65-66 = EGB y BUP.
 - Curso 70-71, 71-72, 72-73 = BUP.
 - Curso 75-76 = EGB.
- Puntuación:
 - Curso 64-65 = un año de EGB.
 - Curso 65-66 = un año de EGB.
 - Curso 70-71, 71-72, 72-73 = tres años de otros niveles.
 - Curso 75-76 = un año de EGB.

— Resumen:

	Puntos
— Tres años de EGB	4
— Tres años de otros niveles	3
TOTAL	7

III. Experiencia docente en EGB

Un punto por año completo de servicio activo.

Nota. Se contabilizarán sólo los seis primeros años de servicio.

IV. Informe Inspección Técnica

La Comisión podrá otorgar hasta un máximo de 2 puntos por el informe de la Inspección Técnica de Educación sobre la tarea docente llevada a cabo por los aspirantes en los centros.

V. Publicaciones e investigaciones sobre problemática escolar y orientación.

Tres puntos como máximo, y en global, de acuerdo con la calidad, difusión, valor científico, etc.

VI. Otros méritos

La Comisión podrá otorgar un máximo de 2 puntos como calificación global por otros aspectos que no se hallen incluidos en el presente baremo (diplomas, certificados, publicaciones y/o investigaciones sobre temas diferentes a orientación escolar, menciones honoríficas, doctorados, etc.).

VII. Sólo para aplicación en zonas bilingües

Dos puntos por el conocimiento y uso del idioma regional que se hable en el ámbito de la provincia.

Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social

Proposición no de Ley presentada por el grupo parlamentario socialista del Congreso

El Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, al amparo de lo establecido en los artículos 138 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente proposición no de ley para que se debata en Comisión.

Proposición no de ley sobre creación de servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social

El progreso de las ciencias médicas, el desarrollo social, y los criterios económicos de recuperación social de las últimas décadas, han cristalizado en hechos como el desarrollo y creación de Servicios de Psiquiatría integrados en los hospitales generales *como un elemento diferenciado de la oferta asistencial médica*.

En tal sentido, abundan los informes del X Comité de Expertos de la OMS, de tal suerte que las nuevas orientaciones asistenciales se han impuesto en la mayoría de las formulaciones sanitarias actuales en países de todos los continentes, demostrando su aceptación social, adecuación asistencial y rentabilidad económica.

Por el contrario, en España los responsables de la Seguridad Social han ignorado la realidad expuesta, y han rechazado de forma contumaz peticiones y sugerencias que desde diversos sectores de la población, grupos profesionales, organizaciones sindicales y partidos políticos se vienen haciendo en los últimos años.

Sólo en la Residencia "Príncipes de España", de Bellvite, en el Centro "Ramón y Cajal", de Madrid, y en la "Casa de Salud Valdecillas", en Santander, hay Servicios de Psiquiatría con posibilidad de hospitalización en la red de hospitales propios de la Seguridad Social.

Tal estado de cosas obliga a la población necesitada de atención psiquiátrica a verse

confinada, estigmatizada y forzada a optar entre ingresar en Hospitales Psiquiátricos provinciales o intentar afrontar con sus propios recursos los gastos de una hospitalización privada, opción esta última que no es dada a muchas personas, trabajadores, funcionarios, autónomos, etc., que carecen de recursos económicos suficientes.

Por otra parte, las consultas externas de los hospitales de la Seguridad Social, y no infrecuentemente los servicios de Medicina y Cirugía, atienden a un sinnúmero de ciudadanos que, afectados por problemas psicosociales, ven alterado su bienestar por manifestaciones psicosomáticas y síntomas físicos que al parecer como de origen orgánico y no contarse con la oportuna colaboración diagnóstica del equipo de psiquiatría, lleva al enfermo a un forzado régimen de análisis y exploraciones (incluso quirúrgicas) en un equivocado intento de hallar la ayuda para sus quejas, intento no pocas veces estéril, y en todo caso, costosísimo para la Seguridad Social, que ve cómo se despilfarran sus recursos.

El desconocimiento de la realidad expuesta por parte de la Seguridad Social ha determinado la inexistencia en ella, de un dispositivo asistencial adecuado a la atención de los problemas que afectan a no menos del 10 por ciento de la población: los problemas de la salud mental.

A nivel ambulatorio asistencial, el dispositivo de la Seguridad Social reúne, juntas, la insuficiencia numérica y la inadecuación del equipo: en la persona del llamado *Neuropsiquiatra confluyen las actividades profesionales que correspondan por una parte al Neurólogo y por otra al Equipo Psiquiátrico que debería agrupar a psiquiatra, psicólogo, ATS psiquiátrico y Asistente Social*.

La reorganización y adecuación de los dispositivos asistenciales ambulatorios de la Seguridad Social, su reconversión en fórmulas de atención primaria y medicina comunitaria, en la que no deberán cuidarse los

aspectos psicosociales, es parte de la necesaria reforma sanitaria.

En cualquier caso, tanto por la necesidad imperiosa ya detectada como por su demostrada adecuación a planteamientos asistenciales modernos a los que nuestro país debe incorporarse, la creación de Servicios de Psiquiatría completos en la red hospitalaria de la Seguridad Social, sin ser la panacea que permita resolver todos los problemas de salud mental de la población española sería un alivio inmediato de la penosa y en no pocas ocasiones inhumana situación que padecen los enfermos mentales.

Por todo lo expuesto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de ley

Primero

El Gobierno, en el plazo de un mes, a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, dictará las disposiciones pertinentes a fin de que, con efectos del 1 de enero de 1982, se incluya en la acción protectora asistencial sanitaria de la Seguridad Social el tratamiento de los trastornos psiquiátricos agudos que precisen de internamiento.

Segundo

Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social se elaborará un Programa de creación y puesta en marcha en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud de Servicios completos de Psiquiatría.

Tercero

La creación de los Servicios completos de Psiquiatría a que se refiere el apartado anterior deberá comenzar en enero de 1982, finalizando en abril de 1983, a fin de poder periodificar la asignación de los medios humanos y recursos materiales necesarios para el funcionamiento de los Servicios.

Cuarto

Los Servicios completos de Psiquiatría a que se refieren los anteriores apartados de esta proposición desarrollarán los siguientes cometidos:

A) ASISTENCIALES:

a) Asistencia ambulatorios en Consultas Externas a los pacientes que son remitidos desde los ambulatorios, por el neuro-psiquiatra para estudio o tratamiento especiales.

b) Asistencia ambulatoria en Consultas Externas a los pacientes que sean remitidos desde las consultas externas de otros Servicios Médicos y Quirúrgicos del propio Hospital.

c) Asistencia de veinticuatro horas para las urgencias psiquiátricas que acudan al Servicio de Urgencias de cada Hospital.

d) Asistencia psiquiátrica a los pacientes ingresados en los Servicio médico-quirúrgicos del Hospital cuando sea preciso la colaboración del equipo del Servicio de Psiquiatría.

e) Asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización de los enfermos que, evaluados en las circunstancias recogidas en los puntos a), b), c) y d) así lo requieran para su observación, estudio y adecuado tratamiento.

f) Atendiendo a las necesidades de cada zona y a las características peculiares de cada Hospital se incluirán en los citados Servicios de Psiquiatría, Secciones de Psiquiatría infantil, de hospitalización parcial y de Psico-geriatría.

B) DOCENTES:

a) Formación postgraduada de personal facultativo a través del programa MIR para médicos, y del correspondiente o equivalente programa (PIR) para psicólogos clínicos.

b) Formación especializada de personal de enfermería.

c) Formación especializada de personal auxiliar-clínico.

d) Formación del personal facultativo, de enfermería y auxiliar técnico-sanitario de otros Servicios de las instituciones, en los aspectos psicológicos del enfermar físico y su tratamiento adecuado.

C) INVESTIGACION:

Las que correspondan a una especialidad médica y los que le son propios por el ámbito psicológico y sociológico de la naturaleza de los problemas con que se enfrenta.

Creación de Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación

Proposición no de Ley presentada por el grupo socialista del Congreso

La Ley General de Educación de 4 de Agosto de 1970 establecía a través de varios artículos (5.4; 9. 2 y 4; 11.3 y 5; 15.2 b; 21.3; 23.a. etc.) la Orientación Educativa y profesional como un servicio continuado a lo largo del proceso educativo. Por Orden Ministerial del 31 de julio de 1972 se creaban los Servicios de Orientación en el Curso de Orientación Universitaria. Asimismo, la Orden Ministerial de 30 de Abril de 1977 regulaba con carácter experimental la organización de los Servicios Provinciales de Orientación Educativa y Vocacional para los alumnos de Enseñanza General Básica. Tal Orden Ministerial fue completada en las instrucciones de la Dirección General de Educación Básica de 20 de septiembre de 1978.

De idéntica manera se expresaba la Ley Orgánica 5/1980 de 19 de Junio por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (B.O.E., de 27.VI.1980) a lo largo de varios artículos. Por último el Real Decreto 2689/1980 de 21 de Noviembre propone la regulación de los antiguos Institutos de Psicología Aplicada que pasarán a denominarse Institutos de Orientación Educativa y Profesional y cuya misión está encaminada a la orientación educativa en los Institutos Nacionales de Bachillerato y Centros Oficiales de Formación Profesional.

Sin embargo, todos estos intentos escasamente han servido para configurar un modelo de atención que contribuya a elevar el nivel en la calidad de la enseñanza. Como prueba de ello conviene citar, según datos del propio Ministerio de Educación, que el proceso escolar en E.G.B., está cifrado en el 37,6%, manteniéndose este porcentaje muy similar al de los últimos años, incluso con alguna tendencia a la alza en los cursos futuros. Por otro lado, continuando con la fuente de información del Ministerio, el número de alumnos repetidores en centros públicos representa en E.G.B., el 11% de los alumnos matriculados, mientras que en los colegios privados equivale a un 4%. Sin entrar en especificaciones concretas lo que si es obvio,

que el proceso escolar es cada vez más alarmante y la diferencia entre los centros públicos y privados, estos más dotados, puede resultar alarmante.

Se hace por todo lo expuesto preciso, encarar el grave problema que afecta al sistema educativo español, buscando las soluciones óptimas que posibiliten la mejora de la calidad de la enseñanza. Dentro de las medidas necesarias una de vital importancia radica en la atención y orientación escolar, entendida no como un proceso conquistado en simples pruebas, algunas de dudoso valor científico, sino como un proceso continuado y dinámico que cubra el actual vacío existente en la educación española. Por otra parte es urgente, *suplir los esfuerzos voluntarios de los SOEU y de los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, para crear un sistema estructurado de orientación y trabajo tanto con los alumnos, los profesores y los padres.*

Por todo ello el Grupo Parlamentario Socialista, presenta lo siguiente:

PROPOSICION NO DE LEY

- 1.— *Se crean los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación* integrados por los actuales Institutos de Orientación Educativa y profesional, por los Servicios de Orientación Escolar, coordinando su actuación, cuando fuese preciso, con el Instituto de Educación Especial.
- 2.— Las funciones de los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación, sin merma de otras posibles, serán las siguientes:
 - a) Cultivar el desarrollo armónico de la población escolar de todo el sistema educativo en sus aspectos psicológicos, de salud física y social.
 - b) Prevenir, orientar y seguir tanto en situaciones de dificultades escolares como en los trastornos y retrasos del desarrollo.
 - c) Orientar la elección de estudiar o profesión de los alumnos de acuerdo con sus capacidades y sus posibilidades objetivas y científicamente comprobadas.

- d) Colaborar con los Consejos de Centro, Comisiones Pedagógicas y equipos de profesores en la programación de las actividades tanto escolares como extraescolares, a fin de conseguir una mejora de la enseñanza y una mayor inserción en el medio.
 - e) Colaborar en el conocimiento y perfeccionamiento del profesorado en áreas tales como la preparación psicopedagógica y sanitaria social.
 - f) Asesorar a los claustros de profesores y APAS en la realización de planes de orientación profesional, considerando las necesidades socio-económicas y laborales de las zonas donde están insertos.
 - g) Contribuir a la formación psicopedagógica y educación sanitaria de los padres de los alumnos.
 - h) Participar en la planificación y organización de servicios para la población escolar de cada zona (lugares de recreo, colonia, talleres, etc.), en conexión y coordinación con los gabinetes municipales donde los hubiere.
 - i) Llevar a cabo tareas de investigación dentro de los ámbitos de su especialidad.
- 3.— Los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación, coordinados con los gabinetes municipales, estarán compuestos por equipos multiprofesionales.
- 4.— Cada equipo multiprofesional estará compuesto, al menos, por los siguientes profesionales, sin perjuicio de otro personal que sea necesario para el servicio de:
- a) Técnicos superiores: 1 médico, 2 psicólogos, 2 pedagogos.
 - b) Técnicos medios: 1 asistente social.
- 5.— Cada equipo, mientras se confecciona un mapa de atención escolar y hasta tanto se consiga el pleno desarrollo en la implantación de los Gabinetes, atenderá a un número de habitantes no superior a 40.000 en medios rurales dispersos y de 60.000 en núcleos urbanos.
- 6.— En la organización, regulación y puesta en marcha de los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación se aplicarán criterios de gradualidad en consonancia con los siguientes principios:
- a) Antes del 30 de noviembre de 1982 se habrán creado los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación y su estructura administrativa así como lo referente al personal de los centros extinguidos como el nuevo.
 - b) La confección del mapa escolar así como la infraestructura territorial, estarán finalizados antes del 30 de Junio de 1983.
 - c) En cuanto a los equipos multiprofesionales que atenderán a las distintas zonas, el 50% de ellos serán creados antes del 31 de diciembre de 1983 y el otro 50% antes del 31 de diciembre de 1985.
- 7.— Todos los recursos, patrimonio y personal de los centros extinguidos se incorporarán a los Gabinetes Psicopedagógicos y de Orientación, organizándolos y ampliándolos en la medida que sea necesaria para el cumplimiento de los nuevos fines.

50 medidas sobre el síndrome tóxico

Proposición no de Ley presentada por el grupo socialista.

El Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, haciendo uso de lo previsto en el artículo 138 del Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, presenta para su debate urgente ante el Pleno de la Cámara la siguiente proposición no de ley sobre fijación de cincuenta criterios inspiradores de las actuaciones del Gobierno en relación con el síndrome tóxico.

Proposición no de ley instando al Gobierno a la adopción de un plan urgente de 50 medidas en relación con el síndrome tóxico por consumo de aceite adulterado.

Fundamento.

Los cinco meses transcurridos desde que el Pleno del Congreso de los Diputados debatió el grave problema sanitario del síndrome tóxico, los días 17, 18 y 19 de septiembre de 1981, han puesto de relieve, entre otras cosas:

a) Que la Administración sanitaria no ha sido capaz de lograr el ritmo de agilidad operativa que demanda una situación de emergencia sani-

taria y social, a la que ha respondido con criterios burocráticos socialmente ineficaces.

b) Que las actuaciones de la Administración pública se han realizado con lentitud, descoordinación y mínima sensibilidad a los problemas individuales y familiares de los afectados, especialmente en las zonas rurales, y que sólo ha sido capaz de actuar con diligencia ante las presiones de la Comisión Mixta Senado-Congreso y ante las presiones de los afectados.

c) Que las medidas adoptadas por el Gobierno en relación con los afectados no han contemplado ni contemplan la pluralidad de diversas situaciones individuales y estados de necesidad de los afectados de cada zona territorial, sin que el Gobierno, no obstante haberse detectado esas necesidades, haya ni siquiera adoptado las medidas que sus propios órganos de actuación le han propuesto durante los últimos meses, medidas de las que los responsables del seguimiento del síndrome, del trabajo social, y de las investigaciones sanitarias, han dado traslado a la Comisión Mixta Senado-Congreso ante la falta de eco en el Gobierno.

d) Que por el Gobierno se ha imprimido a las actuaciones en relación con los afectados una dimensión puramente economicista evidenciada en la configuración de la enfermedad como un problema estrictamente económico, con olvido de que lo fundamental para los afectados es la conservación de la vida y la salud, y la exigencia de responsabilidades para los causantes del envenenamiento colectivo.

e) Que el Gobierno no ha contado con las Asociaciones de Consumidores afectados por el síndrome tóxico, a las que no ha apoyado ni protegido, ya que a ninguna de ellas (con la excepción de ACUDE) ha concedido subvención durante 1981, ni hasta la fecha durante 1982.

f) Que el Gobierno ha carecido de política informativa en relación con el síndrome tóxico, no habiendo sido capaz de dar respuesta a cuantas hipótesis arbitrarias y científicamente inconsistentes han proliferado sobre la enfermedad, ni de informar a los afectados y a sus Asociaciones de la ineficacia y falta de consistencia de tratamiento difundidos como teóricamente eficaces, lo que ha llevado a muchos afectados al abandono de los tratamientos sintomáticos que se les han prescrito en las Unidades de Seguimiento.

g) Que no ha funcionado ninguna Comisión Epidemiológica y que el denodado esfuerzo de

los profesionales integrantes de la Comisión Científica y de la Comisión Clínica y el de algunos epidemiólogos aislados, no ha sido coordinado por el Gobierno, a pesar de que el síndrome tóxico, posiblemente la mayor catástrofe sanitaria de la historia de España, ha puesto de relieve los estrepitosos fallos de la sanidad española.

h) Que el Estudio Epidemiológico Prospectivo, cuyo objetivo básico es detectar la existencia de patología oculta en personas expuestas al riesgo, se encuentra aún en un estado muy primario, lo que supone que haya personas enfermas que ignoran que están afectadas por el síndrome tóxico cuya salud y vida están en peligro.

i) Que la Administración judicial no ha podido contar con los medios materiales y personales suficientes para llevar adelante sus actuaciones y que no han sido puestos puntualmente a disposición de las autoridades judiciales los informes y dictámenes de las Comisiones científica y clínica.

Las propuestas de los afectados (cuyo civismo y paciencia han rayado a gran altura) al cumplirse nueve meses desde el primer fallecimiento por el síndrome tóxico, puestas de relieve a través de los medios de comunicación social y ante la Comisión de investigación mixta Congreso-Senado para los hechos relacionados con el síndrome tóxico; el desánimo de los profesionales ante la lentitud de la Administración unas veces, y ante su pasividad otras, y el desinterés que el Gobierno ha tenido para los trabajos de la Comisión Mixta Congreso-Senado, en un intento de tapar el síndrome tóxico, determinan que el Grupo Parlamentario Socialista, agotada toda esperanza de pronta respuesta gubernamental espontánea, y pasado el 10 de febrero, fecha que este Grupo se ha marcado públicamente como tope de espera de posibles actuaciones gubernamentales que no se han producido, presente para su urgente debate ante el Pleno del Congreso de los Diputados la siguiente

PROPOSICION NO DE LEY

Primera medida

Por el Gobierno, con carácter urgente, y en plazo no superior a siete días, se creará el Plan Nacional del Síndrome Tóxico, con el objeto de coordinar y controlar todas las actividades de la Administración pública relacionadas con aquél, y muy especialmente las actuaciones de atención sanitaria, servicios sociales y educativos, investigación epidemiológica, investigación biomédi-

ca, investigación química y toxicológica e investigación clínica.

Segunda medida

Al frente del Plan Nacional del Síndrome Tóxico habrá un único responsable, con categoría de Director General, nombrado por el Gobierno a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.

El Director General del Plan estará asesorado por las Comisiones Científicas, Clínica y Epidemiológica y por la Comisión de Servicios Sociales.

Tercera medida

El personal al servicio del Plan y de las Comisiones del mismo en que concurra la condición de funcionario público, personal estatutario o personal controlado al servicio de la Administración Pública del Estado, de sus Organismos Autónomos y de la Seguridad Social, prestará sus servicios al Plan en comisión de servicios, quedando relevado totalmente de su anterior trabajo al que no se considera temporalmente compatible con la dedicación que el Plan requiere, ello sin perjuicio de que se le reserve el puesto de trabajo de origen.

El Plan Nacional podrá contratar directamente el personal que necesite para sus servicios centrales, y para los servicios provinciales y locales. Las plazas de personal contratado sanitario o no se cubrirán mediante concurso público anunciado en los medios de comunicación social.

Cuarta medida

El Plan Nacional del Síndrome Tóxico será el único responsable de la gestión directa de los créditos que para hacer frente a las distintas necesidades sociales y a las diversas líneas de investigación figuren en los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social de 1982 y en los ejercicios presupuestarios posteriores.

Quinta medida

En los Presupuestos Generales del Estado de 1982 y años sucesivos, en tanto subsista el Plan Nacional, figurarán especificadas las partidas presupuestarias afectas al Plan, cuya gestión será realizada directamente por la Dirección General de éste. El Presupuesto del Plan Nacional se incluirá en la Sección Presupuestaria correspondiente al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sexta medida

Dependiendo directamente del Director General del Plan existirá una Comisión Científica que impulsará, estimulará y coordinará la inves-

tigación biomédica en relación con el síndrome tóxico.

La investigación biomédica en relación con el síndrome tóxico abarcará los planos toxicológicos —incluidos los aspectos químicos y bioquímicos— farmacocinéticos de biología celular y de patología animal y humana.

De dicha Comisión formarán parte, cuando menos, un representante de las siguientes Instituciones, Organismos y Centros:

- 1) Instituto de Toxicología de Madrid.
- 2) Instituto de Toxicología de Sevilla.
- 3) Instituto Nacional de Oncología.
- 4) Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- 5) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
- 6) Instituto de Grasa; y
- 7) Instituto de Biología Molecular.

Asimismo formarán parte de la Comisión Científica un representante de las Comisiones Epidemiológica y Clínica.

La Comisión Científica tendrá autonomía para establecer los programas de investigación biomédica, pudiendo, en consencuencia, decidir sobre las líneas de investigación a desarrollar, sobre la asignación de recursos a las líneas de investigación y las prioridades temporales de las mismas, criterios metodológicos, métodos de control periódico de la calidad de las investigaciones en marcha, pudiendo suspender y ampliar la asignación económica inicial de cada línea en función de la calidad de la investigación, y sobre todo los mecanismos y plazos para la evaluación de resultados e integración de la información obtenida.

La financiación de la investigación biomédica durante 1982 se hará transfiriendo con carácter de urgencia, y en plazo no superior a siete días, a partir de la aprobación de esta proposición, al Plan Nacional del Síndrome Tóxico, la partida que, por importe de 150 millones de pesetas, figura en el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social para 1982.

La Comisión Científica designará un Director Científico del Síndrome Tóxico que, con plena dedicación e independencia, y asistido por los asesores científicos honorarios que sean necesarios, será quien asigne las ayudas de investigación (de las que en ningún caso podrá ser beneficiario directo o indirecto), de acuerdo con las líneas de investigación y prioridades aprobadas por la Comisión Científica. El control periódico de la calidad de las investigaciones en

marcha se realizará por un Comité integrado por el Director Científico y los asesores científicos antes citados.

Las ayudas de investigación biomédica podrán ser concedidas a instituciones, equipos o investigadores individuales, españoles o extranjeros que acrediten suficiente capacidad y experiencia adecuadas en relación con cada línea de investigación y presenten proyectos de investigación ajustados a los programas y criterios definidos por la Comisión Científica.

Las ayudas a la investigación tendrán el carácter básico de asignaciones específicas a los trabajos de investigación y el complementario de asignaciones para la formación de especialistas españoles en las instituciones o centros a los que se concedan ayudas para las investigaciones relacionadas con el síndrome tóxico en relación con las materias biomédicas.

Las resoluciones del Director Científico del Síndrome Tóxico sobre concesión de ayudas a la investigación biomédica tendrán carácter ejecutivo, librándose sin más trámite los fondos concedidos, de tal suerte que la intervención y fiscalización del gasto no paralicen el libramiento de los fondos ni demoren el inicio y desarrollo de las investigaciones.

Séptima medida

Dependiendo directamente del Director General del Plan del Síndrome Tóxico existirá una Comisión clínica que impulsará, estimulará y coordinará la investigación clínica en relación con el síndrome tóxico.

La Comisión clínica tendrá autonomía para establecer los programas de investigación, pudiendo, en consecuencia, decidir sobre las líneas de investigación a desarrollar, la asignación de recursos a las mismas, las prioridades temporales, los criterios metodológicos, la elaboración de protocolos de investigación, los métodos de control de la calidad de las investigaciones clínicas en curso, la suspensión o ampliación de las asignaciones económicas iniciales de cada investigación en función de los resultados de los periódicos controles de calidad y sobre los mecanismos y plazos para la evaluación de resultados e integración de la información obtenida.

La Comisión clínica designará un Director Científico de la misma que, con plena dedicación e independencia, y asistido por los asesores honorarios que sean necesarios, será quien asigne las ayudas a la investigación clínica (de las que en ningún caso podrá ser beneficiario

directo ni indirecto) de acuerdo con las líneas de investigación clínica y las prioridades aprobadas por la Comisión clínica. El control periódico de la calidad de las investigaciones en marcha se hará por un Comité integrado por el Director Científico de la Investigación Clínica y los asesores antes citados.

Las ayudas a la investigación clínica relacionada con el síndrome tóxico podrán tener el carácter de contribuciones a los trabajos de investigación clínica realizados por centros, instituciones o equipos de investigadores, españoles o extranjeros, y el de ayuda para el desarrollo de proyectos de investigación que se consideren de interés en favor de españoles que perfeccionen su formación en los centros o instituciones de investigación clínica.

Las resoluciones del Director Científico de la Investigación Clínica sobre concesión de ayudas a la investigación tendrán carácter ejecutivo, librándose sin dilación los fondos concedidos, de tal suerte que los trámites de intervención y fiscalización del gasto no paralicen la disponibilidad Octava medida

Dependiendo directamente del Director General del Plan del Síndrome Tóxico, existirá una Comisión Epidemiológica que impulsará y coordinará los trabajos epidemiológicos relacionados con el síndrome tóxico, y de modo específico el estudio prospectivo que para determinar la incidencia del síndrome tóxico en la población expuesta se ordenó realizar por el Pleno del Congreso de los Diputados del día 19 de septiembre de 1981.

De la Comisión Epidemiológica formarán parte, entre otros miembros, tres representantes de la Dirección General de Salud Pública con acreditada capacitación epidemiológica. La Comisión Epidemiológica designará un Director de la misma que, con plena dedicación y autonomía, y asistido por los asesores que sean necesarios, dirigirá los trabajos epidemiológicos y decidirá sobre la asignación de recursos para el estudio prospectivo y demás trabajos epidemiológicos, con competencias análogas a las de las medidas sexta y séptima atribuidas a los Directores Científico y Clínico del Síndrome Tóxico. Novena medida

Durante 1982 la financiación de las investigaciones clínica y epidemiológica relacionadas con el síndrome tóxico se hará transfiriendo, con carácter de urgencia y en plazo no superior a siete días, al Plan Nacional del Síndrome Tóxico, la partida que, por importe de 400 millones

de pesetas, figura en el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social para 1982.

Décima medida

Las asignaciones económicas a los proyectos de investigación biomédica, clínica y epidemiológica no tendrán carácter definitivo, debiendo controlarse periódicamente la calidad de las investigaciones en marcha por los Comités antes citados, tras lo cual podrán ser ratificadas, suspendidas e incluso ampliadas las citadas asignaciones.

Undécima medida

Sin perjuicio de otras líneas de investigación clínica en relación con el síndrome tóxico se considerarán prioritarias entre otras las siguientes:

- 1) Aparición de procesos tumorales.
- 2) Manifestaciones neurológicas, patología cardiorrespiratoria, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar.
- 3) Afectaciones nefrológicas.
- 4) Afectaciones hepáticas.
- 5) Afectaciones del páncreas.
- 6) Procesos de autoinmunidad.
- 7) Manifestaciones teratogénicas.

Duodécima medida

La Comisión Clínica, de acuerdo con la evolución de la enfermedad, procederá antes del 1 de marzo de 1982 a la actualización de los criterios clínico-epidemiológicos definidores de la enfermedad.

Decimotercera medida

En el plazo de siete días a partir de la aprobación de estas medidas, la Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico hará público el estado en que se encuentre el estudio epidemiológico prospectivo aprobado el 19 de septiembre por el Pleno del Congreso de los Diputados, facilitándose un informe escrito sobre la situación de dicho estudio a cada una de las Asociaciones de afectados por el síndrome tóxico y a las Federaciones de estas Asociaciones y a las Comisiones de Sanidad y Seguridad Social del Congreso de los Diputados y del Senado. En dicho informe, además de incluir lo relativo al estado de la investigación de la patología oculta, se hará constar que su finalidad primordial es determinar cuántas y cuáles son las personas que, no presentando por el momento manifestaciones clínicas, están sometidas a riesgo y se especificarán los objetivos del estudio y su metodología, los conocimientos surgidos para su desarrollo, los medios disponibles o habilitantes para su realización, en las

fases de su ejecución y los plazos previsibles de las mismas.

Decimocuarta medida

En el plazo de treinta días hábiles a partir de la aprobación de esta proposición no de ley deberá estar finalizada la inclusión en los censos de las personas afectadas y entregadas a las mismas las correspondientes cartillas sanitarias, de acuerdo con los actuales criterios de la Comisión clínica, sin perjuicio de la posterior inclusión en el censo de las personas en quienes concurren los nuevos criterios de definición de la enfermedad establecidos por la Comisión clínica, de acuerdo con lo previsto en la duodécima medida, mediante un específico Programa de Revisión y Actualización del Censo de Afectados a desarrollar por las Unidades Sanitarias Básicas de Seguimiento del Síndrome Tóxico.

Decimoquinta medida

Con cargo al Presupuesto para 1982 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, la Dirección General del Programa Nacional del Síndrome Tóxico realizará un estudio de las invalideces y limitaciones funcionales padecidas por los enfermos afectados por el síndrome tóxico y de las capacidades residuales y una investigación de las prótesis, medios y sistemas que serían necesarios para la superación de las limitaciones antes citadas.

Decimosexta medida

El Ministerio de Hacienda procederá, en el plazo de siete días a partir de la aprobación de esta proposición, a librar los fondos que, por importe aproximado de 150 millones de pesetas, se encuentran pendientes de tal trámite, para la realización de investigaciones biomédicas y clínicas y que cuentan con dictamen científico favorable a su concesión.

Decimoséptima medida

Como resultado del estudio epidemiológico prospectivo al que se refiere la medida decimotercera, y que fue aprobado por el Congreso de los Diputados el 19 de septiembre de 1981, la Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico elaborará un censo de personas expuestas a riesgo, que será publicado en el "Boletín Oficial del Estado", y del que se dará cuenta a las Asociaciones de Afectados y a sus Federaciones.

Las personas incluidas en dicho censo tendrán derecho a seguimiento periódico, según el ritmo que aconseje la evolución de la enfermedad, y, en su caso, al reconocimiento de los derechos reconocidos a los afectados, cuando en ellas se

determine clínicamente la existencia de alteraciones razonablemente relacionadas con la exposición al o a los tóxicos causantes.

Decimoctava medida

Las Unidades Sanitarias Básicas de Seguimiento y Atención a los Afectados por el Síndrome Tóxico son el soporte básico del Plan Nacional del Síndrome Tóxico.

Estas Unidades son las responsables de la atención a los afectados en los aspectos sanitarios, de servicios sociales y económicos. Desarrollarán asimismo el trabajo de campo necesario para el desarrollo del estudio epidemiológico prospectivo a que se refiere la medida octava, y para el seguimiento y evaluación permanente de las necesidades de los afectados y de sus familiares.

Decimonovena medida

Las Unidades Sanitarias Básicas contarán con dirección única. Los profesionales y demás personas que presten sus servicios en dichas Unidades tendrán dedicación exclusiva a las mismas, con exclusión por tanto de otras tareas y trabajos, y con jornada semanal de treinta y seis horas.

Cuando alguna persona en la que concurra la condición de funcionario público o de personal estatutario de la Seguridad Social pase a prestar sus servicios en una de dichas Unidades, lo hará en comisión de servicios, quedando relevado totalmente de su anterior trabajo, sin perjuicio de que se le reserve el puesto de trabajo original.

En las citadas Unidades Sanitarias Básicas asimismo podrán prestar servicios profesionales y personas contratadas mediante concurso público de selección difundido en los medios de comunicación social.

Las condiciones de jornada y retribución del personal que preste sus servicios en las Unidades Sanitarias Básicas deberán ser las mismas, dentro de cada grupo laboral y profesional.

El horario de atención de las Unidades Sanitarias Básicas se adecuará a las necesidades de los afectados, al número de éstos y a su localización geográfica, a fin de garantizar una suficiente periodicidad en las revisiones de los afectados.

Vigésima medida

El equipo mínimo de personal de cada Unidad Sanitaria Básica deberá estar integrado por un médico internista o un médico de familia; un pediatra; un psiquiatra y un *psicólogo*; un neurólogo; un experto en epidemiología (a cuyos efectos se considerarán como tales los epidemiólogos, los médicos de Sanidad Nacional y los

especialistas en Medicina familiar y comunitaria); un médico rehabilitador; un fisioterapeuta; dos asistentes sociales; un número de ATS equivalente al de médicos integrados en la Unidad, y tres administrativos.

A efectos de selección del personal médico no epidemiólogo, funcionario, estatutario o contratado será preciso que, cuando menos, hayan terminado el programa MIR.

En ningún caso el conjunto de pediatras, internistas y médicos de familia integrados en el equipo de la Unidad Sanitaria Básica podrá ser inferior al que resulte de aplicar la norma de garantía de un médico por cada doscientas historias clínicas abiertas en la Unidad. El número de asistentes sociales no podrá ser inferior al de uno por cada cien unidades familiares de afectados.

Los psiquiatras de las Unidades Sanitarias Básicas desarrollarán, en coordinación con los asistentes sociales, un programa de salud mental comunitaria, vinculada a la comunidad vecinal de los afectados.

Vigésimo primera medida

Los centros sanitarios públicos que presten apoyo a las Unidades Sanitarias Básicas deberán hacerlo en condiciones tales que la atención a los afectados por el síndrome tóxico no suponga menoscabo al normal funcionamiento de las atenciones sanitarias a la que tienen derecho otros pacientes.

En cualquier caso, el conjunto de las labores de apoyo y de coordinación de los centros sanitarios públicos con las correspondientes Unidades Sanitarias Básicas recaerá en cada centro sanitario en una única persona perteneciente a su plantilla.

Vigésimo segunda medida

La Administración pública, en sus correspondientes niveles territoriales, dotará a las Asociaciones de Consumidores afectados por el síndrome tóxico, y a sus Federaciones, de locales y medios materiales de oficina para el mejor desarrollo de las finalidades de estas Asociaciones en orden a la colaboración de las mismas al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional del Síndrome Tóxico.

Vigésimo tercera medida

Con carácter urgente, y en el plazo máximo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición, el Ministerio de Sanidad y Consumo concederá una subvención a cada una de las Asociaciones Provinciales de Consumidores Afectados por el Síndrome Tóxico y a las

Federaciones Provinciales de Asociaciones de ámbito inferior, de cuantía suficiente para el normal desarrollo de sus actividades. Dicha subvención debe permitir, como mínimo, la contratación de un administrativo, un asistente social y un asesor jurídico por cada Asociación o Federación Provincial.

Las Asociaciones de Afectados colaborarán con el Plan Nacional en la realización del Estudio Epidemiológico Prospectivo.

Vigésimo cuarta medida

Con carácter urgente, y en el plazo máximo de veintidós días a partir de la aprobación de esta proposición, el Ministerio de Sanidad y Consumo, con cargo a las partidas existentes en los Presupuestos Generales del Estado para subvenciones a Asociaciones de Consumidores, concederá a las Asociaciones de Consumidores Afectados por el Síndrome Tóxico una ayuda de 6.000 pesetas por cada socio afectado que desee ejercer su derecho a presentar la correspondiente querrela criminal.

Dicha cantidad se aplicará a la financiación de los gastos de Letrados, Procuradores, Notarios, acepto y bastanteo y otros de análoga naturaleza.

Vigésimo quinta medida

La Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico, en el plazo de siete días a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, entregará un censo de los afectados de cada provincia, indicando nombre y domicilio, a la correspondiente Asociación de Afectados.

Vigésimo sexta medida

Por el Gobierno, en el plazo máximo de catorce días, se adoptará las medidas necesarias para dotar a los Juzgados que tienen a su cargo la tramitación de querrelas criminales por el envenenamiento masivo por consumo de aceite adulterado, de los medios materiales (carpetas, fotocopadoras, archivos, etc.) y de los medios personales (personal administrativo) necesario para la más ágil tramitación de las correspondientes querrelas.

Vigésimo séptima medida

La Dirección General del Programa Nacional del Síndrome Tóxico pondrá semanalmente a disposición de los Juzgados los datos e informes de situación de los trabajos de las Comisiones Científicas, Clínica y Epidemiológica.

Vigésimo octava medida

En el plazo máximo de una semana a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, el Gobierno pondrá a disposición de los Juzgados

correspondientes funcionarios del Estado que, bajo la dirección de los titulares de los correspondientes Juzgados, puedan realizar sobre las empresas y personas vinculadas al circuito de adulteración de aceite auditorías externas de las mismas e investigaciones sobre las contabilidades y cuentas bancarias de las mismas, así como sobre los elementos auxiliares de sus contabilidades, tales como facturas, albaranes, etc.

Vigésimo novena medida

La Comisión de Investigación Mixta Congreso-Senado de los hechos relacionados con el síndrome tóxico pondrá a disposición del Ministerio Fiscal toda la documentación que obra en poder de la misma, así como la transcripción de todas distintas comparecencias habidas ante dicha Comisión, y que haya en el futuro, hasta que la citada Comisión finalice sus trabajos.

Trigésima medida

Por la dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico se elaborará, en el plazo de tres meses, un estudio localizado de necesidades de rehabilitación de enfermos afectados por el síndrome tóxico y de los recursos de rehabilitación propios y ajenos, personales y materiales existentes en las zonas territoriales en las que se localice la demanda de rehabilitación, con el fin de elaborar un Plan de rehabilitación de gestión lo más descentralizado posible.

Se localizarán centros de rehabilitación en localidades sin centro hospitalario público, cuando el número de afectados de una comarca, las distancias al centro de rehabilitación más próximo y el número de afectados de cada comarca lo haga social y económicamente necesario, oída la correspondiente Asociación de Afectados por el Síndrome Tóxico.

Trigésimo primera medida

La totalidad de los medicamentos que se prescriban a los afectados por el síndrome tóxico, lo sean o no en relación directa con el tratamiento del síndrome tóxico, estarán exentos de aportación económica al serles dispensados por las Oficinas de Farmacia.

Trigésimo segunda medida

Los facultativos vinculados a las Unidades Sanitarias Básicas del Plan Nacional del Síndrome Tóxico podrán prescribir a los afectados los medicamentos-alimentos que sean necesarios. Los afectados no abonarán cantidad alguna en las Oficinas de Farmacia al serles dispensados los citados medicamentos-alimentos en las Oficinas de Farmacia.

Trigésimo tercera medida

Las mujeres afectadas por el síndrome tóxico, o expuestas a riesgo en relación con el mismo, y que se encuentren en edad fértil, tendrán derecho a que se les faciliten los procedimientos anticonceptivos mecánicos, químicos o quirúrgicos que se estimen más adecuados.

La decisión sobre su uso o colocación corresponde a cada interesada, oídos los médicos, *el psicólogo* y asistentes sociales y de la Unidad Sanitaria Básica, y, en su caso, los especialistas de ginecología con los que mantenga relación cada Unidad. La última decisión sobre este asunto corresponderá en todo caso a la mujer afectada.

En el plazo de diez días a partir de la aprobación de esta proposición, la Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico procederá a:

- 1) Comunicar por carta a cada una de las interesadas el derecho que tienen a que se les faciliten los procedimientos anticonceptivos.

- 2) Comunicar tal derecho, por carta, a cada uno de los médicos de las Unidades Sanitarias Básicas y a los ginecólogos de los centros sanitarios a que las citadas Unidades estén vinculados.

- 3) Incluir explícitamente esta prestación en los anuncios oficiales murales de ayudas a los afectados.

- 4) Publicar la existencia de este derecho en los medios de comunicación social.

- 5) Organizar charlas de información a las afectadas de zonas rurales a cargo de las asistentes sociales de cada Unidad; y

- 6) Dotar a las Unidades Sanitarias Básicas y a los centros sanitarios públicos, a los que están vinculadas, de los correspondientes medios anticonceptivos.

Trigésimo cuarta medida

Por la Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico se cursarán instrucciones a las Direcciones Provinciales para que se inutilice y no se use en el modelo oficial de cartilla sanitaria de los afectados la página habilitada vigente para hacer constar las ayudas gratias y no reconocidas por la Administración del Estado (benéficas) recibidas por cada afectado.

En las cartillas que se entreguen a partir de la aprobación de esta proposición se eliminará la citada página, previamente a su entrega a los nuevos afectados que se vayan incluyendo en los correspondientes censos provinciales.

Trigésimo quinta medida

Dependiendo directamente del Director Ge-

neral del Plan Nacional, existirá una Comisión de Servicios Sociales que impulsará, estimulará y coordinará las acciones de naturaleza social, colectiva e individuales, en relación con los afectados por el síndrome tóxico.

La Comisión de Servicios Sociales será presidida por un coordinador con plena dedicación, y de ella formarán parte como asesores honorarios personas cualificadas en el trabajo social, individual y comunitario.

Trigésima sexta medida

Por el Gobierno, en el plazo de siete días a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, se adoptarán las medidas necesarias para dotar a cada una de las Direcciones Provinciales del Plan Nacional del Síndrome Tóxico de un Fondo para Atenciones Urgentes, dotado con los recursos económicos necesarios para poder anticipar a los afectados, previo informe social justificativo de la necesidad, el importe de las prestaciones que pudieran reconocérseles.

Trigésimo séptima medida

Las familias con afectados por el síndrome tóxico, estén o no éstos afiliados a la Seguridad Social, tendrán derecho a percibir, con efectos de 1 de octubre de 1981, una garantía económica mensual por unidad familiar. Su cuantía mínima para la familia de un miembro, tendrá un valor equivalente al salario mínimo interprofesional vigente en cada momento. Este valor mínimo se incrementará en un 25 por ciento por cada miembro de la unidad familiar, esté o no afectado por el síndrome tóxico. Del conjunto de miembros de la familia sólo se excluirá a aquellos miembros mayores de dieciocho años que percibieran retribución derivada de trabajo por cuenta ajena.

Trigésimo octava medida

Por el Gobierno, en el plazo máximo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición, se aprobarán las medidas necesarias para conceder una moratoria respecto de las amortizaciones de los créditos oficiales agrícolas y ganaderos que recaigan sobre las familias de afectados por el síndrome tóxico. A tales efectos se oirá la opinión de las Asociaciones de Afectados.

Trigésimo novena medida

Por el Gobierno, en el plazo máximo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición, se adoptarán las medidas necesarias para conceder a los agricultores y ganaderos por cuenta propia afectados por el síndrome

tóxico ayudas económicas para con cargo a las mismas abonar los costes de mano de obra del personal que en sustitución del afectado se hayan realizado desde el 1 de mayo de 1981 y que en el futuro sea preciso realizar para restablecer el funcionamiento normal de las explotaciones agrícolas y pecuarias paralizadas por la enfermedad del afectado en tanto dure ésta.

Cuadragésima medida

Los trabajadores por cuenta propia afectados por el síndrome tóxico quedarán exentos de la cotización por incapacidad laboral transitoria en tanto persista la incapacidad para el trabajo.

Cuadragésimo primera medida

Por el Gobierno se adoptarán las medidas necesarias para conceder subvenciones a fondo perdido créditos oficiales a las familias de afectados cuyas actividades industriales o de servicios hayan visto alterado su normal funcionamiento desde el 1 de mayo de 1981 por la afectación del síndrome tóxico de uno o varios de sus miembros, y en tanto dure esta situación.

Cuadragésimo segunda medida

Los afectados que para continuar prestando sus servicios públicos o privados se hayan visto obligados a ser sustituidos por otra persona a la que ellos hayan pagado, tendrán derecho al reembolso de los gastos de sustitución abonados desde el 1 de mayo de 1981 y que abonen en el futuro, en tanto estén afectados por la enfermedad.

Cuadragésimo tercera medida

Todos los afectados por el síndrome tóxico, cualquiera que sea su edad, tendrán y causarán los mismos derechos a cuyos efectos el Gobierno, en el plazo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, enviará al Congreso de los Diputados el correspondiente proyecto de ley.

Cuadragésimo cuarta medida

Tendrán derecho a ayudas sustitutivas de la prestación por desempleo los afectados que al contraer la enfermedad no realizaban, por causas ajenas a su voluntad, actividad laboral alguna y que a consecuencia del síndrome han estado incapacitados para el trabajo, encontrándose, con posterioridad, nuevamente en situación de desempleo.

Cuadragésimo quinta medida

La ayuda domiciliaria no tendrá previo límite horario, valorándose el tiempo horario de prestación necesaria de la misma por los asistentes sociales de la correspondiente Unidad Sanitaria Básica.

Cuadragésimo sexta medida

Por el Gobierno, en el plazo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición, se adoptarán, a propuesta del Ministro de Defensa, previa audiencia de las Asociaciones de Afectados por el Síndrome Tóxico, las medidas necesarias para reconocer a los afectados por el síndrome tóxico que no hayan aún cumplido el servicio militar y, en su caso, a los familiares de éstos en los que concurra tal circunstancia, exenciones del servicio militar obligatorio o, en su caso, prórroga de incorporación a filas.

Cuadragésimo séptima medida

Por la Dirección General del Plan Nacional del Síndrome Tóxico, oída la Comisión de Servicios Sociales del Plan, y las Asociaciones de Afectados, se elaborará, dentro de los quince días siguientes al de aprobación de esta proposición, un programa de necesidades de apoyo escolar a los afectados en edad escolar, cuya ejecución, inspirada en el principio de igualdad de todos los españoles, correrá a cargo del Ministerio de Educación y Ciencia.

Cuadragésimo octava medida

Por los Directores Provinciales del Plan se velará por que las altas médicas a efectos laborales de los afectados sólo se den cuando exista total garantía de la curación de cada afectado, a fin de evitar el riesgo que para la salud del afectado y para la salud de los demás derivaría de una pronta incorporación al trabajo.

Cuadragésimo novena medida

Por el Gobierno, en el plazo de quince días a partir de la aprobación de esta proposición, se aprobará y pondrá en marcha un programa de recogida de los productos de matanzas caseras, susceptibles de haber sido elaborados con aceite tóxico, que existan en las zonas afectadas por el síndrome tóxico, y de indemnizaciones a los propietarios.

Quincuagésima medida

Los Directores Provinciales del Plan y los responsables de las Unidades Sanitarias Básicas de cada ámbito territorial celebrarán, semanalmente al menos, una reunión con las Asociaciones de Afectados de dicho ámbito territorial, para informarse recíprocamente de la situación, formular sugerencias a la Administración, solicitar la colaboración y ayuda de los afectados, etc.

De cada reunión se levantará acta por una asistente social del Plan, que actuará como Secretaria de cada reunión.



sala de lecturas

Reseñamos en este número tres libros de indudable interés: "El desarrollo de la sexualidad humana" de Money y Ehrhardt, "Terapia de conducta y depresión" de Antonio Maldonado y "La personalidad del subnormal" de Alfredo Fierro. Seguimos recabando, como de costumbre, vuestra colaboración para esta sección.

J. Money y A. Ehrhardt

Desarrollo de la sexualidad humana (diferenciación y dimorfismo de la identidad del género).

Ediciones Morata. Madrid 1982.

EL presente libro aborda un tema científico: la diferenciación sexual entre hombre y mujer, desde la concepción hasta la madurez, aportando datos y conceptos experimentales y clínicos procedentes de cada una de las especialidades científicas que han contribuido al mismo: genética, embriología, neuroendocrinología, psicología social, médica y clínica y antropología social. Sus autores insisten en la superación de las "especialidades tradicionales", abogando por la interacción científica de los profesionales de diferentes ciencias humanas.

Según indica E. Emezúa en su Presentación a la Edición Española del libro, las figuras de J. MONEY y sus colaboradores (en este caso Anke A. Ehrhardt) resultan hoy imprescindibles dentro del tema de la identidad sexual, tema, por otra parte vertebral para la comprensión de numerosas manifestaciones del hecho sexual humano.

La intención de la obra radica en formular una teoría que abarque todos los determinantes de la conducta sexual humana, de un modo más amplio que el que proporcionan las teorías evolutivas tradicionales de la masculinidad y la feminidad. Una de las ideas principales que generan este estudio consiste en que el sexo de una persona no debe especificarse exclusivamente a base de un criterio único, sino de múltiples criterios. Así, por ejemplo, es posible tener el sexo genético de un varón y el sexo morfológico genital externo, el sexo hormonal puberal, el sexo asignado y el papel y la identidad de género de una hembra. Al tratarse de personas normales, nacidas sin defectos sexuales de cualquier índole, cabe aceptar que el sexo es una característica univariada, debido a que todas las múltiples variables concuerdan entre sí. Sin embargo, cuando una o más de las variables discrepan con las demás, surge la cuestión relativa a cuáles hay que aceptar y cuáles deben rechazarse al definir el sexo de una persona.

El material clínico de todos los capítulos de este libro se ha obtenido de la extensa serie de estudios de casos y grupos acumulada en la unidad de investigación psicosomática del Hospital y la Facultad de Medicina Johns Hopkins desde



1951. Estos estudios abarcan: todas las endocrinopatías, sexuales y no sexuales, de la infancia y la adolescencia, múltiples síndromes clínicos de la función psicosexual y de la diferenciación de la identidad de género, así como otros diversos estados evolutivos y patológicos.

Tras la lectura de la obra de MONEY (siguiendo a E. Amezúa), hallamos respuesta a la pregunta ¿Qué sucede y cómo sucede en el curriculum vitae de cada individuo, desde el momento cero de la fecundación, para que una persona(lidad) se vaya sexuando?. Los autores aportan elementos muy valiosos para comprender el proceso de sexuación humana.

El presente estudio revestirá especial interés para los estudiantes de Psicología, Sociología, Antropología, Etología, Genética, Neuroendocrinología y Medicina. Es, además un libro destinado a los clínicos, así como al lector interesado en esta temática, para el cual va dirigido el Glosario que aparece al final de la obra.

Las implicaciones teóricas que presenta ha servido como fecunda base de controversia en su edición original, que serán superadas en una adecuada comprensión del interaccionismo entre determinantes prenatales y posnatales de la diferenciación psicosexual.

Emilio Contreras

Alfredo Fierro

La "personalidad" del subnormal.

Ediciones Universidad de Salamanca y Federación Española de Asociaciones Pro Subnormales. 1981

EN este libro, su autor, Alfredo Fierro estudioso, desde hace años, de la subnormalidad, nos comunica sus reflexiones críticas y desmitificadoras sobre el falso papel paternalista que, tanto la sociedad capitalista como la socialista, han tenido, hasta ahora, para la persona etiquetada por ellas como subnormal.

Partiendo de una revisión histórica, desde el encierro común de todo tipo de gente fuera de la norma social (locos, delincuentes, vagabundos, ociosos, subnormales, aventureros, etc.), va analizando la progresiva separación por grupos. Locos-delincuentes, posteriormente locos-subnormales y, actualmente, en los subnormales, mongólico-paralítico cerebral-fenilcetonúrico, etc. Pero todo este tratamiento para cualquier sujeto fuera de lo socialmente deseable ha sido siempre represivo, con mayor o menor dureza, y, más que para proteger a estos sujetos, para proteger a la sociedad dominante de ellos.

Y este dominio clasificatorio se ha conseguido por muy variados y sofisticados sistemas encubiertos científicamente, entre los cuales la Psicometría ha sido el más cercano a la Psicología, analizando Fierro su uso y abuso.

La escuela actual, como seleccionadora de futuros productores de mano de obra útil para lo establecido, se convierte en criterio salomónico de integración o marginación. Entonces, los seres que no pueden o no quieren adaptarse al ritmo social admitido, son marginados de modo más o menos brutal.

Frente a esto, han surgido posturas, minoritarias aún pero esperanzadoras, de compromiso científico y, por ello, social, para la creación de una sociedad al servicio de todos los sujetos, por muy diferentes que sean, voluntaria o involuntariamente.

Y, para lograrlo, el mejor sistema es invirtiendo el proceso de actuación, poniendo ahora la técnica, de modo comprometido, al servicio de la gente y no a la inversa, como hacen las minorías poderosas.

En esta nueva situación, será la diferencia la que vaya al poder y tendremos una sociedad pluralista, donde no se marginen minorías por el simple accidente de no coincidir con el prototipo artificialmente creado actualmente desde el Poder-Rentable.

De este modo, el trabajo pluridisciplinar estará al servicio de la gente, dando un paso más en esta Ecología Humana, que tanta falta hace, como miedo produce a los grupos dirigentes, temerosos de perder su dominio social.

Es un librito que llena una laguna grande en la literatura psicológica, como es la reflexión sobre el uso de la ciencia, uso que nunca es neutral en sus resultados, ya que la



verdadera ciencia (que pocas veces se da) es verdaderamente progresista, mejorando la calidad de vida.

Son, pues, pinceladas críticas al viejo modelo en descomposición lenta, con pequeños trazos de la nueva orientación incipiente, que si bien es aún pequeña, sin embargo, va en aumento. Libro recomendable, no sólo a quienes conviven, por uno u otro motivo, con subnormales, sino para toda persona, de modo que desmonte sus prejuicios sobre ellos especialmente y en relación con todas las minorías, de modo más general.

No da métodos de trabajo ni ofrece rasgos clasificatorios, precisamente porque su objetivo es ideológico, reflexionando sobre el papel restringido que nuestra sociedad viene concediendo a los subnormales.

Y, en este sentido, el libro intenta conceder al subnormal plena representación, aceptándole como es, de modo que sea la sociedad quien se adapte a sus miembros y no éstos los que se sacrifiquen caprichosamente por los egoísmos del poder dominante.

Ciertamente no gustará a quienes continúen en sus sillones brillantes hablando y gobernando sin comprometerse en el trabajo de integración real. Respetemos las diferencias y no colonicemos el mundo con el standard publicitario al uso, pues, hasta el momento presente, las técnicas han separado a la Humanidad, en lugar de aproximarla permitiendo su heterogeneidad.

La palabra clara, ágil e irónica de Fierro se erige en conciencia acusadora de tantos intereses creados aún a base de, con ello, manipular al subnormal.

¿Y no será esta sociedad egoísta e insana la realmente equivocada? Tal vez contestar afirmativamente sea nuestra mejor contribución al pasado Año Internacional de los Disminuídos.

Fernando Gálligo Estévez

Antonio Maldonado López
Terapia de conducta y depresión:
un análisis experimental de los modelos
conductual y cognitivo.
Fundación Juan March. 1982

LA depresión psicógena, representa uno de los síndromes clínicos psicopatológicos más importantes e incidentes en nuestra sociedad actual, y cuyo número de casos se incrementa constantemente en la actualidad. El presente estudio, representa un intento de acercamiento a la comprensión y tratamiento de dicho trastorno conductual.

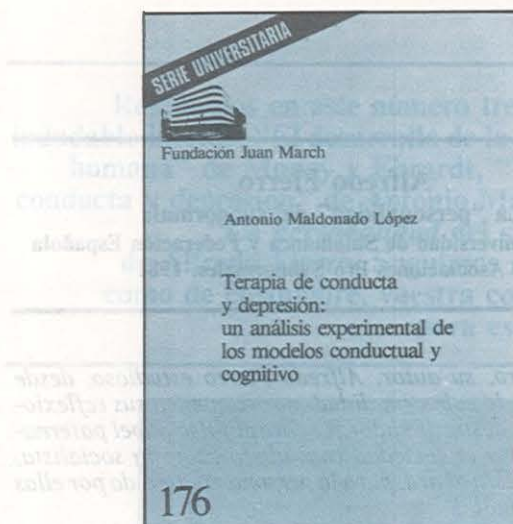
La perspectiva de análisis conductual de dicho trastorno, se concreta en la constatación de una serie de conductas típicas depresivas (excesos y déficits conductuales), y que se deberían a la adquisición de trastornos mediacionales de naturaleza "emotiva, motivacional, cognitiva y fisiológica".

Pero en la organización de dichos factores alterados, en los procesos postulados de adquisición y mantenimiento, así como en la búsqueda de los constituyentes nucleares de la secuencia seguida por el sujeto depresivo en la adquisición de su depresión, nos encontramos con posturas teóricas divergentes, acordes a modelos diferentes de aprendizaje. Para unos, modelos cognitivos (Beck y Seligman), la existencia de una serie de trastornos cognitivos específicos serían los factores determinantes de la adquisición y mantenimiento de dicha conducta alterada. Para otros, modelos conductuales (Lewinsohn y McLean), los déficits de habilidades sociales de los sujetos depresivos, sería la condición antecedente de una pérdida o bajo nivel de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto; lo que instaura un programa prolongado de extinción, como factor antecedente crítico para el establecimiento de la depresión. La importancia de dichos modelos se incrementa debido a que se han derivado de los mismos técnicas específicas de tratamiento, cuya validación experimental y comparación a un grupo control tratado farmacológicamente con antidepresivos tricíclicos y ansiolíticos, fue el objetivo primordial del autor del estudio que comentamos.

Para su realización, Antonio Maldonado eligió 24 sujetos depresivos psicógenos que se asignaron aleatoriamente a tres grupos independientes: GRC (Grupo de Reestructuración cognitiva), GCA (Grupo de entrenamiento conductual asertivo) y GCF (Grupo control farmacológico). Trató a los sujetos en cada grupo independientemente, según su grupo, con "técnicas de modificación cognitiva", según los métodos sugeridos por Beck y colaboradores (1979) y Shaw (1977); con "entrenamiento conductual asertivo", según los trabajos de Lewinsohn y otros (1976) y McLean (1976), o con antidepresivos tricíclicos y ansiolíticos.

Con cada uno de los sujetos realizó tres medidas de su sintomatología depresiva con las escalas de BDI, HSD, ZSDS y de ansiedad (IPAT), en tres momentos determinados de la investigación: fase de pretratamiento, de posttratamiento y de seguimiento. Utilizó por tanto un "diseño factorial mixto 3 x 3 con medidas repetidas en el segundo factor".

Los resultados del análisis de variancia y del análisis



estadístico posterior de los efectos encontrados, le demostraron que:

1. Ambas técnicas fueron eficaces en la reducción de la sintomatología depresiva de los sujetos depresivos neuróticos como resultado del tratamiento conductual o cognitivo utilizado.

2. Dicha reducción sintomatológica, fue superior en ambos casos a la de los sujetos tratados farmacológicamente.

3. Sólo el grupo tratado mediante reestructuración cognitiva evidenció diferencias significativas respecto al grupo control farmacológico durante la fase de seguimiento. Lo cual nos permite inferir una mayor prevención de la recaída de los sujetos tratados cognitivamente, respecto a los sujetos tratados conductualmente con entrenamiento asertivo.

4. Ello llevó al autor a asumir una mayor incidencia de los factores cognitivos en el mantenimiento de la conducta depresiva y, consecuentemente, la reestructuración de dichos factores alterados debe conducir, según Maldonado, a una mayor mejoría y mejor prevención de posibles recaídas posteriores, lo que la convertirá en una técnica adecuada de tratamiento de dichos sujetos depresivos.

En resumen, el programa de tratamiento cognitivo, le produjo, significativamente, los cambios más significativos de mejoría de los sujetos depresivos en el presente estudio. Mientras que los sujetos entrenados mediante técnicas específicas de habilidades sociales, obtienen una mejoría inicial, que no se mantiene en muchos casos, y que no parece prever la recaída en mayor medida que un grupo control tratado farmacológicamente.

Ello lleva al autor a hipotetizar una menor incidencia de los factores biofisiológicos y motivacionales (conductuales), en el mantenimiento y tratamiento de este tipo de depresión, mientras que hipotetiza que los factores cognitivos alterados constituirían los elementos nucleares y estructurantes de los diversos síntomas y factores alterados que componen el cuadro clínico de la depresión psicógena.

María Angeles Malo

LIBROS RECIBIDOS

BEIZMAN, Cécile. "Manual de valoración de formas en el Rorschach". Madrid, Aguilar, 1981, 254 págs., col. "Psicología y Educación".

BENTLEY, Eric. "La vida del drama". Barcelona, Paidós, 1982, 326 págs.

D. FOULKES. "Gramática de los sueños". Biblioteca de Psicología profunda. Barcelona, 1982, págs. 591.

INSTITUTO NACIONAL DE EMPLEO. "Información Profesional (Opciones al terminar los distintos ciclos del sistema educativo)". Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo, edición actualizada a Octubre de 1981, 476 págs.

LOOSLI-USTERI, M. "La ansiedad en la infancia". Madrid, Ediciones Morata, 1982 (2ª edición), 206 págs.

G.H. MEAD. "Espíritu, persona y sociedad". Estudios básica. Barcelona, 1982, págs. 403.

MALDONADO LOPEZ, Antonio. "Terapia de conducta y depresión: un análisis experimental de los modelos conductual y cognitivo". Madrid, Fundación Juan March, 1982, 62 págs., col. "Serie Universitaria" (nº 176).

B. MALINOWSKI. "Estudios de psicología primitiva". Estudios básica. Barcelona, 1982, págs. 218.

ORTEGA, José Eugenio (comp.). "Lecturas sobre comportamiento animal". Madrid, Siglo XXI, febrero 1982, 253 págs., col. "Psicología y Etología".

PAGE, James D. "Manual de psicopatología". Barcelona, Paidós, 1982, 450 págs.

PATRICIA M. CIRIGLIANO. "Los bebés nadadores". Buenos Aires 1981, págs. 189.

GEBER, B. "Piaget y el conocimiento". Psicologías del siglo XX. Barcelona 1982.

PIAGET, Jean. "El nacimiento de la inteligencia en el niño". (Segunda reimpresión). Madrid, Aguilar, 1982, 314 págs., col. "Psicología y Educación".

POLAINO, Aquilino. "Introducción al estudio científico del autismo infantil". (primera edición). Madrid, Alhambra, 1982, 204 págs.

RIBES IÑESTA, Emilio. "El conductismo: reflexiones críticas". Barcelona, Fontanella, 1982, 144 págs., col. "Breviarios de Conducta Humana" (nº 24).

SCHLOBIES, M. y URBAN R. "Manual de diagnóstico diferencial en Psiquiatría" (primera edición). Madrid, Alhambra, 1982, 130 págs.

REVISTAS RECIBIDAS

CLINICA Y ANALISIS GRUPAL

Nº 30. Septiembre/Octubre 1981



Redacción y administración: Príncipe de Vergara, 35. Madrid-1.

Esquizofrenia (Nota para psicólogos) Antonio Colodrón.

Sobre el rol de coordinador en un grupo de enfermos psicósomáticos, Juan Carlos Duro.

La intervención terapéutica desde el punto de vista sistémico, José Navarro Góngora.

Contextualización histórica ideológica de un centro de higiene mental, Enric Mora.

Psicopatología de la institución penitenciaria, Serafin Carballo.

Psicosis y punto de umbilicación 3ª parte: La ley y el escarnio, Joan Salinas Rosés.

El porqué del psicoanálisis didáctico o ¿qué es didáctico en psicoanálisis?, Santiago Lois Mastach.

Libros para re-pensar: Terapia de la familia. La primera entrevista, H. Stierlin y otros.

Teoría de la comunicación humana, P. Watzlawick y otros. Noticias: Primeras jornadas sobre adolescencia, Madrid, 26-28-III-1982.

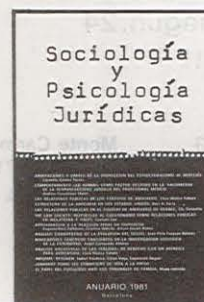
Premio Clínica y Análisis Grupal. 2ª edición 1982.

Asociación española de Neuropsiquiatría, Premio Luis Martín Santos y Premio J.M. Sacristán.

Revista de Revistas: Las publicaciones psicológicas: reflexiones; J.A. Reguilón.

SOCIOLOGIA Y PSICOLOGIA JURIDICAS

Anuario 1981



Redacción y administración: Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona. Mallorca, 283. Barcelona-37.

Estudios: Aportaciones y límites de la proyección del estructuralismo al derecho, Carmelo Gómez Torres.

Comportamiento "Ad Hominem" como factor decisivo en la valoración de la responsabilidad jurídica del profesional médico, Andreu Corominas Malet.

Las relaciones públicas de los colegios de abogados. Lluís Muñoz Sabaté.

Estructura de la abogacía en los Estados Unidos, Bert A. Early.

Las relaciones públicas en el colegio de abogados de Quebec, Christiane Gosselin.

The law society: Respuestas al cuestionario sobre relaciones públicas en Inglaterra y Gales, Graham Lee.

Investigación empírica: Aproximación a la reacción penal en Guipúzcoa, Eugenio-Raúl Zaffaroni, Cristina Oderda, Arturo Durán Bueno.

Análisis cuantitativo de la evolución del delito, José Pirla Fraguas Beltrán.

Marcadores genéticos sanguíneos en la investigación biológica de la paternidad, Angel Carracedo Alvarez.

Análisis vocacional de las "salidas" de derecho con un apéndice para judicatura, Lluís Muñoz Sabaté.

Informes: Informe - resumen, Isabel Cerdeira Gutiérrez, Celsa Vega Sombria, Esperanza Saguar Delgado.

Jornades sobre las condiciones de vida a la presó.

El papel del psicólogo ante los tribunales de familia. Mesa redonda.

Bibliografía.

ANUARIO DE PSICOLOGIA

Nº 41. 1981 (2)



Redacción y administración: Sección de Psicología. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Avda. Chile, s/n. Zona Universitaria. Barcelona-28.

Siguan, M.: Piaget en Cataluña. Arnau, J.: Uso de los modelos de "series temporales" como técnica de análisis de los diseños conductuales.

Glyn V. Thomas, Díez-Chamizo, V.: Efectos de la hipótesis de marca en una tarea de evitación pasiva con demora en la presentación del EI.

Rondal, J.A.: La adquisición del lenguaje en sujetos deficientes mentales moderados y severos.

Secall, M.ª V.: Aproximación al primer lenguaje.

Villegas, M.: Roger Mucchielli: Una vida entregada a la psicología.

Crítica de libros.

INFANCIA Y APRENDIZAJE

Nº 16. 1981 (4)



Redacción y administración: Pablo del Río editor, siglo XXI. Calle Plaza, 5. Madrid-33.

Rita Vuyk. Optimizar el desarrollo: unas nociones teóricas y prácticas.

Maite Cascallana y Juan José Aparicio. Memorizar es conocer: un estudio sobre la influencia de la información previa en las tareas de recuerdo.

Anne-Nelly Perret-Clermont. Perspectivas psicosociológicas del aprendizaje en situación colectiva.

Anne Coulibaly y Claudie Deman. Observación de las situaciones didácticas.

Gerardo Martínez. Creatividad infantil y educación.

Alfredo Fierro. Investigaciones sobre los efectos de la institucionalización en los retrasados mentales.

Félix López. Niños en casacuna.

Nathalie Loutre. Adaptación recíproca niño-nodriz.

Eduardo Rigó. La situación diglósica y su repercusión en la adquisición del lenguaje.

Fernando Hernández y Juana María Sancho. Análisis de la interacción ambiental en el aula. Una investigación en el parvulario.

Libros recibidos.

**REVISTA DE HISTORIA
DE LA PSICOLOGIA**
Volumen 3, nº 1.
Enero/Marzo 1982



Redacción y administración: Departamento de Psicología general. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Avda. Blasco Ibáñez, 28. Valencia-10.

Zusne, L.: Textos de Historia de la Psicología como instrumentos de medida de la eminencia en Psicología.

Montoro, L.; Carpintero, H.; Quintanilla, I.: Comunicación Científica en los Congresos Internacionales de Psicología (I-XVI).

Schindler, Ch.W.; Algarabel, S.: Charles S. Ferster (1922-1981): Una vida dedicada al Análisis Experimental de la Conducta.

Bayes, R.; Garau, A.: Investigación en Psicología Experimental en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Información bibliográfica.

**DOCUMENTACION
SOCIAL**

Nº 46. Enero/Marzo 1982



Redacción y administración: Cáritas Española. San Bernardo, 99 bis, 7º. Madrid-8.

Análisis de la situación actual de la juventud, Enrique Arránz.

Ideologías, actitudes y comportamientos sociopolíticos de la juventud española, José Navarro Botella.

Conflicto e identidad de la juventud, hoy, María Victoria Reyzábal y Myrian Najt.

La juventud rural, Cristino González Velasco.

Juventud y mundo urbano, Castor.

La juventud y sus formulaciones, J.M. Barrado García.

AFANIAS

Nº 40. Mayo/Junio 1982



Redacción y administración: Fernando el Católico, 11. Madrid-15.

Centros Afanias: Taller de Empleo Especial Latep (A. Martín Pérez).

Una colaboración muy especial: Azarias y la niña chica (Miguel Delibes).

La pluma de Carmen Conde. Entrevista con el Presidente de la Diputación de Madrid (José Manuel Álvarez Enjuto).

Cultura: La huida (Luis F. Álvarez).

Siempre la soledad (cuento) (M.C. Esbrí Alvaro).

Mi "gente" (Pilar Roldán Mainer).

Colaboraciones: El psico-ballet, una escuela de danzaterapia, única en su especie (V. Fernández y J.C. Conde).

Terapia ocupacional y subnormalidad (J. Carlos Aldama).

Entrevista: En torno a la parálisis cerebral.

Opinión: A Paulov (Alfonso F. Burgos).

Recomendamos: "Mater Amatissima" (F. Gállego).

Publicaciones.



TEA EDICIONES, S.A.

PUBLICACIONES PSICOLOGICAS

Tests - Material educativo

Métodos de Rehabilitación y terapia

LIBRERIA ESPECIALIZADA

Fray Bernardino de Sahagún, 24

Telf. (91) 458 83 11

MADRID - 16

Muntaner, 462
Telf. (93) 20115 55
BARCELONA - 6

Hurtado de Amezaga, 3
Telf. (94) 432 01 72
BILBAO - 8

Monte Carmelo, 6
Telf. (954) 27 94 11
SEVILLA - 11



EDICIONES MORATA, S.A.
C/ Mejía Lequerica, 12
MADRID-4.

NOVEDAD:

KALTENMARK, M.: **La Filosofía China.** 300 ptas.
LOOSLI-USTERI, M.: **La Ansiedad en la Infancia.** 550 ptas.
MONEY, J.: **Desarrollo de la Sexualidad Humana.** 1.200 ptas.

PROXIMA APARICION:

CLARK: **Terapia Social en Psiquiatría.**
EYSENCK: **Enigmas de la Psicología** (segunda edición).
KELLY: **Psicología de la Educación** (séptima edición).
LEITENBERG: **Modificación y Terapia de conducta.**



INSTITUTO DE ORIENTACION PSICOLOGICA

Presenta a los Psicólogos españoles

Los métodos más actuales y eficaces para
reeducación de problemas de lecto-escritura.

- Dislexia-Psicomotricidad EOS 1º Nivel.
- Dislexia-Psicomotricidad EOS 2º Nivel.
- Batería Psicopedagógica EOS
- Más de cien tests perfectamente válidos y especialmente diseñados para cada curso desde Ciclo Inicial de E.G.B. hasta C.O.U.

Aportes psicopedagógicos exhaustivos a Orientadores y Psicólogos:

- Tratamiento de la información (sin "lectoras").
- Entrega de resultados y datos.
- Confección de Informes Psicológicos.
- Realización de Estadísticas, Sociogramas, etc.

Diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos y pedagógicos.

- Psicodiagnóstico.
- Grupos reeducación de Dislexia.
- Psicoterapia, etc...

Asesoramiento a A.P.A.S.

- Orientación en actividades extraescolares.
- "Escuela de Padres", conferencias.
- Orientación Educativa.

Programación de Cursos y Seminarios para Psicólogos con enfoques muy prácticos.

- Psicopedagogía.
- Problemas de Lenguaje.
- Problemas lécto-escritores.
- Técnicas de estudio.
- Grafología.
- Análisis transaccional.

EOS.— Orense, 12, primera planta, oficina 10. Madrid-20.
Tels.: 455 33 28 y 455 39 13.



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

DIVISIONES

- I. Enseñanza e Investigación
 - Psicología
 - Fisiología
 - Farmacología
- II. Diagnóstico Psicológico y Físico
 - Test de papel y lápiz
 - Tests manipulativos
- III. Terapia de Conducta.
 - Psicología Clínica
 - Bioinformación
 - Condicionamiento
 - Desensibilización
- IV. Preescolar—Psicopedagogía
 - Educación Especial
 - Evaluación y tratamiento de las deficiencias escolares.
 - Tests y material Psicopedagógico
- V. Biometría. Antropometría
 - Dinamometría
 - Antropometría
 - Espirometría
- VI. Rehabilitación Física
 - Cinesiterapia
 - Electroterapia
- VII. Psicología y Psicofisiología del Deporte
 - Psicofisiología deportiva general
 - Telemetría
 - Sensoriometría
- VIII. Formación Permanente
 - Sesiones Teórico-prácticas

EXPOSICION PERMANENTE DE MATERIAL

Horario: 9 a 14 y de 16 a 19, días laborables
excepto sábados.

ESPERAMOS SU VISITA

OFICINAS Y EXPOSICION:
Franco Rodríguez, 47 - MADRID-20
Tels.: 459 52 80 - 450 94 49

Colegio Oficial de Psicólogos DELEGACION DE MADRID

