

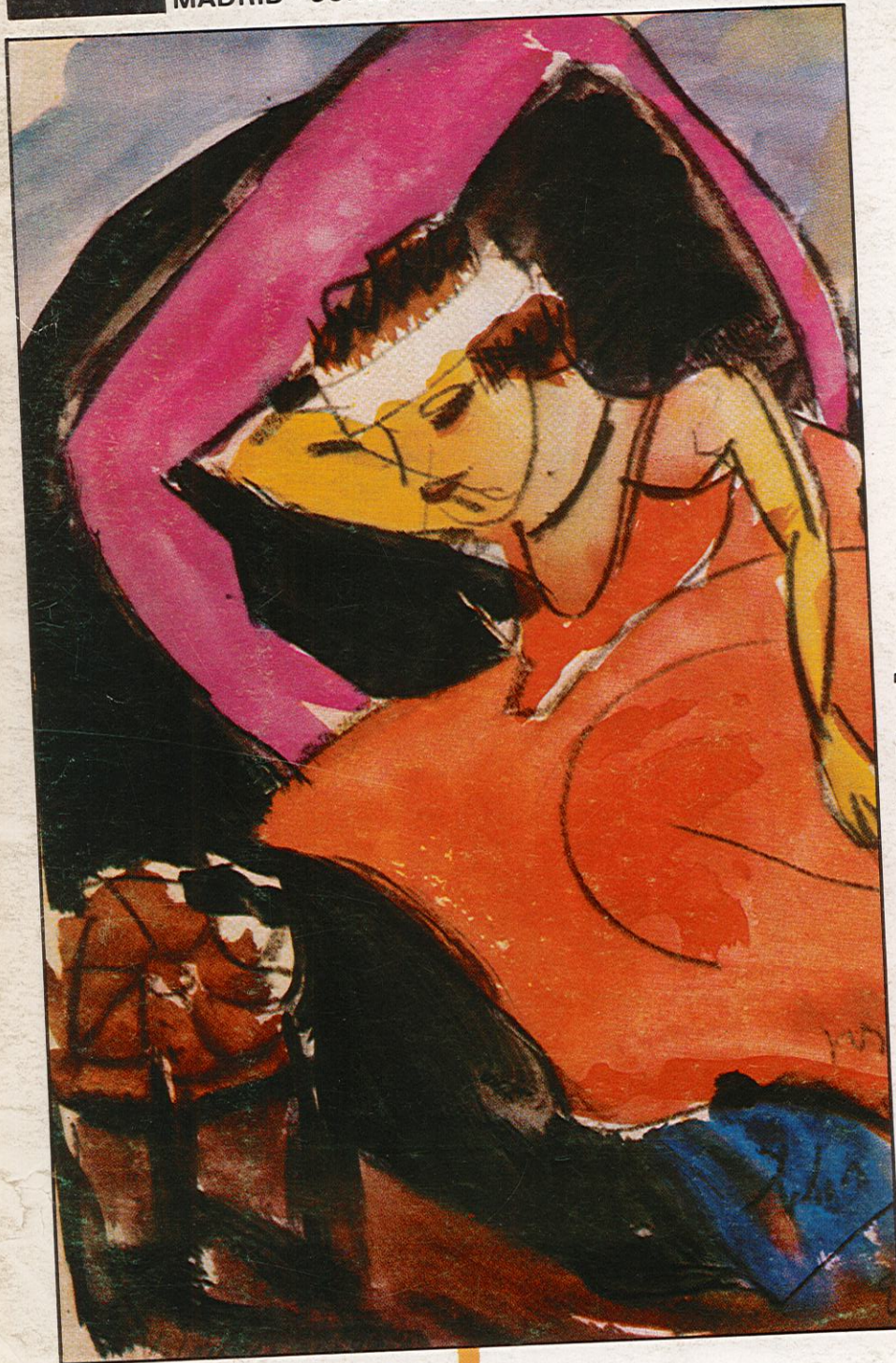
PÁGINAS del COLEGIO

Psicólogos

MADRID - JUNIO 1983

Nº 9

Colegio
Oficial  de
Psicólogos



...a fondo

NUESTRA PROFESION EN LA REFORMA SANITARIA

**PSICOLOGOS DEL TRABAJO,
UN CONGRESO RENTABLE
Y HUMANIZADO**

Víctor Pérez Velasco

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y COMETIDOS DEL PSICÓLOGO EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE LA PROVINCIA DE MADRID

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

Información: Colegio Oficial de Psicólogos.

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

GUÍA DE RECURSOS ASISTENCIALES EN EL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA PROVINCIA DE MADRID

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

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

Información: Colegio Oficial de Psicólogos.

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

Sumario

Editorial	
● A vuelta con los profesionales	1
Revista de prensa	
● La Unión profesional	2
Papeles de los psicólogos	4
A fondo, psicología y reforma sanitaria	
● Psicología clínica, profesión independiente. <i>Pedro Pérez</i> ..	5
● Necesidad y características deseables de la intervención psicológica en una muestra de especialistas médicos. <i>Saturio Ballesteros</i>	7
● Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. <i>Miguel Costa y Ernesto López</i>	11
● El PCE propone mejoras en la prestación psiquiátrica de la Seguridad Social	23
● Psicología, economía y reforma sanitaria. <i>Ramón Bayes</i> ..	25
La profesión	
● I Congreso Nacional de Psicología del Trabajo. <i>Víctor Pérez</i>	31
● La Asociación Internacional de Psicología Aplicada. <i>Claude Lévy-Leboyer</i>	34
● Maestros y pruebas psicopedagógicas. <i>Alejandro Avila</i> ..	35
● Premio "Clínica y análisis grupal"	36
Información colegial	
● La Junta de Gobierno Estatal informa. <i>Adolfo Hernández</i>	37
● Declaración de la Junta de Gobierno sobre la despenalización del aborto	41
● Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid ..	42
● Premios del Colegio	43
● Nuevas Juntas Rectoras	44
Documentación	
● Salud Mental y Organización Mundial de la Salud. Traducción y resumen: <i>Ricardo Lucas</i>	45
Sala de lecturas	51
Anuncios breves	55

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

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

Editorial

A vuelta con los profesionales

Director:

Adolfo Hernández

Director adjunto:

Carlos Camarero

Redacción:

Alfredo Fierro
Fernando Gállego
Daniel Iribar
(redactor jefe)
Ricardo Lucas

Colaboran en este número:

Alejandro Avila
Saturio Ballesteros
Ramón Bayés
Miguel Costa
Claude Lévy-Leboyer
Ernesto López
Pedro Pérez García
Víctor Pérez Velasco

Edición y diseño:

Daniel Iribar

Portada:

Daniel Iribar a partir de la
pintura de Erich Heckel
"Muchacha enferma"

Depósito Legal:

M-27453-1981.

ISSNº 211-7851.

Redacción y Administración:

Fernández de los Ríos, 87
Tfno.: 244 58 13. Madrid-15.

Distribución:

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

Fotocomposición e impresión:

Stelvio, Impresores. Matilde
Hernández, 28. Madrid.

Edita:

Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

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

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

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

Carlos Camarero

—presidente—

Alejandro Avila

—vicepresidente—

Adolfo Hernández

—secretario—

José María Prieto

—vicesecretario—

Antonio Pérez

—tesorero—

Y los vocales:

Julio Alvarez

Juan Carlos Duro

Consuelo Escudero

Luis Llavona

Víctor Pérez

Pablo del Río

Mariana Segura

Encarnación Vázquez

**Responsable de Publicaciones
y Documentación:**

Adolfo Hernández

No parece lo más adecuado en estos momentos ofrecerse al gobierno socialista como grupo de presión representante de una tecnocracia rediviva como lo ha hecho la asociación privada denominada Unión Profesional.

La historia más reciente de nuestro país y las pugnas de ciertos profesionales con el Gobierno, no facilitan, precisamente, el diálogo constructivo en torno al papel que los "profesionales" deben jugar en una España democrática y moderna. Nos recuerda más al gremialismo feudal y trasnochado o al intento de control de determinados sectores públicos por profesiones hegemónicas en nuestra sociedad cuando se intentan llevar a cabo reformas importantes que atañen a aquella en su conjunto, tales como la de la sanidad o la del sistema escolar o la del Código Civil, por citar sólo algunos ejemplos claros y determinantes.

No es tiempo de estar haciendo guerras corporativas en defensa de privilegios y situaciones adquiridas en años que nada tienen que ver con nuestra democracia.

Por otra parte, el desarrollo de las distintas profesiones, su implantación, así como sus posibilidades laborales, son distintas; malamente podrán entenderse un médico, o un notario o un registrador de la propiedad con un sociólogo, un delineante o un psicólogo, sin ir más lejos.

Los profesionales no pueden erigirse en defensores de intereses sociales, si aquéllos no están sometidos al rigor de la Ley, a los poderes públicos o al contraste científico con otros profesionales; o con las organizaciones sociales y políticas donde los ciudadanos vierten y canalizan sus necesidades y donde sus intereses están representados democráticamente.

Nosotros no renunciamos a las posibilidades que para la defensa de nuestros intereses nos brinda un Colegio Profesional, como entidad de derecho público, a pesar de que la ley que regula los Colegios Profesionales sea una Ley aprobada durante la dictadura, por aquella "representación" orgánica de las Cortes franquistas.

¿Volver a algo así es lo que pretende la Unión Profesional?

Es necesario discutir y reflexionar sobre cuál ha de ser el futuro de los Colegios profesionales y cuál su idoneidad como parte de todo el tejido civil articulado en una sociedad democrática. Pero sin preavisos, sin hegemonías y sobre todo, sin pretender hacer creer que los intereses de ciertos grupos de élite son los mismos del resto de los profesionales.

Y decimos esto con la convicción de que no creemos que la técnica sea aséptica, como no creemos en una ciencia sin ideología.

Y desde esta incredulidad es desde donde levantamos nuestra voz para denunciar intentos de profesiones "salvadoras" de las sociedades, porque ello nos huele a darwinismo social, y esto, para los psicólogos, es intolerable como profesionales, como científicos, como trabajadores y como ciudadanos.

La Unión profesional

Presentamos en la revista de prensa una serie de opiniones contrapuestas aparecidas en distintos medios de prensa —ABC y EL PAÍS— a raíz de la celebración del I Congreso de la Unión Profesional. Creemos que esta revista de prensa contextualiza la opinión editorial de nuestra revista.

El por qué de un Congreso "El País" 10/4/83

Cuando por primera vez representantes de una gran mayoría de profesiones van a reunirse en España, conviene explicar su significado.

Aclaremos, de entrada, que tantos profesionales diferentes no se reúnen para plantear reivindicaciones. Y subrayemos que los congresos interprofesionales vienen celebrándose habitualmente en Europa con el propósito de corregir una excesiva dispersión de las especializaciones técnicas. Se distinguen de los congresos científicos por recoger las preocupaciones sociales que los profesionales aportan por haberlas recibido de sus clientes. Les distinguen también un propósito de rendición de cuentas a la sociedad, porque la formación de un profesional exige, junto al esfuerzo individual, una inversión colectiva que merece ser rentable para la comunidad.

Era previsible que llegase también a España el deseo de un encuentro público entre nuestros profesionales, y pienso que puede ser fructífero si sirve para florar algunos planteamientos hasta ahora insuficientemente expresados, aunque afortunadamente presentes en la realidad profesional.

Del entramado corporativo salen ahora frecuentes reivindicaciones, con lo que la opinión pública llega a contemplar a los colegios como centros exclusivamente dedicados a la defensa de los intereses de sus componentes.

No pretendo, ciertamente, negar que tales intereses propios existen, ni desconocer que los profesionales, como cualquier otro de los grupos sociales mencionados en el artículo 9.2 de la Constitución, tienen perfecto derecho a defenderlos a través de su órgano natural, que es su colegio. Pretendo simplemente explicar que existe otra vertiente colegial, hasta ahora difuminada, y que es precisamente donde pueden encontrarse más ilusionantes perspectivas.

En efecto, un profesional debe entregarse al servicio de su cliente en una relación donde la entrega prima sobre sus intereses personales. Pero, cumplido el servicio, el profesional espera también la remuneración de su trabajo, que constituye su medio de

vida. Y si el buen cumplimiento se junta con el éxito, puede aspirar también a consolidar su fama en el oficio.

El colegio o consejo profesional no atienden a clientes propios y pueden servir con total generosidad las necesidades colectivas ofreciéndose a la sociedad sin necesidad que se presente ante su puerta.

Atender las necesidades ajenas

Vengo diciendo que el colegio o consejo pueden hacerlo, y sigo diciendo ahora que deben hacerlo. Esta idea de rebasar las necesidades propias y atender a las ajenas inspira ya viejos textos colegiales. Cuando, por ejemplo, se funda en 1596 el Colegio de Abogados de Madrid, sus constituciones recuerdan que están "más obligados los que han recibido mayores favores de la mano de Dios" y se ocupan de prever la asistencia gratuita a los pobres en sus pleitos y que, si fuesen encarcelados, el decano "provea con mucho cuidado" la "ejecución de su defensa". Los mayores favores aludían al conocimiento de su técnica, y no al poder político, del que no disfrutaron nunca, y menos todavía el poder económico, ya que las propias constituciones tuvieron que ocuparse del entierro de los abogados muertos en la pobreza.

Recibe el profesional de sus clientes confidencias que en ningún otro oído se vierten y que desde luego no llegan a las vías de comunicación oficial: aspiraciones reprimidas, temores, ilusiones, necesidades, angustias y esperanzas. Ningún banco de datos oficial es capaz de reunir tan palpitante y sincera información. ¿Sería lícito que los colegios guardasen para su uso exclusivo una experiencia que trasciende de su profesión? ¿Sería razonable que la Administración despreciase una tan importante fuente informativa?

El congreso puede servir, en primer lugar, como demostración de que los profesionales españoles están dispuestos a trabajar comunitariamente sin necesidad de que los convoque una tragedia como la del síndrome tóxico.

No es, ni podía ser, el temario del congreso inventario de reivindicaciones profesionales. Significativamente, los organizadores han colocado en primer término la deontología profesional, recordando con esta autoexigencia de deberes que las potestades

disciplinarias otorgadas a los colegios deben servir para mantener entre sus miembros un nivel ético aceptable. Confiamos que, a pesar de sus peculiaridades distintivas, puedan los congresistas coincidir en una amplia zona de deontología común.

Se ocupará asimismo el congreso de fijar el papel del profesional y de los colegios dentro de la sociedad. No caben aquí y ahora torres de marfil ni murallas de privilegios históricos desligados de una necesidad funcional. Caracteriza el profesional una permeabilidad por razón de su heterogeneidad procedencia y de la multiplicidad de situación de sus clientes. Propensos al diálogo, a la tolerancia, al equilibrio y, por su propia estructura mental, muy mayoritariamente a la libertad.

Saliéndose del campo profesional, tratará el congreso, hacia afuera, de tres problemas apremiantes de nuestra época: la protección a la tercera edad, el medio ambiente y la defensa del consumidor. Dos conferencias de insignes pensadores confirmarán el ambiente humanístico del congreso.

ANTONIO PEDROL RIUS

La Unión Profesional "ABC", 15/4/83

La clausura del I Congreso de la Unión Profesional, que ha constituido un éxito para sus promotores, pone en marcha un proceso organizativo unitario de los colegios profesionales que agrupan a las distintas profesiones liberales. Con ello, el sistema democrático se fortalece en la medida que se cubre un vacío representativo; así, junto a los partidos políticos, organizaciones sociales y sindicales, esta nueva organización profesional cumplirá un papel moderador del poder político. Y, sobre todo, contribuirá a defender los intereses de estos sectores sociales.

Quizá la principal virtud de esta recién nacida Unión Profesional sea la función despolitizadora de los problemas profesionales con la que aparece. Hay un exceso de politización en la vida ciudadana española que también se ha reflejado inevitablemente en las tensiones de las profesiones liberales con la Administración. Esas tensiones pueden y deben ser superadas por la nueva organización. La unidad alcanzada permitirá, sin duda, un enfoque más sereno que evite conflictos prematuros o en primera instancia con el Gobierno como los habidos en los cien primeros días del poder socialista. Precisamente la unidad, que en sí es un factor de fuerza, ahorrará innecesarias demostraciones de poder precipitadas o innecesarias.

Las primeras reacciones oficiales,

en las dos vertientes que la definen, así lo indican con claridad. El Gobierno, por ejemplo, no negoció con el Colegio Médico el tema de las incompatibilidades ni antes ni después de la huelga que estos profesionales realizaron a comienzos de año; el Gobierno ha negociado con el Colegio Médico esta cuestión el mismo día en que se inauguraba el I Congreso de la Unión Profesional. A la vez la reacción airada de la otra tendencia oficial, expresada a través del sindicato gubernamental, acusando al Gobierno de realizar este pacto médico "con los sectores mejor asentados y con más conciencia corporativa", señala que los promotores del I Congreso de la Unión Profesional han acertado plenamente en sus objetivos.

Acuerdo razonable y exabrupto demagógico que expresan claramente la moderación que aporta la unidad de los profesionales a la sociedad española. Así, el proceso iniciado puede abrir el camino a un diálogo, cada día más necesario, entre todas las fuerzas sociales y el Gobierno. Ese es, nada más nacer, el mérito político de la Unión Profesional. Demasiado crispada está la vida social de nuestro país como para que no saludemos con satisfacción la aparición de un nuevo factor moderador. Factor aparentemente paradójico: una organización profesional cumpliendo una misión política, lo cual es, en este caso, toda una lección. El enfoque profesional de la mayoría de los problemas de la sociedad española, despojados de horjascas políticas, haría posible que la mayoría de los españoles coincidiéramos en las medidas que reclama la crisis.

Los "profesionales" "El País", 19/4/83

El término profesional está adquiriendo, en los últimos años, un contenido que le aleja de su contenido amplio y le circunscribe con otras intenciones. Un profesional es alguien que vive de una actividad a la que se dedica habitualmente: puede ser un albañil o un profesor de química. Cuando se constituye la Unión Profesional Española, que ha celebrado su primer congreso los días 12 y 13 en Madrid, el vocablo asume un contenido distinto. Se habla de profesiones liberales, y nuevamente se comete un equívoco, puesto que profesión liberal no es más que aquella que no forma un cuerpo oficial (María Moliner); la Unión se refiere, exclusivamente, a quienes ejercen carreras —es decir, algo para lo que se han capacitado por estudios divididos en cursos, en facultades o escuelas especiales— y están incluidos en colegios.



Sus fundadores insisten en que no deben ser acusados de gremialismo, de formar un grupo de presión o de tener intenciones políticas. No parece sin embargo que un abogado, un médico, un arquitecto o un ingeniero tengan un denominador común de intereses profesionales que plantear y defender. Sus crisis o sus alzas dependen de problemas distintos de la demanda y la oferta de la sociedad y también de un ordenamiento jurídico del Estado. En lo que sí pueden estar unificados es en la constitución de un núcleo de clase social —aunque procedan de varias—. La calidad que esgrimen en sus discursos y en sus ponencias ("los profesionales son los principales impulsores y garantes del derecho a la vida, a la salud, a la vivienda, al medio ambiente, a la educación, a la protección jurídica de los derechos...", Pérez Escolar) les aproxima a la tecnocracia. Forman parte de una gran clase media en lo económico, pero son miembros de la clase dirigente: poseen una sabiduría, unas capacidades reservadas.

La aparición de una posible forma política en esta unión de profesionales surge de sus mismas declaraciones. Pretenden convertirse en correa de transmisión de la inquietudes sociales ("la Asociación de Profesionales es el medio idóneo para expandir, desde la sociedad y hacia el poder constituido, las inquietudes que los profesionales detectan en su diaria actuación"), intervenir en las edades de jubilación para que no se reduzca (por sus "estudios amplios y profundos de la tercera edad") o las subvenciones especiales a la industria (para defendernos de la contaminación, y precisamente en forma de "créditos a bajo interés"); trata de luchar contra la burocracia, que trata de insertar en ella al profesional, y definen el objetivo de éste como "el mantenimiento de la libertad y del equilibrio de la atribución del poder mediante la moderación de las exageraciones, que en la atribución de aquél puede resultar de una burocracia compulsiva o de una empresa omnipotente" (Pérez Escolar).

La Unión Profesional Española, en su primer congreso, se ha querido presentar como imbuida de una profunda idea democrática. No debe descartarse el peligro de que una manipulación, en un determinado momento, de la dirección de los profesionales convierta a estos en un simple grupo de presión o en un intento de democracia paralela que les arrime al corporativismo. La historia del fascismo nos habla de estas cosas. La democracia parlamentaria es algo ya probado que tiene sus sistemas, desde el de transmisión de las inquietudes por el sufragio universal, que, al cabo de siglos de lucha, se ha

liberado del clasismo y ha llegado a la fórmula de un hombre, un voto, hasta las discusiones parlamentarias sobre los grandes temas de salud, vivienda o jubilación y Seguridad Social. Esto no quiere decir que otros grupos o instituciones no deban colaborar a difundir y controlar los poderes en el sistema democrático. Pero es preciso ponerse en guardia contra la creación, supuestamente democrática, de una nueva aristocracia del saber, aliada de siempre con la burocracia de la dictadura a la que ahora combaten, burocrática ella misma cuantas veces le ha interesado serlo.

Es, simplemente, un riesgo. De la misma manera que se ve con claridad que los problemas de los profesionales son hoy muy específicos: frustración de la inversión económica hecha en sus estudios al no encontrar puestos de trabajo; remuneración baja con respecto a sus conocimientos, su importancia en la sociedad y sus horas de trabajo; aplastamiento por arriba y por abajo, y los riesgos que todo ciudadano está corriendo en estos momentos de un exceso de estatalización (no superiores, sin embargo, a los sufridos en tiempos pasados). Que su necesidad de defensa propia no les lleve a constituirse en un grupo de presión política.

Los profesionales, con el progreso

"El País", 25/4/83

Una asociación privada denominada Unión Profesional ha celebrado su primer congreso. Pero ¿qué es la Unión Profesional? Es indudable que la respuesta no es muy clara. Es, desde luego, una asociación privada cuyos asociados sólo pueden ser los presidentes de los consejos generales de los colegios profesionales o de los colegios cuyo ámbito es nacional. Es, por tanto, una asociación privada integrada por representantes de corporaciones de derecho público. Pero éstos, ¿la integran a título personal y privado o como representantes de las instituciones en las cuales ostentan el cargo de presidente, que les faculta para integrarse en la asociación? Nada queda explícito en los estatutos de la Unión Profesional. Sin embargo, esos mismos estatutos obligan a sus miembros a la aceptación de los acuerdos que la junta directiva o la asamblea general acuerde. Y ¿cómo les obliga? ¿cómo representantes de las diferentes corporaciones que presiden o como personas privadas e individuales? Tampoco esto es aclarado por los estatutos de la UP, que otra vez, sin embargo, establecen como fines específicos la coordinación de las profesiones representadas

—¿por quién?— entre otros servicios menos definidos.

Por tanto, ¿qué es la Unión Profesional? La respuesta puede estar ahora más clara. La Unión Profesional no es nada o, al menos, es algo que es poco claro y confuso. Y, sin embargo, una vez más, su primer congreso ha sido presidido nada menos que por el jefe del Estado y por el presidente del Senado. Es, por tanto, la Unión Profesional una asociación privada influyente. Tan influyente que, a pesar del número exiguo de sus socios —limitado, obviamente, por sus estatutos— tiene capacidad para convocar a los máximos representantes del Estado español.

Y esto, ¿por qué es así? En nuestra opinión, esto es así justamente por el carácter confuso con que premeditadamente se presenta ante la sociedad española. Confuso, porque sin tener capacidad para ello, sugiere —y las sugerencias son siempre indirectas— una amplia representatividad del conjunto de los profesionales españoles. Pues bien, debe quedar claro que la Unión Profesional carece absolutamente de esta capacidad representativa y que cualquier otra pretensión sería contraria a las leyes vigentes que regulan la creación y funcionamiento de los colegios profesionales.

Es grave e intolerable, por tanto, que la Unión Profesional haya difundido, o consentido la difusión por los más importantes medios de comunicación, que ella agrupa ¡nada menos! que a 750.000 profesionales, cuando realmente tan sólo agrupa a 20 ó 30 profesionales, cuya representatividad, además, sólo puede quedar vinculada, orientada y limitada por los órganos correspondientes de las corporaciones que les eligen y nunca por una asociación privada, que ninguna conexión orgánica puede mantener con los colegios profesionales.

Dicho lo anterior, sorprende el contenido casi lírico del congreso que acaba de celebrar la mencionada asociación privada. Deontología, medio ambiente, tercera edad, consumo. ¿Es que no existe en este país un grave conflicto profesional, como han puesto de manifiesto la ley de Incompatibilidades, la cuestión médica, la huelga de altos cargos de la Administración, los sorprendentes acuerdos de solidaridad entre sindicatos de diversos cuadros, la lamentable situación de los investigadores, la falta de regulación del ejercicio profesional de la auditoría, la irrupción de tecnología descontrolada y no planificada, con sus negativos impactos sociales?

Estrategia de la confusión

La Unión Profesional se ha distanciado cuidadosamente de la cruda realidad de los profesionales. Es la

estrategia de la confusión. La necesidad de sugerir representatividad social sin generar sospechas sobre sus objetivos de consolidar un potente grupo de presión, que basa su fuerza precisamente en la realidad de la que líricamente se distancia.

La UP es una discreta trilateral de los profesionales, y es lamentable que algunos consejeros de las más altas instituciones del Estado no hayan sido capaces de captar la duda razonable que, por intuición —sin necesidad de que ésta tenga que ser muy fina—, a nosotros nos embarga.

En España han surgido en menos de 100 días graves conflictos profesionales y ha surgido la voluntad política —grotesca en sus primeras manifestaciones concretas: auxiliares de vuelo, cuadros de la Empresa Nacional Bazán, sindicatos médicos— de coordinar conflictos.

Y esta voluntad política es, sin embargo, la vertiente más grave del conflicto. Ahora, con un sospechoso aire de moderación y distanciamiento, también subyace en la Unión Profesional esa voluntad política de coordinación.

Las sociedades modernas, y la española que se está modernizando, han transformado hacia una mayor complejidad su estratificación social.

En el campo de los titulados, profesionales y técnicos, la transformación ha sido acelerada y radical. Los profesionales liberales se agrupan. Se integran bajo la firma de una organización empresarial. Se convierten en empresarios cada vez menos autónomos, cada vez más asalariados. La sociedad pierde al profesional liberal. La sociedad hace cada día más compleja su estratificación social y, al mismo tiempo, tiende a eliminar los cuerpos separados, en un proceso de integración y homogeneización de los intereses de todos los estratos sociales.

Un invento anacrónico

Esta es la realidad que, al menos en las grandes ciudades, los colegios y las asociaciones profesionales comienzan a recoger. Ya no son instituciones de profesionales liberales. Mayoritariamente, son instituciones que agrupan ciudadanos que utilizan en su función social técnicas y conocimientos homogéneos y pluridisciplinarios, en una relación social de asalarización. La Unión Profesional se convierte así en un intento anacrónico con la realidad social moderna que reivindica, con su sola existencia, el carácter separado de los profesionales, el concepto de clase profesional.

Sin embargo, hoy estamos asistiendo a una muestra del anacronismo de esos planteamientos: la encuesta médica promovida por el Consejo Gene-

(sigue en la pág. siguiente)

"Oposiciones fantasma"

En el mes de Octubre del año 1982, tuvimos la "suerte fantasma" de poder asistir a una oposición también "fantasma" (y lo llamo oposiciones por llamarlas algo). Dichas oposiciones no fueron publicadas en ningún tipo de revista, boletín ni nada que se le parezca (al parecer), como lo cual Dios sabe quién pudo enterarse de dicha convocatoria; pero, ..., por arte de magia nos enteramos algún que otro Psicólogo de la provincia de Badajoz (o mejor y al menos de la capital), y con una semana de antelación a la fecha de la convocatoria, a prisa y corriendo elaboramos nuestro curriculum y rellenamos nuestra instancia depositándola en la Delegación del M.E.C.A. propósito, en dicha Delegación no tenían, tampoco, conocimiento de este, ..., no sé qué engendro.

Pues bien, no queda ahí todo. Al parecer en la provincia de Cáceres no se había/n cubierto la/s plaza/s de Psicólogos de los famosos "Equipos Multiprofesionales", con lo cual se convocó una vez más "Oposiciones Fantasma".

El vehículo que se utilizó para informar, y en esta ocasión, es, una y otra vez, el mismo que se utilizó en Octu-

bre del 82, de tal forma que yo me enteré de dicha convocatoria por casualidad y por supuesto el mismo día que terminaba el plazo.

Sí que tengo que resaltar que, ya que ni el órgano estatal competente y representados en ambas provincias ni el propio Colegio de Psicólogos nos informó, por supuesto, sí que funcionan los propios compañeros, a nivel de proporcionar información. Al susodicho compañero de Cáceres, que no tengo el gusto de conocer personalmente, y que para remate le interfiere en su descanso, me ofreció todo tipo de información, desde el temario hasta la fecha de ejercicios, pasando por fechas de reunión de la comisión seleccionadora de aspirantes.

Yo me pregunto, ¿es que nuestro Colegio Oficial, al que personalmente le tengo gran estima por la función tan eficaz que viene desempeñando, no tiene medios para tomar una postura enérgica ante estas situaciones, que yo califico de anti... todo?

Creo que a los Psicólogos se nos hace muy cuesta arriba aceptar un trámite semejante. Espero que el Colegio, en un futuro próximo, sepa abordar estos temas tan denigrantes.

**María del Carmen
Martínez Esteban**

Oposiciones inadecuadas

El pasado mes de Enero nos informabais, entre otras cosas, de la convocatoria de un concurso oposición para la provisión, en propiedad de una plaza de Psicólogo vacante en Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

A propósito de este concurso oposición, me dirijo al colegio con la intención de expresar mis desacuerdos y protestas y con la esperanza de que en lo posible sean tenidas en cuenta.

Adjunto envío las bases de la oposición, para facilitar el entendimiento de los puntos a que me refiero.

En cuanto a la primera prueba de la fase de oposición, que se refiere al desarrollo por escrito de un proyecto de trabajo del plan local de educación especial, considero que no se especifica cuál va a ser la función del Psicólogo, concretamente, para desarrollar el proyecto de trabajo que se pide. Además, deja sin aclarar si se trata de un centro de educación especial o de una unidad integrada dentro de un hospital u otra entidad. Tampoco se informa de si el trabajo se realiza en equipo o no.

El tercer punto, dice que el tribunal dialogará con los aspirantes sobre materias relacionadas con la función a llevar a cabo, durante quince minutos.

La función a llevar a cabo no está suficientemente especificada y además, el tiempo es totalmente inadecuado; entiendo que quince minutos son insuficientes, teniendo en cuenta que no hay otro tipo de diálogo o entrevista posterior con el candidato.

La última prueba de la fase de oposición es la que considero mayormente conflictiva: no hay ni un sólo tema de los 15 que contiene el temario, relacionado mínimamente con la Educación especial, ni siquiera con la psicología en general.

Creo que el temario anexo es totalmente inepto para decidir sobre la competencia o incompetencia de un psicólogo en una labor de Educación Especial.

Quiero expresar mi protesta enérgica contra un tipo de relación inadecuada y arbitraria y pedir que se nos tenga en cuenta nuestra calidad profesional, interviniendo para que el temario publicado sea sustituido por otro que contenga temas de Educación Especial y otros de Psicología.

Eladia Tristán Cañadas

(viene de la pág. 3)

ral de Colegios Médicos. Una encuesta sagrada, no neutral, que encuesta orientando la respuesta, que sólo un 20% la cumplimenta; sólo un 5% de médicos residentes, jóvenes. Sólo aquellos que no siguen las indicaciones de quienes denuncian el carácter partidista de la encuesta y aún así, aún así los resultados de un primer análisis del contenido estadístico de las respuestas sitúan al borde de la dimisión a quienes la promovieron. ¿Dónde está la clase médica? Afortunadamente, ésta se difumina, se integra en la sociedad, se convierte en parte de una ciudadanía que evoluciona como evoluciona una sociedad que se moderniza y comienza a asumir y protagonizar los anhelos y los intereses del conjunto social. Si así es, si nada menos que la clase médica ha iniciado como tal su extinción, ¿dónde está la clase profesional? En ningún sitio. Los profesionales somos la sociedad, y nuestras actitudes deben responder a esa nueva realidad.

Responder a esa nueva realidad es desarrollar actitudes de progreso en consonancia con el progreso de la sociedad y de su organización, es denunciar el proceso de consolidación de un frente refractario al cambio, protector de estatus que la historia aparca para siempre. Los colegios profesionales tienen su origen en los gremios medievales. Ahora sugieren aquellas concepciones censitarias que

nacieron con la revolución de la burguesía. Hoy y mañana tienen y tendrán que abrirse, descorporativizarse, federarse para responder al reto que la confluencia de las disciplinas profesionales, la ciencia y la técnica han iniciado para sustentar el progreso del bienestar y la tecnología. Hoy ya, sin dilaciones, tienen, en definitiva, que democratizarse. Para ello, puesto que los profesionales somos ciudadanos y como tales hemos apostado por el cambio y la modernidad como en tiempos recientes lo hicimos por el advenimiento de la democracia, debemos recuperar nuestras instituciones para hacer de ellas parte del tejido de la sociedad civil que no permanece estática.

Así, pues, frente a la voluntad política de separar a los profesionales de la sociedad, surge la voluntad política de impulsar su proceso de integración multidisciplinar y, por tanto, social. Un conjunto de instituciones mucho más amplio que las que representamos quienes suscribimos estas opiniones en este concreto artículo, tenemos muchas cosas que decir y las vamos a decir. En ello estamos. Que nadie ose ostentar nuestra representación. Quede esto perfectamente claro. Quede claro que nosotros también somos parte de aquellos 750.000 profesionales.

**JORGE FABRA,
ANGEL LUIS GONZALO y**

**GERARDO HERNANDEZ
LES**

Más profesionales con el progreso

Enviado a "El País"

En torno a la publicación de la Tribuna Libre "Los profesionales con el Progreso" el día 25 de los corrientes en el Diario "El País", de su digna dirección, los abajo firmantes quieren hacer llegar a la opinión pública los siguientes puntos:

1.— La Unión Profesional cuyo Congreso se ha celebrado curiosamente casi coincidiendo con los 100 días de Gobierno Socialista, no representa la opinión de la totalidad de los profesionales de este país.

2.— Ninguna organización privada puede arrogarse representar a todos los profesionales y ofrecer la última palabra sobre la problemática de las distintas profesiones que tienen un desigual desarrollo e implantación en nuestra Sociedad.

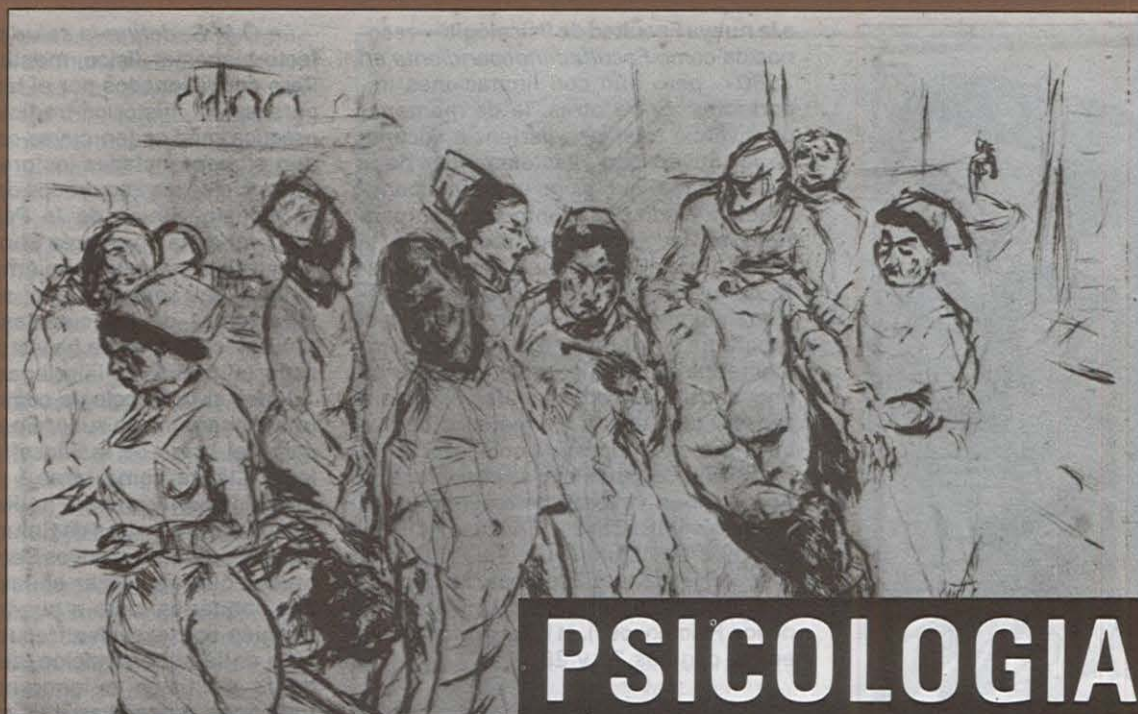
3.— Los distintos Colectivos, Colegios, Asociaciones, etc., de profesionales, tienen derecho a elaborar sus propias propuestas y analizar sus problemas y unirse con aquellos colectivos afines ofertando a la Sociedad propuestas interdisciplinarias para hacerla avanzar hacia el progreso.

4.— El corporativismo es un mal

que aqueja a nuestra estructura social y, por ello, aún no renunciando a la capacidad que tienen las distintas organizaciones profesionales de regular su profesión, esta no puede alejarse de las necesidades sociales y de la realidad política española donde la inmensa mayoría de los ciudadanos (que no son "profesionales") han apostado por la democracia.

5.— Por todo ello, los abajo firmantes se proponen constituir junto con otros colectivos una Plataforma Profesional para el Progreso, desde la cual se analicen verdaderamente los problemas de los profesionales y de los profesionales conectándolos con la realidad social, donde dichas profesiones se ejerzan como servicio público para un adecuado desarrollo de las personas y de la Sociedad en su conjunto, capacitando la modernización de la misma y articulando civilmente la democracia, sin exigencias de grupo o de clase que, en último extremo, sólo son exigencias individuales y mantenimiento de privilegios propio de una Sociedad tercermundista.

**CARLOS CAMARERO,
ELVIRA CORTAJARENA,
MANUEL GONZALEZ
DE CHAVEZ,
ANGEL GOYANES,
JUAN PLAZA y
FERNANDO VILES**



PSICOLOGIA Y REFORMA SANITARIA

Como es sabido, el Ministerio de Sanidad y Consumo está elaborando una ley reguladora del sistema sanitario español. Ernst Lluch, ministro de ese departamento, se dirigió en su momento a nuestro Colegio solicitándonos criterios básicos que, desde nuestro punto de vista, debieran incorporarse a esa Ley Básica de la Sanidad. Para elaborarlos, la Junta Estatal del Colegio puso en marcha inmediatamente un proceso de consulta a todas las delegaciones que permitiera en las fechas impuestas por el Ministerio aportar criterios representativos. Tal proceso está ya culminado en este momento. La elaboración del proyecto de Ley no cierra nuestras posibilidades de intervención; en realidad es un punto de partida: el Gobierno va a enviar a las Cortes su proyecto de Ley a comienzos del próximo año. De aquí a entonces, es posible —y necesario— incidir sobre el cuerpo legislativo para lograr la inclusión del máximo de planteamientos psicológicos en la futura ley. Para facilitar, este a fondo proporciona una primera entrega de materiales sobre la psicología y reforma sanitaria.

1

Psicología clínica, profesión independiente

PEDRO PEREZ GARCIA (*)

EN 1968, hace muy poco tiempo, se establece el primer Plan de Estudios —de cinco años— de la Sección de Psicología. (Con anterioridad a esa fecha existía la Escuela Superior de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid. A ella se tenía acceso a través de cualquier título superior universitario, incluidas las Escuelas Técnicas Superiores de Ingenieros, Arquitectos, etc., y se podía obtener el Diploma en cualquiera de sus tres especialidades —Psicología Clínica, Psicología Pedagógica, Psicología Industrial— una vez superados los dos años requeridos). La Sección de Psicología está en 1968 subordinada a la Facultad de Filosofía y Letras, dentro de cuyos moldes y exigencias tiene que adaptarse para nacer y subsistir. Y así se

ve condicionado desde el principio su destino, porque al desaparecer y desdoblarse la Facultad de Filosofía y Letras hay que improvisar un nuevo Plan (1973) en el que el primer año seguía siendo común a Filosofía, Psicología y Pedagogía, aunque ya desde el 2º curso podía haber materias "optativas" relacionadas con cada Sección. Pero este Plan dura sólo dos años. En 1975 se crea otro Plan nuevo que es el que se mantiene aún vigente hoy. Pero tampoco parece destinado a subsistir más que los anteriores. Ya está en proyecto el nuevo Plan de Estudios, que parece más de acuerdo

(*) Coordinador de la Comisión de Psicólogos de Hospitales de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos.



Para el médico el hombre sigue contando a partir de estar enfermo, no antes, y el "hombre enfermo" viene a ser un "hombre sano estropeado".



a la nueva Facultad de Psicología —reconocida como *Facultad independiente en 1980*— pero aún con limitaciones importantes. Entre otras, la de mantener en divorcio total la experiencia docente de la Universidad y las demandas de la sociedad real que exige una profesionalización y adiestramiento práctico para resolver los problemas propios de la función social que dicha sociedad espera del psicólogo. Y esta práctica profesional no parece posible sin incluir en el Programa Universitario el recurso complementario a las Instituciones donde se encuentren los profesionales especializados y avezados a los métodos de trabajo. Sin esta necesaria colaboración la formación del psicólogo se convertirá de nuevo en un virtuoso pero estéril juego académico. (R. Bayés, F.A. Blas, R. Burgaleta, I. Delclaux, J. del Val, V. García Hoz, V. Hernández Espinosa, M. Sigüán y M. Yela: "La Formación Universitaria de los Psicólogos"). (1). (Las referencias en las páginas 27 y 28).

"Modelo médico" y psicólogos

La Medicina viene planteándose desde 1939 las dudas de seguir o no encuadrada entre las llamadas "ciencias naturales". Trata de incluirse entre las llamadas "ciencias humanas y sociales", superando los paradigmas y criterios de ciencia al estilo de Newton, de tipo mecánico o físico-químico. Sin embargo aún parece estar muy distante de asumir lo que verdaderamente implica la palabra "humano", la realidad social y psicológica del "ser humano". Para el médico el hombre sigue contando a partir de estar enfermo, no antes, y el "hombre enfermo" viene a ser un "hombre sano estropeado" cuyas alteraciones morfológicas o de funcionamiento deben de "arreglarse" según los criterios de curar, criterios físico-químicos, mecánicos y anatomo-patológicos (Dr. Gracia Guillén y Dr. Bustamante Murga). (2).

Se sigue manteniendo el culto al dato según el viejo y obsoleto sistema de entender la ciencia y se olvida el "tratamiento" al hombre enfermo como ser global que vive su enfermedad de un modo individual y totalmente peculiar. Se amontonan fragmentos (datos, pruebas, números, átomos y moléculas) acerca de la "enfermedad" y se le hace circular por trozos entre los múltiples Servicios del Hospital atendiendo en sus síntomas; pero se le ignora en su "ser global", dentro de cuya unidad a los síntomas parciales hay que añadir el "significado" de las alteraciones o disfunciones en su modo de vivir. Sin olvidar tampoco que con harta frecuencia el enfermar humano viene condicionado en su etiología, desarrollo o remisión por la propia historia de la *personalidad* del sujeto, de su cultura y relación con el medio. Para el psicólogo clínico es el "hombre sano", más que el "hombre enfermo", la salud mental más que la enfermedad, su objeto preferencial de estudio y de dedicación.

La O.M.S. define la salud como "perfecto bienestar físico, mental y social". Pero condicionados por el lastre de esa perspectiva histórico-tradicional de la práctica médica (en cuyas coordenadas aún siguen anclados los programas de docencia de las Facultades de Medicina) el modelo clínico de la Psiquiatría, y luego el de la Psicología Clínica, se han construido sobre los cimientos viciados o bien del sometimiento servil a los paradigmas de las ciencias "objetivo-naturales", o bien se ha visto obligado a pagar el tributo de la relegación.

Y así, si la Psicología como disciplina universitaria nacía subordinada y al amparo del brazo de la Filosofía, la Psicología Clínica como tarea y método de investigación y trabajo ha llegado a los Hospitales y Centros de Salud amparada por la Psiquiatría, a cuyos Servicios tiene mucho que agradecer en las instituciones sanitarias, pero a su vez, pagando también con excesiva frecuencia el tributo de la subordinación, cuando no el de la exclusión o ignorancia de sus funciones específicas. Los motivos son múltiples y complejos. O bien porque "sus actividades no se enmarcan plenamente dentro de esa concepción tradicional de ciencia en general entendida como un sistema organizado y cerrado de hechos y datos que todo el que practique esa ciencia tiene que conocer" (Juan del Val, y Víctor García Hoz) (1); o bien porque cuando sus funciones son admitidas dentro del panel y organigrama asistencial se hace bajo la condición del reduccionismo: degradar su tarea a "razones humanitarias no científicas", de consejero, etc. O bien porque durante mucho tiempo psicólogos y médicos psiquiatras se han planteado su convivencia (ya que no siempre convivencia) en términos de territorialidad profesional fronteriza, como posibles rivales que sienten mutuamente amenazada la propia identidad y dominio territorial, en términos de competitividad y conflictos de autoridad más que en términos de colaboración y de técnicas o roles complementarios, frente a un objetivo común: la salud mental.

Este objetivo común hace que sea el hombre, sano o enfermo, y no la enfermedad, el punto de mira prioritario. Si en el modelo clínico basado en la práctica médica de la necesidad de "curar", arreglar síntomas, etc., el eje de gravedad pasaba por la búsqueda de seguridad del facultativo, más que por la del "paciente", parece que es hora ya de asumir por parte de las instituciones docentes y asistenciales que lo primordial ineludiblemente es la securización (sentimiento de seguridad) del sujeto que consulta porque o la ha perdido o teme perderla. Y esto no siempre se consigue "arreglándolo" sintomáticamente en sus aspectos físicos sino tomándolo en cuenta, según la definición de la O.M.S. en sus aspectos psicológicos y sociales aún sanos.

Esta dimensión "personal-humanista" obliga a reconocer que junto al método llamado científico que se sirve del pensamiento concreto para manejar

con eficacia una multiplicidad de datos, cifras y valores mensurables y necesarios como punto de partida, hay que admitir "con idéntica categoría de conocimiento científico otro tipo de pensamiento más globalizador, dinámico-interpretativo" (Dr. Rallo) (2) que busca en el significado global e integrado de los datos la *comprensión de la dimensión psicológica*, no ya de la enfermedad, sino de la personalidad que la sufre, cómo la vive, qué significado tiene para él, qué alteraciones comporta en su cuerpo y en su relación y readaptación al entorno.

Y dentro de este objetivo —común a todos los profesionales de la salud— al psicólogo clínico le corresponde una parcela con funciones específicas que deben de serle ya reconocidas y asumidas en los *nuevos programas de la Reforma Sanitaria*. Son en parte compartidas con otros profesionales —sobre todo con el psiquiatra— y en parte totalmente diferenciadas que obligan al *reconocimiento de una profesión independiente y autónoma no sólo de derecho, sino también en la práctica y de hecho*. Pero aún no es así.

El psicólogo clínico en el hospital

Al psicólogo se le reconoce oficialmente en su nivel de formación profesional, y se le incluye dentro del staff o cuerpo facultativo en sus contratos laborales o administrativos. Pero de hecho se le mantiene dentro de una posición equivalente a técnico auxiliar en la mayor parte de los Hospitales, y se le hace depender (salvo honrosas excepciones que confirman la regla) de modo casi total de la jerarquía médica.

Por otra parte el creciente interés por la consulta psicológica dentro de la población media ciudadana (derivado de la mayor sensibilidad por parte de ésta a la *necesidad de humanización de la consulta* y de la asistencia clínica) no encuentra el correspondiente eco dentro de las Instituciones Públicas. La Seguridad Social por ejemplo, aún no parece tomar en consideración las psicoterapias, las entrevistas de orientación o consulta psicológica, etc. Por lo que, al no encontrar en los centros públicos medios adecuados para atender la demanda terapéutica o de consulta se recurre a los centros privados con una garantía científica y deontológica muy variable.

Entre los estudiantes de Psicología "la mayoría comienza sus estudios de licenciatura pensando en una carrera que les va a proporcionar una formación profesional... el 72% de los estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid desearía trabajar en Psicología Clínica (Rabasa 1978), lo mismo opina el 59% de los de la Universidad Central de Barcelona (López Feal y Malapeira, 1979); en cuanto a la Universidad Autónoma de Barcelona, la Psicopatología es considerada como la materia de estudio más atractiva..." (Ramón Bayés). (3).

ENCUESTA

"Necesidad y características deseables de la intervención psicológica en una muestra de especialistas médicos"

SATURIO BALLESTEROS

El origen de este material de trabajo debe situarse en el contexto de las actividades de atención hospitalaria correspondientes a la Sección de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro y más concretamente como consecuencia de la preocupación de un equipo de profesionales que, desde una visión interdisciplinar, a comienzos del año 1981 nos planteamos la necesidad de una reorganización interna de las actividades hasta entonces desarrolladas y que, más tarde, entre la primavera y el otoño de ese mismo año se concretaron en la realización y puesta en marcha de algunos estudios y programas específicos... entre ellos el presente.

Su objetivo, consistente en aportar un material de trabajo y reflexión, estuvo relacionado en todo momento con el propósito de lograr una definición más amplia de las "razones" de remisión o de exclusión que se hallaban en la base de la particular demanda en la consulta habitual y que por ello, la obligaba a verse circunscrita a unos límites tan estrechos que necesariamente precisaban de una redefinición y extensión más adecuadas.

La realización de las III Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría al incluir como ponencia 2 el tema "Actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquiatría" nos dio ocasión a presentar un resumen general de nuestros resultados y reflexiones. Insistir por tanto hoy en lo que estimamos material de trabajo y no trabajo en sí mismo obedece a dos razones principales.

La primera de ellas, cumplir con el requisito que tan fielmente viene reflejado a través de la labor hasta ahora desarrollada por "Papeles del Colegio" de dar cabida a la exposición completa de aquellas aportaciones que en otro momento fueron solamente reseñadas, para su mejor conocimiento.

La segunda razón, en virtud del argumento ya previamente señalado, es que, con plena conciencia del tiempo transcurrido, creemos que —y lejos de cualquier pretensión de generalizar— respuestas muy semejantes cualitativamente podrían ser obtenidas en otras instituciones en las que el profesional de la psicología ha de desarrollar su actividad.

Desconocerlas o hacer caso omiso a ellas puede ser una especie de "suicidio" profesional. Conocerlas puede ser un aviso y una incitación a análisis más profundos y a la elaboración de apropiados sistemas de resolución para afrontar esta problemática.

COMO APRECIAN LOS MEDICOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL LA NECESIDAD DE ATENCION PSICOLOGICA

Los resultados que vamos a analizar se refieren a los obtenidos a partir de la segunda parte de un estudio que pretendía conseguir, a un nivel general los siguientes objetivos:

1. Realizar un análisis de la demanda de interconsulta a la Sección de Psiquiatría en el contexto de un Hospital Médico-Quirúrgico de la Seguridad Social (Clínica Puerta de Hierro), realizando así una breve descripción epidemiológica de su casuística.
2. Obtener, a través de una encuesta llevada a cabo por la mencionada Sección sobre los Servicios correspondientes a los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Especialidades del mismo centro, una serie de datos complementarios que pudieran dar explicación a las características específicas con que dicha demanda se presentaba a partir del primer análisis efectuado.

Entre estos datos a obtener uno de los aspectos de nuestro mayor interés lo constituía la posibilidad de aumentar nuestro grado de conocimiento efectivo sobre la capacidad de interpretación y asimilación de nuestra actividad por parte de los profesionales médicos de la institución en los que, dadas las características del mismo (1) era presumible contar con profesionales de una marcada orientación biológica en los tratamientos.

Colaboraron activamente en la recogida de datos y su valoración: Ana Santos, Isabel Salvador, Susana Pacheco, Magdalena Cobos y Teresa Conde.

(1) La clínica Puerta de Hierro es Hospital de la Seguridad Social, con la consideración de ser Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. Tiene un número de camas aproximado de 600.

(Continúa en pág. 8)

Aunque nuestro estudio no aborda metodológicamente una explicación del área de las actitudes presentes en esta problemática (campo, por otra parte, del máximo interés) pensamos que el tipo de cuestiones propuestas aporta desde los encuestados estimaciones muy influenciadas por estados de opinión consistentes y que poseen arraigo entre las concepciones habitualmente mantenidas por los profesionales médicos. Constituyen, pues, un decisivo componente cognoscitivo "fundamento de los modos de conducta constantes con respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un período de tiempo" (Mann, 1969).

CARACTERISTICAS DEL CUESTIONARIO

Se compone de un total de 22 cuestiones divididas en 3 secciones de acuerdo con su objetivo principal de referencia:

- La primera sección se refiere a **NECESIDADES DE ATENCION PSIQUIATRICA**. Consta de 8 preguntas de respuesta múltiple, más una de carácter abierto, que solicitan un juicio valorativo de la actividad psiquiátrica, su necesidad y utilización.
- La sección segunda hace referencia a las **NECESIDADES DE ATENCION PSICOLOGICA**, y está constituida por otras 9 preguntas, 3 de ellas abiertas, que son las que examinaremos en detalle.
- La sección tercera, finalmente, incluye —de manera breve— 4 cuestiones relativas a las **NECESIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL** en pacientes de problemática psíquica.

En su totalidad el cuestionario presentaba, además de las 6 de carácter abierto, 131 "items" de elección alternativa que permitían un máximo de 87 respuestas "cerradas" por sujeto encuestado.

Se hizo entrega de un número de ejemplares del cuestionario correspondiente al total de miembros del departamento a encuestar.

Con todos los Jefes de Servicio se tuvo una entrevista previa para explicarles nuestros objetivos, aportándole una carta personalmente dirigida a cada uno de ellos por nuestra Jefatura de Sección.

La recogida se realizaba utilizando los canales de comunicación e intercambio de comunicación habituales en la institución a fin de no forzar la respuesta de manera personal.

Si transcurrido un tiempo prudencial no se obtenía la devolución, el Servicio era visitado para determinar si la ausencia de remisión podía valorarse como falta de respuesta, o bien obedecía a otras causas.

Se obtuvo una respuesta al cuestionario en sólo 57 casos correspondientes a 18 Servicios, es decir de sólo un 22% de la muestra encuestada.

SERVICIOS ENCUESTADOS:

SEC. MEDICINA INTERNA	SEC. CIRUGIA GENERAL
SEC. GASTROENTEROLOGIA	SEC. CIRUGIA
SEC. NEUROLOGIA	APARATO DIGESTIVO
SEC. CARDIOLOGIA Y APARATO RESPIRATORIO	SEC. NEUROCIROLOGIA
SEC. LOCOMOTOR FISIOTERAPIA REHABILIT.	HEMODINAMICA Y FUNC. RESPIRATORIAS
SEC. NEFROLOGIA	S. CIR. CARDIOVASCULAR
SEC. ALERGIA E INMUNOPATOLOGIA	S. CIRUGIA PULMONAR
SEC. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SEC. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
SEC. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SEC. UROLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA	
OFTALMOLOGIA	
GINECOLOGIA	
DERMATOLOGIA	
RADIOTERAPIA	
URGENCIAS	

(Continúa en pág. 10)

Pero ni la Universidad asume con plenitud la responsabilidad de formar buenos profesionales (incluso tal vez no sea una tarea de la Universidad en si misma, sino de los profesionales de la Psicología en la dedicación práctica del lugar de trabajo) ni los centros hospitalarios o asistenciales son reconocidos aún como centros docentes en colaboración con la Universidad para la enseñanza del método clínico en la investigación y en la práctica asistencial psicológica.

Por estos motivos son continuas las solicitudes de asistencia voluntaria por parte de psicólogos estudiantes de último año o recién postgraduados. Cuando debería de ser mediante un sistema contractual adecuado remunerado y en régimen de residencia, no ya de asistencia voluntaria. "En este país el ingeniero estudia en su Escuela Técnica, pero aprende en el taller o en la oficina de proyectos en que se pone a trabajar; el médico estudia en la Facultad pero aprende en el Hospital en que hace su internado. Pero el pobre psicólogo no tiene ni taller ni hospital donde aprender y pasa directamente de un lugar donde aprende muy poco, tanto teórico como práctico, a su consulta particular donde opina y cura de todo. No se debe confundir la formación académica con la formación profesional: la función de los estudios universitarios debería consistir en proporcionar el adecuado sustrato teórico para la práctica, la investigación... en un primer ciclo; en un 2º ciclo... un inicio de preparación cara a la profesión... y deberían de existir centros vinculados a la Universidad en donde se impartiera una formación profesional especializada..." (I. Delclaux). (1).

Todo esto adquiere mayor relieve si se tiene en cuenta que actualmente el colectivo de psicólogos en España supera a los 10.000, de los que más de 7.000 están ya asociados dentro del Colegio Oficial de Psicólogos. (En 1977 en USA: 49.046 psicólogos asociados en la A.P.A.; en Gran Bretaña: 6.500 asociados en la B.P.A.; República Federal de Alemania: 5.520 asociados; Japón: 3.000 asociados; en Francia: 1.418 asociados en la S.F.P.) (Adolfo Hernández). (4).

En los *Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos*, se asume la responsabilidad del psicólogo, en orden a la *psicoterapia o tratamientos psicológicos* diversos. Pero en la práctica hospitalaria con frecuencia se le descalifica como no capacitado para la psicoterapia tratando de basar el argumento en la suposición no siempre demostrada de que los psiquiatras están mejor formados. Argumento que suele tener como cimientos ocultos más los intereses de la profesión médica o psiquiátrica que la realidad de la formación en psicoterapia por parte del psicólogo o psiquiatra; y mucho menos los intereses de los pacientes. "Cuando estos necesitan ser tratados con fármacos, deben acudir a un psiquiatra. Pero cuando una persona quiere ser tratada por un profesional con suficiente formación en el estudio de la conducta

PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN HOSPITALES (MADRID)

	HOSPITAL	Nº DE PSICÓLOGOS CONTRATADOS	(*) TIPO DE CONTRATO	SERVICIO	CATEGORÍA EN EL SERVICIO	FUNCIONES	Nº DE ASISTENTES VOLUNTARIOS	FUNCIONES DEL ASISTENTE 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	Cda. Sanitaria LA PAZ	6	3 = D 3 = E	1 = Hematología 4 = Psiquiatría 1 = Paidopsiquia	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	+	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	Psiquiátrico de CIEMPOZUELOS	H. Psiqui. S. José = 2 H. Psiqui. Sag. Cor. = 2	1 = D 1 = F 2 = F	Psiqui. Hombre Psiqui. Mujeres	Psicólogo	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia	4	Psicodiagnóstico (Práctica Clini.)
8	RAMÓN 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.)	Psiqui. Infantil Psiqui. y Psic. 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 CONCEPCIÓN	1	1 = F	Psiquiatría	Adjunto	Psicodiagnóstico Psicoterapia Docencia Investigación	7	Práctica Clínica Psicodiagnóstico Seminarios Investigación
13	Psiquiátrico Provincial 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: Interino
— E: Laboral eventual
— F: Laboral fijo en Plantilla
— G: Residente

humana entonces puede acudir libremente a un psiquiatra o a un psicólogo, y en muchos casos puede ser preferible un psicólogo". (13).

Es decir, ya es hora de que la práctica o ejercicio profesional de los psicólogos clínicos deje de ser esencialmente definida o arbitrada por el staff médico. Así como también parece fundamental el apoyar desde las normas institucionales y administrativas, la *libertad del paciente para recibir tratamiento de un psiquiatra o de un psicólogo* de acuerdo con su competencia.

La Psicología se considera a sí misma como una profesión de salud independiente y autónoma y en modo alguno puede aceptar que sus servicios deban de ser supervisados o dirigidos por otra profesión por muy estrecha y válida que deba y pueda ser la relación de colaboración entre ellas en cuanto al objetivo común de la salud.

Nos habría gustado disponer de un organigrama general de los Psicólogos en Hospitales de Madrid, pero no nos ha sido posible. A modo de pequeña muestra hemos revisado la situación de los Psicólogos Clínicos en trece de los grandes centros hospitalarios de Madrid,

incluyendo su periferia (Cruz Roja, La Paz, Sta. Isabel y Sta. Teresa de Leganés, 1º de Octubre, Niño Jesús, Fray Bernardino, Ciempozuelos, Ramón y Cajal, Ciudad Sanitaria Provincial, Hospital Psiquiátrico Provincial, Hospital Clínico San Carlos, Puerta de Hierro, Fundación Jiménez Díaz).

Para toda esta inmensa población sanitaria existen únicamente un total de 46 psicólogos contratados con tipos de

contrato muy diverso: 14 con contrato laboral fijo en plantilla; 12 como funcionarios del Estado de los cuales la mitad pertenecen a la plantilla y los otros 6 están en Comisión de Servicios; otros 12 están contratados de modo eventual; 6 tienen contrato de interinos; y 1 dispone de un contrato como psicólogo residente.

De estos 46 psicólogos, 11 prestan servicios en Hospitales Psiquiátricos, y los 35 restantes en Hospitales Generales, de los cuales sólo en dos de ellos existe una Unidad o Servicio de Psicología. Todos los demás prestan funciones como adscritos al Servicio de Psiquiatría y 1 psicólogo como adscrito al Servicio de Hematología. Prácticamente todos pertenecen al staff o Cuerpo Facultativo. Sus funciones oscilan desde cubrir las áreas fundamentales de Psicodiagnóstico, Psicoterapia, docencia, e investigación, hasta quedar reducidas en tres hospitales a psicodiagnóstico. La carencia de medios y plazas en plantilla es suplida frecuentemente por la colaboración de becarios y asistentes voluntarios, en número muy diverso (en el Hospital de la Cruz Roja se incluyen 20 psicólogos asistentes voluntarios, en tanto que en otros 4 hospitales no se admite esta colaboración).

El resumen de estos datos puede verse en el recuadro adjunto.

Podemos deducir como conclusiones inmediatas y obvias:

- 1) Insuficiencia manifiesta de número de plazas y de medios adecuados para la docencia, asistencia e investigación en cuanto a la Psicología Clínica en los Hospitales.
- 2) Ausencia casi general de Unidades o Servicios independientes de Psicología con la consiguiente subordinación al staff médico.
- 3) Dificultades para determinadas tareas asistenciales.
- 4) Falta de Programas sistematizados de Formación profesional para psicólogos postgraduados.
- 5) Inestabilidad o inseguridad en el puesto de trabajo para más del 50% de los psicólogos actualmente contratados en estos Hospitales de Madrid, etc.

2

Servicios de Psicología y Reforma Sanitaria

A la vista de todos los antecedentes y constataciones reflejados en el artículo "Psicología clínica, profesión independiente" (pág. 5) parece *neorganización de la profesión del psicólogo clínico en el Hospital* más satisfactoria y de acuerdo con las necesidades

reales de los usuarios o ciudadanos que requieren cada vez en mayor grado la consulta psicológica; más de acuerdo con las necesidades institucionales tanto en sus áreas asistenciales, como docentes (estudiantes y postgraduados de Psicología) y de investigación; y sobre

El número de Servicios encuestados representa el 60% de la totalidad de Servicios. Fueron excluidos de dicha encuesta los departamentos correspondientes a las Secciones Técnicas Especializadas con excepción del de Funciones Respiratorias (Respiratorio), que se utilizó a título de control de la actitud mantenida por este grupo de profesionales que no poseen un núcleo de pacientes de responsabilidad directa, en lo que a tratamiento se refiere.

Por idénticas razones del grupo de Servicios Generales, sólo fue encuestado el de Radioterapia que posee un carácter mixto: al tiempo que técnico, con responsabilidades de tratamiento significativas.

De la submuestra constituida por los 18 servicios con contestación el número de encuestas recibidas constituyen sólo el 35% del total posible.

Con posterioridad y a efectos prácticos, se realizó un agrupamiento de estos Servicios en razón al nivel de contestación obtenido en cada uno de ellos, constituyéndose la siguiente división:

Grupo I

Constituido por los Servicios de Endocrinología, Neurología, Radioterapia, Respiratorio, O.R.L. Cirugía de Urgencias y Rehabilitación y con una contestación correspondiente del 50 al 60% de sus miembros.

Grupo II

Constituido por los Servicios de Cirugía de Digestivo, Hematología, Oftalmología y Diabetes, en los que contestaron del 30 al 37%.

Grupo III

Con un nivel de contestación muy bajo que oscila entre el 0,08 y el 28% del total de sus miembros.

Grupo IV

Medicina Familiar y Comunitaria, que fue separado de los anteriores y en particular del grupo II (donde le hubiera correspondido en razón de su índice de respuesta, debido a las características particulares que concurren en dicha especialidad y que la individualizan de manera notable).

CONTESTACIONES OBTENIDAS

¿Conoce la posibilidad de utilización de servicios de Psicología dentro de la Sección de Psiquiatría de esta clínica?

¿Las utiliza? ¿Habitualmente? ¿Alguna vez? ¿Nunca?

Constituyen 2 cuestiones de referencia directa a nuestro departamento con objetivo de obtener información en relación al conocimiento de la posibilidad de solicitar servicios específicos de índole psicológica a partir de la Sección de Psiquiatría, así como de la utilización que de los mismos se hace en función de ese conocimiento.

El 61% de los sujetos declara tener conocimiento de este tipo de servicios.

En el Grupo I, las contestaciones se dividen por igual entre las dos opciones (conocen/desconocen) destacando en la primera los Servicios de Neurología y Rehabilitación.

En el Grupo II, el 75% de las contestaciones son positivas, estas corresponden a los Servicios de Hematología y Oftalmología.

Neurocirugía destaca dentro del Grupo III, frente al mayor desconocimiento en Medicina Interna II, siendo el Grupo IV en el que los que poseen mayor conocimiento duplican al de los que desconocen.

Estos resultados, coherentes con la situación de la dotación y modalidad de actuación concreta que desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico constituían la práctica habitual en el departamento (en actitud de recepción de la demanda remitida) son indicativos del limitado nivel de logros que puede esperarse más allá de un determinado grupo de especialidades, en las que el contacto continuado lima las asperezas más sobresalientes.

La segunda pregunta es una extensión de la anterior y referente a la frecuencia de utilización de dichos servicios sobre la base de su conocimiento previo. Contestada por una amplia mayoría de sujetos nos mostró que un 17% los utilizaban habitualmente, 33% alguna vez y el 49% restante nunca.

En otras palabras, en la práctica, aproximadamente una mitad de ellos se preocupaban de aprovechar el conocimiento que de su posibilidad de utilización tenían, otra mitad no iban más allá.

En la primera opción encontramos nuevamente a los especialistas en Neurología cuya tasa de utilización es claramente superior a la del resto de las especialidades.

Se siguen en la opción 2. Endocrinología y Rehabilitación, siendo las de Radioterapia, C. de Urgencias, Oftalmología y Hematología las que señalan no utilizados nunca.

Señale (si es su caso) las razones de NO utilización: A. — Por carecer de información específica sobre los mismos. B. — Por experiencia anterior, que fue negativa. C. — Por considerarlo no efectivo o pertinente, en relación con su actividad asistencial. D. — Otros motivos.

Ofrece 4 alternativas, una de ellas "abierta" como posibles motivos para no haber utilizado servicios de tipo psicológico en su práctica.

27 sujetos (el 47% de la muestra) contestan a este punto, en el que han sido valoradas separadamente las 3 primeras alternativas.

De una manera definitiva las razones de no utilización se basaron en la inexistencia de un conocimiento concreto sobre las funciones del psicólogo (88%), suscribiendo las 2 restantes opciones sólo el 5% de la respuesta.

Las respuestas obtenidas a esta cuestión nos hacen plantearnos la reflexión de si la falta de conocimiento implica o no, una asunción previa de

(Continúa en pág. 12)

todo más de acuerdo con el propio profesional o práctico de la Psicología. Para que realmente los psicólogos puedan jugar un buen papel y establecer relaciones con otras profesiones de la salud es necesario:

- 1) Reconocerle su estatus profesional de acuerdo a su competencia.
- 2) Es necesario un número de puestos y especialidades (infantil, adultos, geriátrica, psicomotricidad, etc.) suficientes como para integrar un equipo de trabajo suficientemente estable (psicólogos contratados fijos en plantilla) para que sea operativo a medio y largo plazo.
- 3) Es necesario, para una mayor eficacia, su reagrupamiento y coordinación dentro de una Unidad o Servicio de Psicología, que organice el ejercicio profesional en el Hospital o Centros Sanitarios en sus múltiples funciones.

Solamente integrado el psicólogo como miembro del Servicio de Psicología, suficientemente autónomo y diferenciado del resto de los Servicios, podrá intercambiar su experiencia profesional y a la vez organizar un marco propio de referencia integrando armónicamente la teoría con la práctica clínica.

Tratar de suplir esta función de autonomía distribuyendo a los psicólogos con personas ajenas al Servicio de Psicología, aún cuando sean de reconocida capacidad, contribuye a corto o medio plazo a la pérdida de identidad del psicólogo clínico y de su función específica.

Resumiendo, el Servicio de Psicología, dentro del Hospital o Centro de Salud tendría como misiones fundamentales entre otras:

- a) Responder a la demanda de consulta, diagnóstico y de tratamiento psicológico, no sólo en los aspectos patológicos, sino también en los preventivos y profilácticos.
- b) Asegurar la atención psicológica al enfermo allí donde éste se encuentra, o bien formando parte de los equipos que le tratan vinculándose de forma permanente a ellos, o bien atendiendo las demandas de estos Servicios como consultor.
- c) Asegurar, en relación y de acuerdo con la Universidad la formación profesional de los psicólogos, garantizando el derecho a la formación continuada de estos; así como participando en los diferentes cursos docentes del Hospital desde su específica competencia disciplinar.
- d) Organizar y promover la investigación en Psicología Clínica.
- e) Formar parte en los órganos de consulta y gestión hospitalaria.
- f) Establecer relaciones pluridisciplinares con otras profesiones de la salud.

Todo esto se desprende de la propia definición profesional del Psicólogo tal como se recoge en los Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos.

El psicólogo clínico se define como un profesional de la salud (O.M.S.: "bienestar físico, psíquico y social") especialista o experto del psiquismo en su dimensión

cognitiva, afectiva y relacional. En consecuencia utiliza los principios, métodos y conocimientos de la Ciencia Psicológica para el estudio, profilaxis y desarrollo de la salud mental en su dimensión individual, familiar y socio-comunitaria; procede a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones psíquicas o manifestaciones psicósomáticas y sus consecuencias en la conducta de los individuos y la relación de estos con su entorno, en la infancia, adolescencia, madurez y vejez. Compete asimismo al psicólogo clínico la enseñanza de la ciencia psicológica en su vertiente clínica así como la investigación de sus fundamentos teóricos y la aplicación práctica de la misma. Y todo esto, inserto siempre en un contexto interdisciplinario (médicos, sociólogos, matemáticos, etc...) pero a la vez autó-

nomo y responsable de sus actos, de acuerdo a las normativas legales vigentes y al Código Deontológico de su profesión.

Áreas y técnicas de intervención

Dentro del Hospital, el papel que ha de desempeñar variará según la concepción ideológica que inspire el esquema asistencial en cada institución sanitaria, así como las necesidades peculiares del equipo. No es lo mismo un Hospital General, que un Centro de Salud, o un Hospital Psiquiátrico, etc.

Su aportación puede ser muy eficaz en *colaboración con los Servicios de Psiquiatría* en cuanto a valores o datos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de cara al seguimiento o exploración

psicológica de un paciente.

Pero también parece importante su colaboración con el resto de los Servicios intrahospitalarios en el campo de la enfermedad física o fundamentalmente somática. La dimensión psicológica del enfermar y de la enfermedad, así como el seguimiento del enfermo desde otra óptica complementaria a la estrictamente médica facilita una valiosa ayuda tanto para la recuperación como la prevención de futuras recaídas, con la consiguiente economía para el paciente y para el Hospital.

Este rol o tarea de "liaison" con otros Servicios implica también, y sobre todo, una esencial sensibilización psicológica de progresiva humanización en el tratamiento médico del paciente; una mejor relación de colaboración y coordinación entre las distintas unidades y miembros

Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud

MIGUEL COSTA y ERNESTO LOPEZ

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

La razón que nos mueve a escribir esta colaboración con Papeles del Colegio es el pensar que los psicólogos y la Psicología como ciencia debe incorporarse de lleno a este movimiento en defensa de la salud y a la tarea de diseñar una nueva política sanitaria aportando nuestro específico nivel de análisis y competencia profesional.

A continuación enumeramos algunas de las características que debería tener el diseño del nuevo modelo sanitario y de la nueva política de salud en donde la Ciencia del Comportamiento podría y debería tener un desarrollo efectivo y al servicio de la comunidad:

A) Basado en un concepto integral de salud que incluya la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción.

B) El valor básico de la política sanitaria habrá de ser la salud, más bien que la enfermedad. Si la salud y su promoción, la prevención y la Atención Primaria van a ocupar, tal como al menos consta en la declaración de intenciones del INSALUD para sus actuaciones del año 1983 (INSALUD, 1983), un lugar predominante en la formulación de un nuevo modelo sanitario, los responsables de diseñar la política sanitaria deberán contemplar la Educación para la Salud como una actividad relevante y definir con exactitud el marco y los objetivos que ha de tener.

C) Ampliación del concepto de salud para incluir en él aspectos no estrictamente médicos. La salud no pasa solo, ni a veces principalmente por los médicos, los ambulatorios ni los hospitales. Los aspectos sociales, políticos, económicos, ecológicos, conductuales deben en-

trar en consideración (Navarro, 1979; San Martín, 1982; Krasner, 1980).

D) Énfasis en la Atención Primaria. Ya en la Conferencia de Alma Ata (OMS, 1978) se señaló este nivel como el primer eslabón y al mismo tiempo núcleo central sobre el que debe descansar el sistema de salud, y ello por ser el *nexo fundamental* de las funciones de promoción, prevención y asistencia, y por ser el punto de encuentro (Jornadas Sanitarias del PCE, XII/1982) entre las necesidades de la población y el conjunto de funciones y de servicios en que se organiza el sistema sanitario, facilitándose así que el sistema de salud responda a las necesidades reales de la población.

Después de las elecciones del 28 de octubre de 1982 con el triunfo socialista estamos en unas condiciones favorables de iniciar el largo proceso de transformación del actual sistema sanitario en un sistema (Servicio Nacional de la Salud) que tenga como soporte básico la Atención Primaria. En honor a la verdad hay que decir que el desarrollo de iniciativas (Centros de Promoción de la Salud...) en temas de salud por parte de los Ayuntamientos de izquierda están facilitando y motivando el inicio de dicho proceso. Desearíamos que la política sanitaria que en este momento el Gobierno socialista pretende perfilar fuera más allá de la, sin duda alguna, deseada racionalización en la gestión del sistema sanitario vigente y desarrollara con medidas concretas las experiencias iniciadas en algunas Administraciones locales.

Como ciudadanos preocupados por el tema y como profesionales implicados nos permitimos señalar algunos elementos mínimos necesarios para la elaboración de un proyecto de salud como el que venimos aludiendo. Son por lo demás algunos de los que también señalan la misma OMS y diferentes grupos

sociales, sindicales y políticos que se preocupan por el cuidado y defensa de la salud:

1. *Voluntad política* por parte del Gobierno de iniciar el proceso de transformación y dar pasos tendentes a *descentralizar* y pasar competencias a las Corporaciones Locales y entes autónomos sobre la base de Unidades Básicas de Salud que aseguren la integración de funciones, *democratizar* todos los niveles y desarrollar la *participación*. Esta descentralización y democratización habrá de ir acompañada obviamente de la planificación y *coordinación* entre los diferentes niveles del sistema de salud y de los recursos intersectoriales que existan en la comunidad y en las instituciones públicas.

2. *Diseño de un Plan de Reconversión* de los actuales consultorios y ambulatorios de la Seguridad Social. Esto a su vez requiere:

- Procesos de evaluación que permitan ir estableciendo correcciones en base a indicadores fiables (OMS, 1981a, b).
- Reciclaje y formación de los equipos que vayan integrando las Unidades Básicas de Salud.
- Política de Presupuestos ajustada a las necesidades que este proceso de reconversión demandaría. En este sentido nos sorprende enormemente la contradicción que existe entre las declaraciones de transformación y el recorte actual en la propuesta del Gobierno de los Presupuestos de la Seguridad Social en los capítulos relativos a Docencia, Investigación y Medicina Preventiva y Social e Inversiones.

Miguel Costa es psicólogo. Ernesto López es médico.

3. *Movilización y Participación*. Son

desinterés y poca pertinencia de estas funciones en relación a su práctica personal, por parte de estos especialistas, en una circunstancia en que las funciones psicológicas más habituales pertenecen ya al ámbito del conocimiento común, por el incremento informativo últimamente producido.

Del mismo modo, el análisis diferenciado de la sección abierta de esta cuestión (opción nº 4 = OTROS) que pretende dar cabida a cualquier otro tipo de razones presentadas, además de constituir una posibilidad de respuesta escasamente utilizada (contestan a través de ella sólo un 12% de los sujetos) y que, por tanto, nos aporta poca información suplementaria, nos muestra bien la dificultad de éstos profesionales de presentar razones explícitas que justifiquen su "descuido" en detectar problemas de índole psicológica entre los pacientes a su cuidado, o bien que entienden que estos constituyen problemas "psiquiátricos".

Las razones expresadas fueron, efectivamente, de 3 tipos según los que la no utilización se produce bien por 1.— no haber sido precisados por los pacientes atendidos. 2.— no haber tenido oportunidad. 3.— "no tener ideas claras sobre la indicación de utilización de estos servicios".

Si los utiliza, ¿en qué tipo de casos los considera más necesarios?

Pretende obtener una valoración realizada por quienes utilizan habitualmente los servicios psicológicos relativos al tipo de problemas en que estos juzga necesario contar con este tipo de intervenciones. Evalúa simultánea e indirectamente la concepción que, de dicha actividad, es mantenida por el conjunto de los profesionales que pueden ser definidos como "interesados" en ella.

El porcentaje de contestación que suscita, es muy bajo y las razones que se aducen como criterio de utilización de servicios dispersas. Contestan a esta pregunta el 26% de los encuestados.

Ninguno de los 4 grupos de especialidades, ya señalados, posee en ésta una tasa de contestación apreciable, pues todos ellos muestran un porcentaje que oscila entre el 18 y el 26% de sus miembros, denotando una tendencia bastante definida a evitar la contestación.

Sorprendentemente, tampoco contesta la totalidad de los que afirmaron utilizarlos con mayor o menor frecuencia, sino tan sólo un grupo ligeramente por encima de la mitad de ellos.

La indefinición personal y ausencia presumible de capacidad para discriminar aquellos casos en que los factores psicológicos ejercen una influencia significativa de carácter patológico resulta tanto más significativa si la relacionamos con la respuesta obtenida a la cuestión nº 12.

No parece inapropiado recordar que la falta de un conocimiento concreto sobre las funciones específicas que un determinado profesional puede cubrir con su asistencia, constituye algo distinto y diferenciable de la observación en la práctica y el ejercicio de la medicina, de que existen otro tipo de factores intervinientes cuya atención debe propiciarse (con independencia de por quién). (2).

Si no existe una "sensibilidad" previa para la consideración de este tipo de factores, difícilmente pueden señalarse los casos estimados como más significativos. La cuestión parece reducirse en buena parte a un problema de selección perceptiva, y ya sabemos que de lo que no se percibe tendemos, cada vez más, a conocer y preocuparnos menos a nivel consciente.

Que lugar ocupa en esta personal manera de enjuiciar la realidad clínica el apretado "currículum" biomédico, posiblemente no exento de sesgo biológico-técnico (ya que como es sabido el acceso a los puestos de M.I.R. en las residencias sanitarias de la Seguridad Social requiere el haber pasado con elevada puntuación un exigente examen de carácter memorístico) es algo sobre lo que no podemos manifestarnos hasta tanto no se cuente con datos precisos, aunque nos parece una interpretación no muy alejada de los hechos y digna de ser sugerida, ya que el grueso de los encuestados eran efectivamente Médicos Internos Residentes.

Las respuestas aportadas adquieren 3 modalidades principales, en relación a la personal manera de valorar el enunciado, de tal modo que las contestaciones se refieren alternativamente a:

1. Tipo de enfermo. Se citan los siguientes:

El Servicio de Neurología: niños con patología general e hipotalamo-hipofisaria. Dificultades de aprendizaje y Enfermos recuperables.

Cirugía de Digestivo se refiere expresamente a "pacientes con importante componente psicosomático".

Otras contestaciones remarcan los Niños, Depresiones, Cuadros de agitación, delirantes, neuróticos, así como el alcoholismo y las drogodependencias.

(2) Entraríamos así en el espinoso tema de "a quién compete la función" en el que desde el mismo origen podría polemizarse por profesionales "médicos" que estos factores pueden ser asumidos en la propia práctica (en la línea Balint) o son objeto exclusivo de la Psiquiatría. Voces todas ellas atendibles para un serio análisis de la cuestión hasta tanto no distorsionen como en el caso citado por G. Duero en la que cierto psiquiatra afirmaba refiriéndose a criterios de recuperación psicopatológica, "creemos que la estimación más verdadera (...) con respecto al grado de normalidad de sus relaciones humanas y su capacidad de empatía la da mejor el personal no médico. Todas estas estimaciones no pertenecen al dominio de la técnica, sino que dependen de actitudes y observaciones que se adquieren por otras vías poco delimitadas y seguras como son la experiencia y el trato diario, que son muchísimo mejores que la que pueda hacer él (el profesional)..."

de los Servicios, al participar el psicólogo o equipo de "liaison" en las reuniones de discusión y presentación de casos más problemáticos; designación de modo más preciso de quien pueda ser el más indicado para hacerse cargo del paciente y qué modalidad seguir en el tratamiento.

Fuera del Hospital la función del Servicio o Unidad de Psicología estará condicionada sobre todo por la necesidad de seguimiento de la acción terapéutica comenzada dentro del Hospital. Pero, sobre todo por la necesidad de prevención y desarrollo de la salud mental en la zona o sector de su circunscripción: higiene mental, orientación familiar, consultas de orientación a padres, profesores, etc. reinserción escolar y profesional, etc.

dos elementos esenciales para asegurar que el Plan de Reconversión sea efectivo. Es necesario movilizar a una opinión pública y ciudadana anclada aún en actitudes y concepciones medicalizadas, individualistas y curativas de la salud, y crear estados de opinión facilitadores de una concepción de salud colectiva y participativa.

Estamos asistiendo en el último año a una cierta "movilización" restringida a los sectores profesionales. Son innumerables los actos (seminarios, jornadas, cursos, etc.) que sobre Atención Primaria se han celebrado en nuestro país en los últimos meses, pero en cambio puede contarse con los dedos de la mano aquellos que han tenido como participantes activos a los ciudadanos o entes de la comunidad organizada. Con este "sesgo" en la movilización estamos dejando de nuevo el protagonismo del cambio en manos de sectores profesionales y no en quien en realidad ha de tenerlo: la comunidad. Queremos recordar aquí las palabras de Vicente Navarro "la ley es una expresión de poder y no causa de poder" con las que quería significar que el intento de transformar un sistema sanitario a golpe de decretos leyes, iniciativas parlamentarias solas o intentos aislados de sectores profesionales no es suficiente para acometer la ardua tarea de transformar un sistema de salud. El error en que puede incurrirse es el de plantear como objetivo el cambio de los contextos formales (leyes, coordinación institucional, racionalización...) sin el protagonismo ciudadano.

Asegurar un protagonismo efectivo de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud es una tarea política y cultural. No sólo es necesario establecer cauces de participación, se impone además la necesidad de desarrollar un nuevo marco cultural que vaya minando las actitudes medicalizadas y meramente curativas que impregnan a la comunidad y por las que ésta delega en los técnicos asuntos tan importantes para sus vidas como es la promoción y el cuidado de su salud. La experiencia de los Consejos de Salud municipales, potenciándolos de mayor autonomía y competencias, pue-

La consulta psicológica: se hace a través de entrevistas, mediante las que el psicólogo pueda hacer una evaluación diagnóstica y pronóstica de la personalidad del enfermo, de la oportunidad psicológica de una intervención quirúrgica, del significado de sus síntomas, de las posibles opciones terapéuticas, dentro y fuera del Hospital, del seguimiento psicológico del caso dentro de la institución, y posteriormente dentro del contexto familiar y social. La participación del psicólogo en el proyecto terapéutico interdisciplinar como consultor es de pleno derecho y debe de ser asumida por él con responsabilidad total dentro de los límites de su competencia; ya se trate de consultas hechas directamente por el paciente o por alguno de los distintos Servicios que se ocupan del caso.

Los test psicológicos: son técnicas estandarizadas de competencia exclusiva del psicólogo tanto en su elaboración, como en su aplicación e interpretación.

Por lo mismo es también función del psicólogo garantizar la adecuada utilización de los datos obtenidos; aportar la información verbal complementaria al informe escrito que sea necesaria para su adecuada comprensión; juzgar acerca de lo acertado o no de una solicitud de test hecha por otro especialista; integrar la aplicación de estas pruebas en la relación clínica entre el psicólogo y el paciente para no interferir o distorsionar la suficiente y necesaria vinculación o alianza terapéutica entre ambos; complementar a través de sus resultados las lagunas de la entrevista o anamnesis de cara al diagnóstico, pronóstico, u orien-

tación terapéutica: pacientes con déficits instrumentales o intelectuales de etiología orgánica; análisis sobre la estructura de la personalidad, sus mecanismos defensivos, y posibilidades de evolución, etc.; potenciar la investigación psicológica a través de los resultados básicos y fundamentales obtenidos como aval empírico con estas finas herramientas en los distintos campos del saber psicológico: la genética, psicopatología, cognitiva, etc. y su interrelación con otras disciplinas (endocrinología, dermatología, hematología, alergología, oncología, etc.).

Terapias y Psicoterapias sobre la base de responsabilidad que le permite su propia formación profesional, el psicólogo clínico puede hacerse cargo de las psicoterapias individuales o de grupo

den servir de núcleos germinales del futuro marco participativo. En cuanto al desarrollo de un nuevo marco cultural, elemento ineludible para una participación efectiva, puede facilitarse transfiriendo habilidades y conocimientos a la comunidad según un modelo de *sociabilización* del conocimiento científico o culturización sanitaria (Costa y López, 1982; Costa, en prensa). Este nuevo marco cultural tendría como objetivo el "cambiar actitudes individualistas y medicalizadas por hábitos culturales más colectivos tanto en los temas de salud como en los de educación y cualquier otro de interés social para la vida de una comunidad (Costa, 1983).

4. Reestructuración de la Política de Formación de los Técnicos e Investigación. La formación básicamente clínica de los profesionales de la salud habrá de ser amplificada con los elementos que definen una formación comunitaria y pública: habilidades didácticas y pedagógicas de educación para la salud, manejo de recursos epidemiológicos y estadísticos, competencias en evaluación de servicios y programas y en técnicas de investigación y experimentación, actitudes favorables para el trabajo en equipo, etc. A la vez debería facilitarse una evaluación rigurosa del grado en que las personas aprenden los componentes de esta nueva formación. En los centros docentes en los que actualmente se forman los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, A.T.S., asistentes sociales...) sería necesario introducir en el currículum académico disciplinas teórico-prácticas que contemplen esta nueva panorámica. Al mismo tiempo se ha de perfilar el tipo de colaboración científico técnica y práctica que los centros de formación de profesionales de la salud han de establecer con la red del sistema sanitario. De este modo se evitaría que los centros de formación y la Universidad sean entidades aisladas de la realidad social y alejados de las auténticas necesidades que la comunidad tiene en el terreno de la salud.

La investigación no es una actividad de laboratorio exclusiva de facultades o departamentos universitarios, sino que

debe efectuarse en todos los niveles del sistema de salud. Para ello habrá que elaborar los sistemas de información adecuados que permitan la recogida, el manejo, la organización, interpretación y evaluación de los datos. Asimismo habrá que construir los instrumentos de evaluación necesarios que permitan "aprender empíricamente y utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria" (OMS, 1981a).

5. La incorporación de la Ciencia del Comportamiento y de los profesionales psicólogos en todos los niveles de salud. Esta incorporación estaba prevista para el nivel hospitalario en una proposición no de Ley que el PSOE presentó en el año 1981; está contemplada también en el programa de sanidad que este partido presentó en las últimas elecciones legislativas. Resulta por ello llamativo que no sea recogida explícitamente en las Propuestas sobre Criterios de Actuación del INSALUD para 1983 (INSALUD, 1983). Observamos que en esta ocasión tan solo el sindicato de CC.OO. reivindica la presencia del psicólogo en el equipo de salud (INSALUD, 1983) en el nivel de Atención Primaria, así como el desarrollo de los programas PIR.

La segunda parte de nuestra colaboración tiene el objetivo de argumentar a favor de esta incorporación. Hemos creído necesarios los relativamente amplios comentarios anteriores porque pensamos que esta incorporación viene exigida precisamente por las características que debe revestir un nuevo modelo de salud.

La Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud

El espectacular desarrollo teórico-empírico de la Psicología en las últimas décadas y su irrupción evidente en todos los ámbitos de la vida ciudadana, ha preparado también su incuestionable lugar en el ámbito de la salud y ha despertado en él campos de interven-

ción, de desarrollo creciente, tales como la Psicología Comunitaria (Costa y López, 1982; Rappaport, 1977; Gibbs, 1980; Nietzel, 1977; Muñoz, 1979), la Terapia o Modificación de Conducta (Bartolomé, Carrobes, Costa, del Ser, 1979; Peck y Caceres, 1981), y la Medicina Conductual (Reig, 1981; Prokop and Bradley, 1981; Pomerleau and Brady, 1979; Osborne, 1979; Shapiro y Swit, 1982) entre otros.

Gracias a todo ello, es ya posible comenzar a comprender el comportamiento humano sobre bases científicas pudiéndose obviar las referencias especulativas y precientíficas que por desgracia todavía perduran en muchos responsables políticos, institucionales e incluso, lo que es más grave, en profesionales de las llamadas "ciencias humanas". El psicólogo que se atenga con el máximo rigor a los principios contenidos en las disciplinas de la Ciencia de la Conducta (Psicología del Aprendizaje, Psicología de la Comunicación, Psicología Social Comunitaria, Psicofisiología, Farmacología del Comportamiento, Psicología del Desarrollo, etc.), que se arraigue con preocupación teórico-práctica y bibliográfica en las bases que sustentan su praxis profesional (Singer, 1980) y que sea competente en el manejo de la metodología y tecnología de intervención derivadas de aquellas, puede y debe incorporarse a un equipo interdisciplinario que trabaje en el cuidado y defensa de la salud. En él podrá aportar la evaluación, medición, manejo, control y modificación de los componentes conductuales que de algún modo están siempre presentes en los sucesos del binomio salud-enfermedad.

Nuestra intención es referirnos aquí a las variables o componentes psicológicas, o para decirlo de otra manera, al *nivel conductual de análisis* de los fenómenos de salud, justificando su lugar necesario en el diseño de la política de salud. Es obvio para nosotros que el nivel conductual está a su vez conectado con otros muchos niveles de análisis de la realidad (social, político...) que, como ya dijimos antes, exige una ampliación del concepto de salud y obligan a desmedi-

Se señalan también los Síndromes Cerebrales postraumáticos, y pacientes con problemas ortopédicos, deformidades, amputaciones, parálisis y otros problemas de incapacidad, así como enfermos de tipo neurológico y retrasos intelectuales.

2. Circunstancias en que la intervención debe hacerse. Incluyendo las que siguen:

Según Radioterapia todas aquellas que requieren un control prolongado. Reumatología las refiere a las que se dan en enfermos que aceptan mal las características de cronicidad e invalidez de muchas enfermedades reumáticas e inflamatorias y "cuando son precisas modificaciones de conducta".

Dentro del Grupo I el tipo de intervención más amplia es el reclamado por el Servicio de Rehabilitación al señalar que: "al ser especialmente importante la valoración del paciente en el tratamiento, así como también el descartar la posible existencia de "Neurosis de renta", sería adecuado tener un informe psicológico de la mayor parte de los enfermos tratados en este Servicio".

La intervención también es reclamada para "los casos en que sea importante determinar si el paciente es visto por una molestia somática, influencia de factores psicológicos en el inicio o mantenimiento de la sintomatología y en los casos en que una determinada actuación puede modificar esa influencia".

3. Tipo de intervenciones requeridas. — Incluyen desde la realización de tests y la elaboración de informes, así como la valoración de posibles alteraciones y déficits y el diagnóstico diferencial de determinadas afecciones, todas ellas señaladas por Medicina Familiar, a la psicoterapia, indicada por Reumatología.

¿Qué peticiones realiza con mayor frecuencia? (Señale el tipo de intervenciones requeridas con más frecuencia por orden de importancia).

Se intenta determinar el grado de diferenciación (implícito en la respuesta) que se establece en la práctica, por parte de los Servicios, entre intervenciones de tipo psiquiátrico y psicológico (dado que todas las peticiones se canalizan de manera única como peticiones al Servicio de Psiquiatría), así como puntualizar el tipo de problemas que se consideran más encuadrables dentro de esta última área.

De acuerdo con nuestras presunciones y experiencia, la cuestión se formuló sobre la expectativa de que una clara discriminación con respecto a las cuestiones nº 1 (¿con qué frecuencia se dan, a su entender, complicaciones psiquiátricas entre sus pacientes ingresados?) y nº 3 (indique con qué frecuencia pueden darse las complicaciones psiquiátricas que siguen), no sería fácil de establecer a menos que se poseyera un criterio diferenciador de lo psicológico, lo psicopatológico y lo psiquiátrico.

Efectivamente, el porcentaje de contestación se mostró relativamente bajo (54%), pero no tanto como en la anterior cuestión.

Las intervenciones solicitadas y los aspectos considerados como de mayor incumbencia psicológica son los que siguen:

(Se han ordenado de 1 a 3 por el orden de importancia adjudicado).

1. C.I. (varias veces señalado). W.A.I.S. Consulta. Asesoramiento en depresiones (varios), reactivas. Tests de desarrollo. Informes. Evaluación. Cuadros delirantes. Depresiones exógenas.

2. Valoración general psicológica. Estudios de personalidad. Casos de conversiones neuróticas. Cuadros psicósomáticos. Tratamientos, si es necesario. Neurosis. Evaluación y tratamiento. Cuadros de Agitación. Histeria. Simulación. Histeria de conversión.

3. Trastornos de lenguaje. Trastornos de aprendizaje, Neurosis y Psicosis, Retrasos mentales. Delirios, Alcohólicos, Neurosis de renta. Histeria. Descartar simulaciones. Reumatismos psicógeno. Cuadros confusionales. Neurosis sin filiar y Anorexia nerviosa.

Con arreglo al siguiente criterio: NECESIDAD DE SERVICIOS DE INDOLE PSICOLOGICA, numere desde su punto de vista y experiencia, cada una de las especialidades, por orden de importancia.

Continuando con la indagación referente a la apreciación de necesidades y problemática de carácter psicológico, según son concebidas por los profesionales, se les pide en esta ocasión valoren 25 especialidades, ordenándolas numéricamente en razón del grado de necesidad, de intervención e implicación psicológica que, según su criterio personal, éstas evidencian.

Aunque las especialidades que habitualmente reciben el nombre de psicósomáticas y su formalización teórica correspondiente han tenido alguna expansión dentro del campo médico, no todos los profesionales conocen y participan de estas formulaciones de una manera similar.

Es por todo ello que se intentó abordar esta problemática tanto a través de esta cuestión como también de la siguiente.

Contestan a esta pregunta el 68% de los sujetos, a excepción del Grupo II, en que la proporción contesta/no contesta se reparte al 50%. La distribución en los grupos restantes oscila entre el 69 y el 81% pudiendo considerarse satisfactoria.

Sin embargo es preciso señalar que no todos los que contestan cumplen el total de las 25 calificaciones no alcanzando las contestaciones recogidas el número máximo posible para estos 38 sujetos, con el apropiado nivel de contestación.

(Continúa en pág. 16)

para las que está preparado o especializado (relajación, psicoterapia de inspiración psicoanalítica, psicoterapias humanistas, psicomotricidad, psicodrama, terapias de conducta, etc.) y de acuerdo a sus Estatutos (Colegio Oficial de Psicólogos) y a su Código Deontológico profesional.

El análisis psicológico institucional: el psicólogo es un especialista en el análisis de la comunicación humana y debe de hacer uso de esta preparación profesional para facilitar y mejorar la calidad general de las relaciones humanas del equipo asistencial y de éste con el enfermo. Para ello se sirve de las técnicas específicas de análisis en grupo de la dinámica del conflicto, tensiones y angustias, etc. para facilitar la elaboración y filtrado del stress, conflictos entre

calizarlo y a despsicologizarlo. Pero también es cierto que el modelo conductual, en la medida en que vincula la conducta al ambiente estimular en que tiene lugar y a las contingencias de refuerzo y/o castigo que la mantienen o la extinguen, facilita la consideración crítica de los efectos nocivos que los ambientes y condiciones socioeconómicas tienen sobre la salud.

Tres pueden ser los modos en que las variables conductuales afectan a la salud:

1. Las conductas cognitivas, emocionales, sociales, incorporadas al repertorio del ciudadano a lo largo del proceso de aprendizaje social (Bandura, 1982), constituyen variables independientes, intervinientes o dependientes, responsables por sí mismas del autocuidado y/o deterioro de la salud, y en este caso estamos en un nivel conductual y no todavía en un nivel de análisis fisiopatológico. Así, las disfunciones sexuales (anorgasmia, impotencia, eyaculación precoz, etc.) que afectan a veces gravemente al bienestar físico, psíquico y social de los ciudadanos, aunque no excluyan la intervención interdisciplinaria de otros profesionales, tienen en la mayoría de los casos su correcta explicación y solución en el nivel conductual. Sin embargo, son a veces abordados, sin eficacia y con alto coste, en algunos de los niveles del sistema sanitario vigente, y no por desidia de los profesionales, sino por falta de pertinencia de la intervención. Administrar un ansiolítico a una anorgasmia puede ser a veces tan poco eficaz como ponerle puertas al campo, al no manejar ni controlar el profesional médico las variables conductuales responsables de la disfunción (Información sexual errónea, condicionamiento aversivo ante los estímulos eróticos, etc.).

Un sistema de salud que siga aceptando plácidamente unas demandas para las que no tiene personal cualificado y que no dé entrada a los profesionales pertinentes para la problemática presentada, puede estar generando, por vía yatrógena, la aparición de múltiples efectos secundarios y la encronización

roles, angustias en el cuidado o atención al enfermo, tensiones entre distintos miembros o secciones de un Servicio, dificultades en la comunicación jerárquica, problemas en la comprensión y abordaje de determinada sintomatología, etc.

Este tipo de grupos (grupos operativos, grupos Balint, grupos de discusión, etc.) pueden hacerse con enfermos, con enfermeras, auxiliares, médicos, o padres de los enfermos, etc. y su finalidad no es psicoterapéutica en sentido estricto (suponen una técnica y encuadre muy distintas de la psicoterapia) sino como instrumento de análisis e higiene mental en el ámbito del trabajo clínico asistencial.

Formación e investigación

Completando la tarea formativa de la

Universidad y en estrecha relación con ella dentro de la Unidad o Servicio de Psicología se puede llevar adelante de forma progresiva y continuada la formación práctica del psicólogo dentro del equipo y en contacto directo con la realidad clínica. De este modo, aportando y recabando información psicológica en la experiencia de la práctica profesional se hace posible la reflexión, y el reajuste interno de coordenadas o puntos de referencia en el descubrimiento del sentido y uso del ejercicio profesional. Esta es una tarea formativa que sólo puede hacerse en los lugares de trabajo, no en las aulas de la Universidad, aunque sí en relación con ella.

Los psicólogos pueden también y deben hacerse cargo de la enseñanza de la Psicología Clínica en los cursos médicos

y paramédicos (ATS, auxiliares, monitores, etc.) que imparte el Hospital, debiendo ser reconocida ya oficialmente la función docente en los Hospitales y Centros de Salud, en Psicología Clínica, en colaboración y concierto con la Universidad, para estudiantes de último año de carrera y postgraduados.

La investigación es el complemento necesario e insustituible de la práctica clínica y su campo en Psicología Clínica es tan amplio como multidisciplinar: técnicas estadísticas de recogida y análisis de la información, técnicas de encuesta y de entrevista, técnicas de psicodiagnóstico..., estudios sociopsicológicos, investigaciones epidemiológicas, gerontología, paidopsicología, prevención, relación entre diversos síndromes psicopatológicos, características específicas de

de conductas disfuncionales, además de estar despilfarrando el dinero público.

Cosas parecidas podríamos señalar de los problemas de la relación de pareja (Costa y López, en preparación) de alto coste social para los hijos y para las redes sociales más cercanas, de los problemas de conducta infantil o de los problemas depresivos.

En este contexto, resulta alarmante la tasa elevada de consumo de recetas médicas, en especial, en la red ambulatoria de la Seguridad Social. Y lo alarmante viene dado no sólo por el coste económico que este consumo acarrea, sino más bien por sus efectos perjudiciales para la salud. Ningún fármaco es inocuo una vez que se introduce en el sistema fisiológico, y lo es menos, si su prescripción no es pertinente para el problema en cuestión, y lo es muchísimo menos si pasa a ser un elemento yatrogénico que deteriora el curso del proceso y da lugar a conductas de dependencia que encorizan el problema. Por esta vía se perpetúa, a veces de por vida, la demanda interminable de recetas médicas por parte del usuario.

Nos parece encomiable la pretensión de la Administración de reducir este desmesurado consumo farmacéutico. Nos tememos, sin embargo, que pretender este objetivo sin facilitar alternativas a los profesionales que vienen, rutinariamente y de modo no pertinente e indiscriminado, recurriendo a la prescripción farmacológica, es dejarles en una situación de indefensión para responder a unas demandas que no por eso van a dejar de seguir apremiando. Lo más racional sería incorporar los recursos profesionales y técnicos que la Ciencia del Comportamiento proporciona para acometer de forma pertinente los problemas funcionales, las disfunciones sexuales, los conflictos de pareja, los problemas de conducta, los problemas psicosomáticos, etc., que son, posiblemente, los mayores responsables del alto consumo farmacéutico que ahora se pretende reducir.

2. Los componentes conductuales pueden constituir factores determinantes en el desencadenamiento de enfermedades de alta relevancia social. Así, la

conducta o conductas implicadas en el consumo de tabaco, las contingencias estimulantes y de refuerzo que la mantienen, y el repertorio de aprendizaje social en el que se sustentan, son el primer eslabón, y desde luego, el más decisivo de la cadena que eventualmente puede conducir a la bronconeumopatía crónica o al carcinoma de pulmón. Sería ingenuo pensar que sólo estos últimos eslabones de la cadena son competencia del sistema de salud y no tomar en consideración aquellas conductas que son el factor de riesgo responsable.

Asimismo la hepatopatía crónica alcohólica es el eslabón final y consecuencia fisiopatológica de una conducta arraigada en el repertorio conductual del ciudadano que la padece: el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Cualquiera de las otras muchas drogodependencias que tanta preocupación están suscitando a nivel popular e institucional, y que a nuestro juicio no deberían ser llamadas enfermedades en primera instancia, son ni más ni menos que conductas aprendidas que exigen, por tanto, aunque no exclusivamente, un nivel de análisis conductual en su comprensión y terapia.

3. Cuando el nivel fisiopatológico es el más relevante en el fenómeno que afecta a la salud, los componentes psicológicos pueden jugar también un papel decisivo en el agravamiento o resolución del proceso y, por tanto, en su pronóstico y tratamiento. Así, en el asma bronquial, por poner un ejemplo muy manido, la respuesta broncoconstrictora, puede llegar a desencadenarse y a encronizarse por la intervención de variables conductuales provocadoras de ansiedad y de contingencias de refuerzo presentes en la crisis. Las respuestas con las que cualquier paciente se enfrenta a su enfermedad pueden ser decisivas en la evolución del cuadro fisiopatológico (Costa, 1983); y ello es cierto en cuadros clínicos tales como dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, cefaleas, procesos digestivos, etc.

El modelo de Competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1982) que inspira

el acercamiento de la Ciencia del Comportamiento a la comunidad, pretende desarrollar Sistemas Comunitarios Competentes que faciliten conductas sanas en la comunidad y reduzcan el stress del ambiente, y ciudadanos competentes, hábiles en desarrollar redes y sistemas de apoyo social (Costa, en prensa). El derecho a la salud y a su cuidado, que contempla nuestra Constitución, exige que los avances de la Ciencia del Comportamiento se incorporen en el Sistema de Salud. Esta contribuiría a:

1. *Acercar el Sistema de Cuidado de la Salud a la Comunidad.* Una política sanitaria efectiva, no sólo debe proveer la superación de *barreras estructurales* mediante una adecuada distribución de los recursos de cuidado y promoción de la salud (centros de Salud, instancias de socialización...), sino que además debe responder al reto de las llamadas *barreras funcionales*, que son fundamentalmente de naturaleza conductual. Entendemos por tales a las actitudes, hábitos y comportamientos sociales que existen en la comunidad y en los equipos profesionales de los consultorios, ambulatorios, Centros de Salud, etc., que interfieren en el acceso de los ciudadanos a los recursos existentes. Nos estamos refiriendo naturalmente a las actitudes individualistas y medicalizadas acerca de la salud, la ausencia de conciencia de la necesidad de participación activa en la gestión y cuidado de la salud, o al discurso lingüístico con el que cualquier agente especializado de salud (médico, psicólogo...) se acerca a la comunidad. La Ciencia del Comportamiento sería un recurso muy útil que permitiría afrontar con bastante eficacia estos problemas:

a). *Facilitando el desarrollo de programas de entrenamiento en HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN para el personal facultativo y sanitario.* Existe bastante apoyo empírico acerca del olvido y no seguimiento de muchas de las prescripciones médicas por parte de los pacientes, encontrándose que una variable significativa es la incompetencia del profesional en transmitir una información, asegurarse de que sea re-

Por tanto y siguiendo un primer criterio de clasificación en base al número de CALIFICACIONES OBTENIDAS para cada especialidad el orden quedó como se indica en la TABLA nº 1.

Orden de Preferencia	SERVICIO	Número de Calificaciones
1	Neurología	31
2	Radioterapia	28
3	Nefrología	26
4	Medic. Interna	26
5	Pediatría	26
6	Endocrinología	25
7	Neurocirugía	24
8	Diabetes-Nutrición	23
9	Gastroenterología	22
10	Rehabilitación	21
11	Alergia	20
12	Reumatología	19
13	Cir. Cardiovascular	19
14	Cir. Digestivo	19
15	Medic. Urgencias	18
16	Cardiología	17
17	Cir. Cardiovascular infantil	17
18	Hematología	17
19	Medic. Preventiva	17
20	Cir. General	16
21	O.R.L.	15
22	Cir. Urgencias	14
23	Traumatología	14
24	Urología	13
25	Oftalmología	12

Tabla nº 1. — Necesidad de atención psicológica. Criterio: Nº de referencias.

Puesto que este criterio no nos pareció suficientemente representativo del grado de importancia CUALITATIVA de estas funciones, creímos que otro índice significativo podría proceder del número de juicios que situaban a cada especialidad entre los 10 primeros lugares o con posterioridad a ello.

El resultado obtenido en este caso es el de la tabla nº 2.

SERVICIO	Orden de Preferencia	
	Criterio Nº Referencias	Criterio Posición 0-10
NEUROLOGIA	1	1
RADIOTERAPIA	2	2
NEFROLOGIA	3	3
NEUROCIRUGIA	5	4
REUMATOLOGIA	10	5
DIABETES-NUTRICION	6	6
MEDICINA INTERNA	3	7
PEDIATRIA	3	8
GASTROENTEROLOGIA	7	9
ALERGIA	9	10

Tabla nº 2. — Necesidad de atención psicológica, según 2 criterios.

Como puede observarse existen pequeñas diferencias ya que básicamente las especialidades implicadas son las mismas.

Como aspectos más significativos de este 2º tipo de valoración resalta el Servicio de Reumatología que estando situada en 10º lugar según el nº de referencias obtenido pasa a ocupar el 5º lugar en este caso Medicina Interna desciende hasta el 7º lugar y Pediatría pasa del 3º al 8º.

Desde un punto de vista, ya más general, y en relación a aspectos de salud de carácter amplio señale si considera adecuada la intervención del psicólogo al nivel concreto.

Se ofrecen a través de la misma 30 apartados clínicos (no correspondientes en todos los casos, con una entidad patológica circunscrita), como posibles áreas de intervención psicológica, requiriéndose una apreciación del grado de necesidad de la misma en cada una de ellas, a juicio de los especialistas.

Es el apartado más amplio de todo el cuestionario y trata de obtener un

(Continúa en pág. 18)

un determinado cuadro clínico, etc.

En nuestro país el desarrollo de la investigación en Psicología Clínica aparece aún en mantillas por lo que sería muy de desear su potenciación y apoyo desde las Instituciones u Organismos oficiales a través de la creación de becas y contratos de investigación clínica.

Control del ejercicio de la profesión

El control del ejercicio de la profesión debe asegurarse por una institución profesional y por un código deontológico.

El reconocimiento e institucionalización de la profesión se garantizará a través de la pertenencia a una Asociación o Colegio Oficial de Psicólogos dentro de cuyos Estatutos legales se esta-

tenida y además llevada a la práctica. (Oborne, et al. 1979).

Si, por otra parte, pretendemos caminar hacia un modelo de salud que tenga como soporte básico la atención primaria y la educación para la salud, las habilidades sociales y pedagógicas vienen a ser un elemento fundamental del repertorio de formación de cualquier profesional. No en vano, comienza a ser objeto de atención en la literatura especializada. En el *Medical Care* (Vol. 19, Nº 12, 1981), Wiszewiauski y Donabedian (1981) comentan que el dominio del elemento tecnológico y el manejo de la relación interpersonal con el cliente, son dos componentes de aproximadamente igual importancia en la evaluación del cuidado de salud. Por otra parte, las habilidades de comunicación comienzan a ser un elemento específico más en el curriculum académico de formación de muchos médicos (Oborne et al, 1979). Con el desarrollo de la Ciencia del Comportamiento, las habilidades sociales y de relación interpersonal son objeto de entrenamiento y han dejado de ser ese "imponderable" factor humano al que se recurre con tanta frecuencia para explicar variables no controlables.

b). *Facilitando un fácil adiestramiento de paraprofesionales o agentes de salud* —personal subalterno, familiares, amigos, voluntarios de la comunidad, etc.—.

El desfase cultural y social aparente entre los profesionales y el resto de los ciudadanos, usuarios potenciales de los sistemas de cuidado de salud, se reduciría en gran medida a través de la participación activa de voluntarios de la comunidad con un cierto entrenamiento en proveer conocimientos y cuidados de salud. Existen trabajos concluyentes (Durlack, 1979; Moreland y otros, 1982) acerca de la idoneidad de tales medidas. En los Centros de Promoción de la Salud existe experiencia muy alentadora en el entrenamiento a padres para tratar muchos de los problemas que presentan sus hijos (enuresis, problemas de conducta, etc.) y que en muchas ocasiones especialistas de la red sanitaria general se han visto incapaces de resolver.

blece y delimitan las condiciones y garantías del ejercicio profesional.

El compromiso formal de obligado *respeto a un Código Deontológico* aún no está claramente establecido ni delimitado en nuestro país, por lo que este Código debería ser perfilado y sancionado de modo oficial cuanto antes. Siguiendo los pasos de nuestros colegas franceses que ya lo tienen elaborado —aunque aún no sancionado oficialmente— (5) podríamos, a modo de primer esbozo, extraer del suyo las líneas de fuerza fundamentales:

- A) Protección de un *título profesional*.
- B) *Garantías en la formación* universitaria y profesional del psicólogo (cursos académicos y de práctica clínica profesional).
- C) *Ética profesional*

- a) respeto a la dignidad de la persona (de acto o de palabra);
- b) respeto a las normas sociales vigentes, explícita o implícitas;
- c) objetividad y circunspección en el uso de juicios de valor de la persona, tales como normal, anormal, adaptado, etc.;
- d) adecuada utilización de sus medios profesionales para evitar ventajas personales en perjuicio de otro, o mala utilización por terceros.
- e) preservar la autonomía del otro, sus posibilidades de información, libertad de juicio y de decisión;
- f) en presencia de intereses divergentes debe de evitarse perjudicar a cualquiera de las partes en causa...

D) *Secreto profesional.*

Como cualquier otro profesional análogo está obligado a la regla del secreto en relación a personas físicas o morales, en todo lo que "ha visto, oído o comprendido" en su práctica o investigación profesional, en sus palabras o documentos, ateniéndose al Código Penal en sus responsabilidades y consecuencias.

Salvo en los casos de obligación legal, no puede ser liberado de su secreto por nadie ni siquiera por el interesado.

E) *Disciplina científica*

El psicólogo está obligado a informarse constantemente de los progresos de su especialidad; a someterse a las reglas, exigencias y disciplina que imponen los trabajos cien-

2. Incorporar innovaciones conceptuales y metodológicas de indudable rentabilidad para la salud del ciudadano. Algunas de estas innovaciones son:

— Introduce nuevos elementos de análisis que cuestionan o enriquecen las bases etiológicas de numerosas entidades clínicas así como sus sistemas de clasificación (Bayés, 1979).

— Especificación operativa de objetivos.

— Procesos de evaluación rigurosos que permitirían cerciorarse acerca de la pertinencia de los objetivos, eficiencia, eficacia y efectos de los progresos y resultados de las diferentes intervenciones y programas (Fernández Ballesteros, 1983).

— Uso de una tecnología comportamental eficiente y sencilla que puede ser utilizada dentro del medio ambiente natural (Bayés, 1982), y de una metodología de observación y registro sistemática al alcance del profesional, para-profesional y usuario. Transfiere conocimientos y tecnología a la comunidad.

Bayés (1982) comenta que "las estrategias conductuales por su facilidad de comprensión, por su verificabilidad, y las posibilidades de participación que ofrecen a todos los miembros de la comunidad son susceptibles de permitir una toma de decisiones por los responsables no profesionales" y, por tanto, se facilitaría así la desmedicalización de los problemas de salud.

3. Facilitar el desarrollo de investigaciones y programas interdisciplinarios. En este sentido merece destacarse el auge que está adquiriendo la llamada *Medicina Conductual* que trataremos de desarrollar brevemente más adelante.

4. En la medida en que la conducta se define como interacción y relación funcional entre organismo y ambiente, se facilita el desarrollo de *investigación ecológica* (Krasner, 1980) y de las variables ambientales tan relevantes para la salud como son las redes sociales (Lowenthal, 1982). Todo ello un cúmulo de investigación pertinente si se quiere acometer la tarea de desarrollar Sistemas Comunitarios Competentes.

Algunos Programas y Líneas de Intervención

1. *Desarrollo de Programas de Entrenamiento en Competencia Social y en Habilidades de Autocuidado y de Solución de Problemas* dirigidos a grupos especiales de la comunidad. La implantación de recursos que componen el curriculum de estos programas han mostrado tener virtualidades preventivas, de promoción de salud y curativas.

a). La incompetencia o inhabilidad social del ciudadano parece que juega un papel relevante en el desarrollo de muchos problemas de salud. Por esta razón se han diseñado programas de este tipo con resultados muy prometedores dirigidos a la *población escolar* (Allen et al. 1976), *depresión* (Bellack et al., 1981), *psicóticos*, *estados de ansiedad* y *población clínica variada* (Agüera, Costa, López, González, 1982). Es tal la relevancia de este tipo de intervenciones que el Comité planificador de la Tercera Conferencia de Vermont sobre Prevención de Psicopatología (Kent and Rolf, 1979) decidió proponer que el contenido de la misma se centrara sobre Competencia Social y Habilidades de Manejo o Enfrentamiento ("coping").

b). *Pareja y Familia*. Existen tres razones que justifican el estudio de la problemática de pareja y el diseño de programas de este tipo desde un marco de salud pública:

— El impacto de los factores maritales y familiares sobre las complicaciones reproductivas (Taylor, 1980).

— La relación entre la problemática familiar y marital y la crianza (Taylor, 1980).

— El efecto de la satisfacción-insatisfacción marital en el desarrollo personal de los componentes de la familia y en la morbilidad psiquiátrica (Taylor, 1980).

A pesar de su relevancia sorprende el abandono de este tipo de programas en el seno de proyectos interdisciplinarios (Salud Materno-Infantil, Planificación Familiar, Salud Escolar, etc.) cuando por otra parte existe evidencia empírica acerca de la pertinencia, eficacia y eficiencia de los mismos.

c). *Policía*. Los oficiales de policía tienen un trabajo muy estresante. Se ven expuestos diariamente a multitud de problemas a los que inevitablemente han de hacer frente con un reducido repertorio de recursos interpersonales. La función del policía de barrio en un régimen de libertades como el que vivimos cuestiona inevitablemente los criterios de formación seguidos hasta ahora, y demandan un cambio de roles para facilitar su penetración en el tejido social. Un policía con recursos para conocer las necesidades sociales de una comunidad y fomentar sistemas de apoyo a la misma es el que una sociedad democrática necesita. Existen experiencias muy interesantes (Linden, 1982) ilustrativas del tipo de ayuda que la Ciencia del Comportamiento está brindando a este tipo de población.

2. *Programas dirigidos a la Tercera Edad*. Pfeiffer (1977) describió la *patología social* como uno de los principales problemas de la gente de edad. Suelen ser personas que por su condición de edad avanzada, están expuestas a una serie de stressores que incluyen muertes de amigos y familiares, pérdida de movilidad y funciones sensoriales, conflictos familiares por cambio de roles y pérdida de funciones en la vida, problemas sexuales, etc., y que les sitúa en una condición de *soledad* y *aislamiento social*. Todos estos problemas y otros derivados: depresión, desorientación, etc., por ser fundamentalmente de naturaleza conductual requiere la atención de profesionales especializados en ese nivel de análisis. A continuación señalamos algunos objetivos pertinentes de las intervenciones conductuales en esta edad (Patterson y Jackson, 1981):

a). *Proporcionar Compensación para los Déficits conductuales* asociados con la edad avanzada. Una vía interesante es la de introducir alteraciones en el ambiente de la vida de estas personas, lo que Lindsley (1964) llamó "ambientes protésicos", y que van desde diseños espaciales adecuados para casas e instituciones de la tercera edad, hasta la planificación de actividades.

b). *Mantenimiento de apoyos psicoso-*

juicio específico mucho más cercano al caso práctico que la pregunta anterior, inscribiéndose en el objetivo de clasificación "orgánico/psíquico".

A pesar de su extensión, posee un elevado índice de contestación (87%), que se da asimismo por igual en cada uno de los grupos de especialidades (del 75 al 100%), si bien el número de contestaciones al total de ítems está por debajo del posible, con una media por ítem de 44,7 respuestas.

De acuerdo con el nº total de respuestas emitidas y en razón de su distribución, el 85% de ellas señala que la intervención del psicólogo en los problemas reseñados es adecuada.

El 47,9% la daba simplemente como necesaria, calificándola de muy necesaria el 37,4%.

Realizando una ordenación en base a los juicios emitidos, son 13 los problemas que suscitan el máximo acuerdo sobre mayor necesidad de intervención psicológica (con apoyo en una tasa superior al 90% de las respuestas).

La tabla nº 3 muestra dichos problemas y sus correspondientes %.

ITEM Nº	PROBLEMÁTICA	B + C %
1	DIFICULTADES GENERALES DE APRENDIZAJE	100
2	DISLEXIAS, DISGRAFÍAS Y DISCALCULIAS	100
3	AUTISMO	97
4	ALCOHOLISMO	97
5	ANFETAMINAS (Dependencia)	97
6	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN HOSPITALARIA	95
7	DROGAS Y TOXICOMANIAS	95
8	ENURESIS Y ENCOPRESIS	95
9	NEUROSIS	95
10	OLIGOFRENIA, ANOXIA DE PARTO, DISFUNCIÓN CEREBRAL MINIMA	91
11	ALTERACIONES DEL LENGUAJE	91
12	PARAPLEJICOS	91
13	PROBLEMAS GERONTOLÓGICOS	90

Tabla nº 3.— Necesidad de intervención psicológica en diversas áreas de problemática.

(B) = Intervención necesaria.

(C) = Intervención Muy necesaria.

Los resultados de esta cuestión no son absolutamente concordantes con los obtenidos en la anterior, entrando a formar parte, al sugerirlos, otra serie de problemas que de manera directa no habían sido señalados por el personal médico cuales son el alcoholismo y otras toxicomanías, cuyo estatuto como "enfermedad" tantas controversias crea.

Existe, sin embargo, un consenso implícito en la importancia que se concede a afecciones que tienen que ver con el campo de la neurología, y del deterioro intelectual más que del área específica del comportamiento.

Es interesante constatar que el más bajo nivel de intervención psicológica se adjudica a los siguientes problemas:

1. Cuadros "psicosomáticos" del aparato cardiovascular (hipertensión).
2. Problemas dermatológicos.
3. Hemofilia.
4. Traumatismos craneales.

Todos ellos alcanzan un porcentaje entre 53 y 65, del total: Necesario x muy necesario. La primacía dada esta vez a los problemas infantiles y de aprendizaje, que no resaltaron en respuestas anteriores, quizás provenga de la circunstancia concreta de carecer este centro hospitalario de consulta pediátrica externa, existiendo un sólo pediatra consultor. De otra parte es sabido que por lo general al psicólogo se le concede más amplia y fácilmente el que pueda "entender de niños".

Desde su punto de vista, califique el grado de conocimiento que posee, sobre el tipo de trabajo que puede ofrecer el psicólogo clínico: Suficiente; No Suficiente; Muy Insuficiente.

Nos pareció conveniente incluir una cuestión de este tipo —a pesar de que implica cierta redundancia respecto a la primera razón de no utilización de servicios— dado que, aunque en términos generales la actividad del psicólogo se encuentra en expansión y el grado de conocimiento de la misma es, sin duda, cada vez más amplio, la encuesta ofrecía una ocasión adecuada de conocer la valoración particular que un grupo seleccionado de profesionales de la medicina "física" hace de su grado de conocimiento, y, a través de él e indirectamente, una valoración de su grado de interés en este tema, poniendo

(Continúa en pág. 20)

tíficos, en su planteamiento, desarrollo, control y difusión, comunicando su saber de la manera más completa, exacta y veraz posible.

F) Autonomía técnica

El psicólogo debe asegurar su autonomía en el uso de sus técnicas; impedir a los no psicólogos el cuidado, elaboración, aplicación y responsabilidad de la elección de los métodos que él emplea; y rehusar todo compromiso que técnicamente no le sea permitido asumir.

G) Independencia profesional

El psicólogo debe hacer respetar su independencia profesional cualquiera que sea su posición jerárquica o condición de trabajo. Tiene el deber de sostener a sus colegas en la defensa de su independencia.

ciales mediante una adecuada restitución de funciones sociales y el desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades a fin de ayudarles a establecer nuevos contactos.

c). *Mantenimiento de la Conducta Organizada* con desarrollo de programas de autocuidado o hábitos relacionados con las funciones de la vida diaria (comer, dormir, pasear, etc.) y desarrollo de tareas y responsabilidades definidas en los diferentes grupos sociales que contextualizan la vida de estas personas.

d). *Desarrollo de hábitos para mejorar y mantener la salud* tendentes a controlar la obesidad y el hábito de fumar, dieta, ejercicio físico, uso de medicamentos, etc.

3. *Diseño de Programas de Educación para la Salud en los Mass Media* (Flay et al., 1980).

4. *La Medicina Conductual* (M.C.), convergencia científica, metodológica y técnica entre ciencia de la conducta y ciencias biomédicas, es otro campo de investigación e intervención del psicólogo con amplias posibilidades de eficacia y eficiencia en atención primaria y en atención hospitalaria. Aunque se venía perfilando desde hace tiempo, la M.C. se constituye como disciplina recientemente (Schwartz and Weiss, 1977) y está alcanzando en estos últimos años un desarrollo inusitado (Reig, 1981).

Innumerables problemas que afectan a la salud, que tienen determinantes multietiológicos, y que presentan relevantes componentes conductuales y ambientales, requieren, por ello mismo, soluciones integradas e interdisciplinares. La M.C., disciplina interdisciplinar por excelencia, se ofrece como una prometedora innovación y una alternativa a la inadecuación del modelo médico de enfermedad. En esta medida, el modelo conductual que subyace a los postulados de la M.C., es el que le permite también a ésta superar de una vez por todas el caduco modelo cartesiano que diferencia entre salud física y salud mental.

La M.C. es muestra también como el relevo apropiado de la tradicionalmente llamada *medicina psicosomática* (Dunbar, 1943; Alexander y Flagg, 1965) que

H) *Ética internacional*

El psicólogo condena la utilización de las nociones de "normal" o "patológico", con fines represivos en el dominio político y social, en cualquier país.

I) *Respeto del Código*

El estudiante-psicólogo en régimen de práctica efectiva profesional está comprometido a respetar el secreto profesional y el resto de las disposiciones del Código de Deontología, lo mismo que el profesional en ejercicio de sus funciones.

Cuando surja un conflicto o litigio derivado del no respeto del Código de Deontología, deberá intervenir una Comisión Nacional (compuesta por representantes de los usuarios y de la magistratura). En caso de no

conciliación, las partes deberán recurrir a los tribunales competentes.

Algunas normativas actualmente vigentes

1977: B.O.E. nº 299, 15-XII-77, Referencia 30219

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Resolución de la Secretaría de la Salud, por la que se convoca a concurso para proveer plazas de Médicos Internos residentes de primer año..., y *Residentes de Programas Especiales* en determinadas Instituciones Sanitarias. En los programas Especiales se incluyen: Biólogos, *Psicólogos*, Ingenieros, etc. licenciados e interesados en iniciar una espe-

cialización en áreas profesionales relacionadas con las Ciencias de la Salud asignándose las plazas por la Comisión Central de docencia a petición de las Instituciones exclusivamente por méritos académicos.

1981: B.O. Cortes nº 709-I, 16-VII-81

Proposición no de Ley presentada por el Grupo Socialista del Congreso para la creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social integrados en los Hospitales Generales como un elemento diferenciado de la oferta asistencial médica.

"El equipo psiquiátrico debería agrupar a psiquiatra, psicólogo, A.T.S. psi-

es objeto en la actualidad de numerosas críticas (Bandura, 1969; Lipowski et al., 1977; Shapiro y Surwit, 1982) por la dudosa validez de sus presupuestos teóricos (Bykov y Kurtsin, 1969).

Produce cierto rubor constatar, por ejemplo, cómo algunos colegas continúan refiriéndose a las conductas oníricas con una parafernalia interpretativa que recuerda a la mitología egipcia, mientras desconocen los avances recientes en la psicofisiología de los sueños (Arkin, et al., 1978), o bien constatar que se hacen referencias imprecisas y evanescentes a las emociones y los afectos, ignorando las investigaciones sobre los patrones emocionales diferenciales y sus respectivos substratos psicofisiológicos (Izard, 1977; Schwartz, 1977; Davidson, 1978), o bien escuchar curiosos y crípticos comentarios sobre fenómenos tales como "lapsus" lingüísticos u olvidos, que son, por lo demás, perfectamente inteligibles teniendo en cuenta las propiedades del sistema cognitivo y de sus substratos neurofisiológicos (Luria, 1979).

Los médicos que hayan de compartir, tanto en el nivel primario como en el hospitalario, el trabajo interdisciplinar con los psicólogos tendrán que modificar sus ideas respecto a lo psicológico o conductual como algo indefinible, especulativo y metafísico, algo mentalista y meramente intrapersonal, y acercarse seriamente a la ciencia del comportamiento que presenta a la conducta como algo definible y evaluable, a veces difícilmente evaluable, con la solidez de un repertorio aprendido y a veces crónico, sobre el que se puede intervenir si se quieren resolver muchos de los problemas que afectan gravemente a la salud de los ciudadanos.

Por lo demás, la seriedad científica y la responsabilidad profesional y social que en la actualidad impone el cuidado y defensa de la salud, le exige sobrepasar modelos reduccionistas de salud y enfermedad y adscribirse a modelos abiertos, integrados e interdisciplinarios.

Las innumerables posibilidades de intervención que permite la M.C. han sido

recogidas en varias publicaciones recientes y remitimos a ellas para una exhaustiva información (Lipowski et al., 1977; Osborne et al., 1979; Pomerleau and Brady, 1979; Colotla y otros, 1980; Prokop and Bradley, 1981; Reig, 1981; Shapiro y Surwit, 1982). Aquí señalaremos sólo algunas.

a). El *dolor* y dolor crónico en especial es un hecho de central importancia en el sistema de salud y en la vida de los ciudadanos. Es un factor que por sí mismo afecta a la salud y que a veces empeora el pronóstico de un proceso fisiopatológico. La consideración del dolor como conducta, además de como proceso neurológico, permite estudiar el aprendizaje de la respuesta de dolor, los sucesos antecedentes y consecuentes que lo pueden convertir en una respuesta condicionada, las conductas con las que el paciente intenta manejarlo, y que a veces lo agravan, y las conductas de las personas que rodean al paciente y que en ocasiones contribuyen a perpetuarlo. La intervención conductual sobre estas variables puede de hecho ser eficaz en la resolución, o cuando menos en el alivio del dolor (Fordyce and Steger, 1979; Peck y Cáceres, 1981).

b). Las *prescripciones farmacológicas* son una de las intervenciones más frecuentes que el sistema de salud realiza sobre los usuarios, y una de las más costosas para el sistema. El problema del no seguimiento de las indicaciones por parte del usuario se hace especialmente preocupante en pacientes hipertensos, cardiopatas o diabéticos cuyo pronóstico depende en alto grado del cuidadoso seguimiento. El conocimiento y adecuado manejo de las variables conductuales y ambientales que controlan la implementación de las prescripciones, su seguimiento inadecuado o la automedicación, se revela entonces de excepcional interés (Osborne, 1979).

c). La *Farmacología del Comportamiento*, "ciencia interdisciplinaria que estudia la relación funcional entre una variable independiente —un fármaco— y una variable dependiente —la conducta—" (Bayés, 1977) proporciona el anda-

miaje teórico y metodológico que permite evaluar e intervenir con rigor sobre variables que determinan el uso y abuso de fármacos, de drogas llamadas "psicotrópicas", y el preocupante fenómeno de la drogodependencia (tabaquismo, alcoholismo...) (Wing, 1981; Nietzel et al., 1977).

d). Las *enfermedades cardiovasculares* son obviamente uno de los problemas más preocupantes para el sistema de salud. Son innumerables las investigaciones y los resultados concluyentes que el modelo conductual ha propiciado (Gentry and Williams, 1979; Osborne et al., 1979, Vol. II).

e). Las *técnicas de biofeedback*, aún cuando necesitan de mayor investigación y apoyo empírico (Bayés, 1983), en la medida en que entrenan al paciente y lo hacen competente para establecer un control aprendido sobre sus respuestas fisiológicas, musculoesqueléticas y viscerales, han supuesto una ayuda inestimable en el abordaje terapéutico de procesos fisiopatológicos tales como enfermedades cardiovasculares (hipertensión, arritmias, enfermedad de Rynaud...) cefaleas, y en la rehabilitación neuromuscular (Peck y Cáceres, 1981; Shapiro y Surwit, 1982), y además están poniendo de manifiesto, como afirma Bayés (1983) "el inmenso, desconocido, gratuito e inaprovechado poder curador del hombre".

d). Uno de los desafíos más onerosos que el sistema de salud tiene planteados hoy es, sin lugar a dudas, el *cáncer*. En la medida en que el sistema inmune está implicado en la bioquímica y en la fisiopatología del desarrollo tumoral, deben ser tenidas en cuenta y cuidadosamente evaluadas e investigadas las variables conductuales que determinan un manejo inadecuado del stress, y por tanto una incidencia negativa en el sistema inmune (Stoll, 1979; Prokop and Bradley, 1981). No sorprende por eso, que el National Cancer Institute de Estados Unidos, haya creado una sección de Medicina Conductual al frente de la cual se encuentra la psicóloga Sandra Levy (Bayés, 1983).

sus resultados en relación con la gama de actividades que, en la siguiente cuestión, le son adjudicadas como características.

Contesta a esta pregunta el 84% de los sujetos. Una amplia mayoría de las respuestas (70%) señalan que los profesionales estiman que su grado de conocimiento al respecto es insuficiente, considerándose satisfecho el resto (29%) del que posee.

¿Qué funciones serían, desde su punto de vista, más prioritarias para ser desarrolladas por el Psicólogo en un centro Sanitario de la Seguridad Social?

Hemos visto como un 70% considera carecer de un conocimiento de las funciones del psicólogo a un nivel suficiente. Esta pregunta da un paso más allá solicitando de los encuestados, que señalen aquellas actividades prioritarias que consideran apropiadas para ser realizadas por el psicólogo en un Centro de la Seguridad Social.

Contestaron esta vez el 38%, es decir, también algunos sujetos pertenecientes al grupo inicialmente mencionado aportan sus opiniones.

Estas, que no se ciñen estrictamente a lo demandado por la cuestión pueden ordenarse en razón de su contenido en:

1. **Referencias en cuanto al modo de integrar su actividad en el marco hospitalario, con ausencia de referencias a actuaciones concretas.** De este modo se señala la necesidad de mantener "reuniones periódicas con clínicos para procurar enfoques en el manejo psicológico de enfermos difíciles (por su cronicidad, soledad, gravedad de la enfermedad, etc.)."

Se hace la indicación de que "en otros centros quizá sea más importante la función profiláctica, pero en éste es difícil orientar la psicología en este sentido".

Un grupo importante de ellas se refiere a su **coordinación funcional** con las siguientes indicaciones:

- Actividad en coordinación con el Servicio de Psiquiatría y Neurología.
- Colaboración con Psiquiatría, coordinándose funcionalmente.
- Colaboración con el servicio de Asistencia Social, Neurología y Medicina Interna.

Otra parte señala como sistemática de trabajo: "Informar al psiquiatra y al médico orgánico de factores psicológicos importantes en diagnóstico y tratamiento y "desarrollar las funciones con claridad, informando suficientemente al facultativo que las solicite".

2. **Referencias a actuaciones concretas sobre los pacientes.**

Se señalan como más importantes las siguientes: (Sic).

- Planificación familiar; en todos los casos. Orientación sexual en casos necesarios.
- Psicoterapia de grupo.
- Consulta y orientación de enfermos admitidos por otros Servicios.
- Apoyo familiar (enfermos terminales o crónicos).
- Aumento o inicio de la concienciación o educación del perfil psicológico de cualquier paciente, sea cual sea su enfermedad.
- Valoración de determinados enfermos en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Realización de técnicas específicas de diagnóstico y tratamiento de enfermos neurológicos y psiquiátricos.
- Realización de test de personalidad e inteligencia.
- Apoyo hacia enfermos ingresados que por cualquier circunstancia necesitan apoyo, diálogo, comprensión, etc.
- Orientación sobre técnicas para mejorar los cuadros neuróticos y psicóticos.
- Corrección de desviación de conducta.

3. **Referencias al tipo de enfermedades en que debe ejercer su actividad.** Vuelven a destacar los siguientes casos:

- Dificultades generales de aprendizaje, autismo, enuresis, encopresis, cuadros psicóticos.
- Casos de retraso o deterioro psicomotor.
- En enfermos crónicos.
- Psicosis. Neurosis.
- Enfermos nefrológicos, gastroenterológicos, quirúrgicos, amputados, etc., (problemas de adaptación).

4. **Referencia a situaciones en que se hace necesaria su intervención.**

- Adaptación hospitalaria. Restauración del equilibrio emocional ante problemas patológicos.
- En enfermos cuyas técnicas de diagnóstico y tratamiento sean lo suficientemente agresivos como para suponer daño psíquico.
- Enfermedades crónicas cuyo tratamiento implique dependencia del enfermo respecto del mundo hospitalario (renales, leucemias, trasplantes, tumores, hemofilia, etc.).
- Para seguimiento de múltiples enfermedades.

5. **Referencia a otro tipo de actividades no estrictamente asistenciales o especiales, a ejercer.**

- Estudios prospectivos de aceptación de servicios.
- Estudios prospectivos de tipo psicológicos en ciertas patologías.
- Participación en el desarrollo de conocimientos sobre enfermedades psicóticas.
- Integración del enfermo a su ambiente habitual.

(Continúa en pág. 22)

quiátrico y Asistente Social. Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social se elaborará un programa de creación y puesta en marcha en los Hospitales del INSALUD de estos servicios, creación que deberá comenzar en Enero de 1982 y finalizar en Abril del 83, a fin de poder periodificar la asignación de los medios humanos y recursos materiales necesarios para el funcionamiento de estos Servicios. Dichos Servicios desarrollarán también los siguientes cometidos: A) Asistenciales. Asistencia ambulatoria en consultas externas..., urgencias psiquiátricas, colaboración con otros servicios médico-quirúrgicos, hospitalización de enfermos..., secciones de psiquiatría infantil, hospitalización parcial, psicogeriatría... B) Funciones docentes, formación postgraduada del per-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agüera, B.; Costa, M.; González, R. y López, E. Entrenamiento en Habilidades de autocuidado. II Congreso Nacional de AETCO, Segovia, 1982.
- Albee, G.W. A Competency Model to Replace the Defect Model. *Community Psychology*. Gardner Press, 1980, 213-238.
- Alexander, F. y Flagg, G.W. The psychosomatic approach. En B.B. Wolman (Ed.): *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965.
- Allen, G.J. et al. *Community Psychology and the schools*. New York, John Wiley and Sons, 1976.
- Arkin, A. et al. *The mind in sleep*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1978.
- Bandura, A. *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura, A. *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Espasa Calpe, 1982.
- Bayés, R. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona. Fontanella, 1977.
- Bayés, R. *Psicología y Medicina*. Barcelona. Fontanella, 1979.
- Bayés, R. *Aportaciones del Conductismo a la Salud Mental Comunitaria*. Jornades de Treball. "Salut Mental i Comunitat a Catalunya". Universidad Autónoma de Barcelona. Febrero, 1982.
- Bayés, R. Biorretroalimentación y efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1983. Vol. 15, nº 1-2, 63-85.
- Bartolomé, P.; Carrobbles, J.A.I.; Costa, M. y del Ser, T.: *La práctica de la Terapia de Conducta*. Madrid. Pablo del Río, 1979.
- Bellack, A.S.; Hersen, M. and Himmelhoch, J. Social Skills Training Compared with Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Unipolar Depression. *Am. J. Psychiatry* 138: 12, 1981, 1562-1567.
- Blechman, E.A. Family Problem-Solving Training. Reprinted from. *The American Journal of Family Therapy*. Vol. 8, nº 3, 1980.

sonal facultativo a través de programas MIR para médicos y del correspondiente o equivalente programa (PIR) para psicólogos clínicos..., formación del personal facultativo, de enfermería y A.T.S. de otros servicios de las instituciones en los aspectos psicológicos del enfermar físico y su tratamiento adecuado. C) Investigación, las que correspondan a la especialidad médica y las que sean propias por el ámbito psicológico y sociológico de la naturaleza de los problemas a enfrentar." Palacio del Congreso de los Diputados. 10-VI-1981. el portavoz del grupo parlamentario socialista. Gregorio Peces-Barba Martínez.

1981: B.O.C.G. nº 2079-II, 1-XI-81

Acreditación para la docencia (Hospi-

tal Psiquiatría Dr. Lillacián) presentado por don Gregorio Peces-Barba Martínez.

"Todo programa de formación postgraduado está integrado por una parte genérica y otra específica..., cada Comisión Nacional de especialidad estará integrada por: A) Cuatro profesores pertenecientes a los Centros de Catedráticos numerarios, Profesores Agregados Adjuntos de Universidad. B) Tres representantes del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. C) Tres representantes del Consejo General del órgano colegial correspondiente. D) Dos representantes de la Sociedad Científica Nacional de la especialidad...

...El Decreto establece las competencias propias de las comisiones entre las que destacan: A) Determinar los requisitos mínimos que, a efectos de acre-

ditación de la docencia de las especialidades han de reunir los Centros y Servicios. B) La formación de los contenidos tanto teóricos como prácticos del programa de formación. C) Proponer el tiempo de duración del programa de formación..."

1981: B.O.E. nº 269, 10-XI-81, Referencia 25973

Orden del 31 de Octubre de 1981, por la que se modifica el procedimiento de provisión de vacantes del personal titulado superior no sanitario de las instituciones cerradas de la Seguridad Social, con el fin de unificar los sistemas de selección del personal titulado superior sanitario y no sanitario que presta sus servicios en estas instituciones.

- Bykov, K.M. y Kurtsin, I.T. *Patología Corticovisceral*. Madrid, Atlante, 1968
- Costa, M. y López, E. La Psicología Comunitaria. Un nuevo paradigma. *Papeles del Colegio*, nº 2. Madrid, 1982.
- Costa, M. *El asma bronquial. Consideraciones clínicas, etiológicas y terapéuticas*. Estudios de psicología nº 12. Madrid, 1983.
- Costa, M. *La Psicología en la Comunidad*. Fundación de Investigaciones Marxistas y Colegio de Psicólogos (en prensa).
- Costa, M. y Serrat, C. *Terapia de parejas*. Alianza Editorial, 1982.
- Costa, M. y López, E. La problemática de pareja en un marco de salud pública (en preparación).
- Colotla, V.A. y otros. Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica. México. Trillas, 1980.
- Dunbar, F. *Psychosomatic diagnosis*. New York. Paul B. Hoeber, 1943.
- Durlak, J.A. Comparative effectiveness of paraprofessional and professional Helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 1979, 80-92.
- Fernández Ballesteros, R. *La evaluación de programas sociales*. El País. Madrid, 30/3/1983.
- Flay, B.R.; Di Tecco, M.A. and Schlegel, R.P. Mass Media in Health Promotion: An Analysis Using an Extended Information-Processing Model. *Health Education Quarterly* 7, (2), 1980.
- Fordyce, W.E. and Steger, J.C.: Chronic Pain. En O. Pomerlean and J. Brady (Eds.). *Behavioral Medicine*. Williams and Williams, 1979.
- Gentry, W. and Williams (eds.): *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care*. London. Mosby Company, 1979.
- Gibbs, M.S. et al. (Eds.). *Community Psychology* New York, Gardner Press, 1980.
- Izard, C. *Human emotions*. New York. Plenum, 1977.
- INSALUD. Propuestas de criterios para 1983.
- Kent, M.W. and Rolf, J.E. (eds.). *Primary Prevention of Psychopathology*, Vol. 3. New Hampshire. University Press of New England, 1979.
- Krasner, L. (ed.): *Environmental Design and Human Behavior*. New York, Pergamon Press, 1980.
- Linden, J.I. *Training Manual for the Peer Counseling Training Program*. Long Beach. Police Department. August, 1982.
- Lindsley, O.R. Geriatric behavior prosthetics. In R. Kastenbaum (Ed.), *New Thoughts on old age*. New York, 1964.
- Lipowski, Z.J. et al. *Psychosomatic Medicine*. New York. Oxford University Press, 1977.
- Lowenthal, A. "Networks" de comportamiento y su relación con el fenómeno social. II Congreso Nacional de AETCO, Segovia, 1982.
- Luria, A.R. El cerebro en acción. Barcelona. Fontanella, 1979.
- Moreland, J.R.; Schwebel, A.I.; Beck, S. y Wells, R. Parents as Therapist. A Review of the Behavior Therapy Parent Training Literature, 1975 to 1981. *Behavior Modification*. Vol. 6, nº 2, 1982, 250-276.
- Muñoz, R.F. et al. *Social and Psychological Research in Community Settings*. San Francisco. Jossey Bass Publishers, 1979.
- Navarro, V. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona. Grijalbo, 1979.
- Nietzel, M.T. et al. *Behavioral approaches to community psychology*. New York. Pergamon Press, 1977.
- Osborne, D.J. et al. *Research in Psychology and Medicine*. Vol. I y II. London. Academic Press, 1979.
- O.M.S. *Atención primaria de salud*. Alma Ata. 1978. Serie "Salud para todos" nº 1, 1978.
- O.M.S. *Evaluación de programas de salud*. Serie "Salud para todos" nº 6. 1981, a.
- O.M.S. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Serie "Salud para todos" nº 4. 1981. b.
- Patterson, R.L. and Jackson, G.M. *Behavioral Approaches to Gerontology*. En Future Perspectives in Behavior Therapy. Plenum Press, New York 1981, 293-313.
- Pfeiffer, E. Psychopathology and social pathology (cit. en Patterson y Jackson, 1981).
- Peck, D. y Cáceres, J. *Avances en la terapia de conducta*. Bilbao. Universidad de Deusto, 1981.
- Pomerlean, O.F. and Brady, J.P. (eds.) *Behavioral Medicine Theory and Practice*. Baltimore. Williams and Wilkins, 1979.
- Prokop, Ch.K. and Bradley, L.A. (eds.). *Medical Psychology. Contributions to behavioral Medicine*. New York, Academic Press, 1981.
- Reig, A. Medicina comportamental. Desarrollo lineal de intervención. *Anal. y Mod. de Conducta*. Vol. 7, nº 14 1981, 99-160.
- Rappaport, J. *Community Psychology* New York. Holt, Rinehart and Winston 1977.
- San Martín, H. *La crisis mundial de la salud*. Madrid, Karpos, 1982.
- Shapiro, D. y Surwit, R.S. Control aprendido de la función y de la enfermedad fisiológicas. En H. Leitenberg. *Modificación y terapia de conducta*. Tomo I. Madrid. Morata, 1982.
- Schwartz, G. Biofeedback and physiological patterning in human emotions and consciousness. In J. Beatty and H. Legewie (eds.). *Biofeedback and behavior*. New York. Plenum, 1977.
- Schwartz, G. and Weiss, S. What is Behavioral Medicine? *Psychosomatic Medicine*, 1977, 39, 377-381.
- Singer, J.L. The scientific basis of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol. 17, Winter, 1980.
- Stoll, B.A. (ed.). *Mind and Cancer prognosis*. New York. John Wiley and Sons, 1979.
- Wing, R.R. Behavioral treatment of Addictive Disorders. In L. Michelson et al. (eds.). *Future perspectives in behavior therapy*. New York. Plenum, 1981.

- Educación sanitaria a su nivel, de los pacientes ingresados.
- Formación del resto del personal para poder atender algunas funciones de carácter psicológico.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En primer lugar nos encontramos con que un 61% de los encuestados declara tener conocimiento de la posibilidad de utilización de Servicios de índole psicológica.

Hasta aquí el dato posee una referencia enteramente particular y limitada de que, dado que dichos servicios no han poseído (tampoco en la actualidad) un carácter abierto, con admisión directa de enfermos provenientes de la asistencia hospitalaria global, sino más bien la modalidad de una actividad especializada, que forma parte de los Servicios psiquiátricos—que son los que disponen del carácter de Sección en el contexto hospitalario— y se integra en ellos de una manera no claramente diferenciable por los especialistas, este condicionante está mostrando de algún modo su incidencia en el grado de conocimiento a un primer nivel.

Nuestra opinión es que dicha adscripción poco diferenciada (en la que se actúa generalmente en los Servicios de Psiquiatría haciendo que para muchos "todo lo que se hace en Psiquiatría es Psiquiatría") repercute en el reconocimiento de nuestra actividad como profesionales y ello con independencia de la necesaria integración en equipos interdisciplinarios.

De otra parte, también es cierto que dicho 61% está constituido fundamentalmente por aquellos que, a través de sus requerimientos y sus peticiones de servicios identifican la psicología con actividades muy determinadas, según puede desprenderse de la cuestión (C.I. Informes, Estudios de personalidad, test de desarrollo, etc...) sin apoyarse en una previa definición o identificación de la problemática, sino en criterios de resolución práctica y esto dentro del carácter más tradicional.

Respecto a la cuestión en la que se pide una explicación de las razones de no utilización, y en la que una amplia mayoría de los que no recurren a servicios psicológicos alegan como motivo la falta de información concreta de las funciones a su cargo parece adecuado señalar lo siguiente.

El número de los que dicen no utilizar los Servicios, (de los que la mayoría (88%) alegan como motivo la falta de información sobre las funciones específicas), superan a los que desconocen de hecho la posibilidad de utilizarlos. Este exceso, interpretado a la luz de las contestaciones más explícitas que aporta la parte abierta de la cuestión bien pudiera indicar que la alegación de desconocimiento podría ser encubridora, más bien del "no tener ideas claras" o la inercia para procurar tenerlas.

Si relacionamos estos resultados con el que se desprende de las cuestiones (conocimientos que dicen poseer del tipo de funciones que corresponden al psicólogo clínico) y (utilización) podríamos concluir que nos encontramos frente a un colectivo médico cuyo discreto índice de utilización (un 50% afirman utilizarlo en algún modo) viene a ser justificado sólo en el caso de cierto número de sujetos (59% de la muestra total) mediante la referencia a alguna de las alternativas propuestas (falta de conocimiento, experiencia negativa, etc.).

De entre ellos no todos, sólo 27 (47% de la muestra) se adscribe a las 3 primeras alternativas, permaneciendo todavía aproximadamente un 12% más, que no alega estas razones sino "otras".

De este modo puede concluirse que en un 40% los profesionales no tuvieron razones concretas de no utilización, y, por ello no contestan a esta pregunta.

Pero si observamos más detenidamente este aspecto nos encontramos, en primer lugar con un número superior (en un 10% aproximadamente) de los que alegan causas de no utilización, respecto del número que efectivamente dijeron, previamente, que no los utilizaban.

Si partimos de que un 61% de los informantes declaraba conocer la posibilidad de contar con servicios, frente a un 70% que valora como insuficiente su grado de conocimientos en relación a las funciones del psicólogo clínico, y la relacionamos con el grado de utilización vemos que dicha falta de utilización es superior y se produce más allá del hecho de poseer o no el mero conocimiento de la existencia de dotaciones o servicios.

Al justificar la no utilización, la "exculpación" en base al desconocimiento específico, supera incluso al nº de no utilizadores.

Parecía razonable concluir, por tanto que tal posibilidad de utilización no posee demasiado carácter motivador, ni siquiera válido para obtener mayor información específica que la verdadera razón radica aquí.

Que de este resultado pueda desprenderse una actitud negativa, sería algo más cuestionable, dada la presencia de observaciones valiosas, pero, sin duda sí pudo constatar una actitud de indiferencia o falta de interés, a la que sin duda contribuirá la ya citada indiferenciación de tareas psiquiátricas-psicológicas.

Dicha indiferenciación se manifiesta de manera especial en las respuestas a cuestiones como la nº 13, 14 y 18 en las que junto a funciones más específicas y de carácter muy aplicado como las ya señaladas por los "usuarios" habituales existe una mezcla en la atribución al referirse también a las depresiones, cuadros de agitación, cuadros delirantes, etc., entre los casos en que es más necesaria la intervención de servicios psicológicos.

Dentro de las afirmaciones recogidas destaca la expuesta por el Servicio de

(Continúa en pág. 24)

1982: B.O.E. nº 39, 15-II-82, Referencia 3804

Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3500/1981 del 27-XI 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. "La colaboración entre la Universidad y las Instituciones hospitalarias de la Seguridad Social..., para estudiantes de Medicina ha resultado de indudable beneficio mutuo..., al aumentar los resultados docentes y asistencial tanto en número como en calidad. Para que esta positiva colaboración persista y se incremente su eficacia, se estima necesario por parte de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, establecer una normativa general que permita la ulterior realización de acuerdos de colaboración entre sus Instituciones respectivas.

Además, la realidad asistencial evoluciona rápidamente hacia formas integradas de funcionamiento entre las unidades hospitalarias y los demás escalones de la pirámide de salud, lo cual exige una adecuación de la docencia para formar debidamente a los profesionales en cada nivel y un equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada, con fines de obtención de rendimientos sanitarios en plazos razonables.

Finalmente, la movilidad que a los saberes concretos de los profesionales imprime actualmente la realidad tecnológica, exige incidir especialmente en la actualización y reciclaje de los mismos.

Es evidente, pues, que esa normativa general ha de tener un carácter mucho más amplio que los Convenios hasta ahora suscritos, transformándose en un acuerdo de cooperación que haga de los hospitales universitarios y demás instalaciones afectadas por el mismo, lugares de encuentro de ambos Ministerios en los cuales, sin hacer dejación de funciones que son de exclusiva competencia de cada uno de ellos se enriquezcan mutuamente.

Por todo ello, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintisiete de noviembre de mil novecientos ochenta y uno, dispongo:

Artículo primero.—Son Instituciones Sanitarias de rango universitario los Hospitales Clínicos Universitarios y aquellos otros Centros asistenciales en los que se imparta docencia del pre y del postgraduado y que se conviertan entre los Entes y Organismos dependientes, tutelados o concertados de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

En las Instituciones Sanitarias de rango universitario todo el personal facultativo tendrá funciones docentes para el

pre y postgraduado por las cuales recibirá el correspondiente reconocimiento.

Artículo segundo.—Por el presente Real Decreto se aprueban las bases estipuladas por los Ministerios de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y de Educación y Ciencia, del Acuerdo marco de colaboración en las Instituciones Sanitarias de rango universitario, por las cuales habrán de regirse los acuerdos particulares entre los Entes y Organismos tutelados, concertados o dependientes de ellos, y que figuran como anexo a este Real Decreto.

Artículo tercero.—Los objetivos generales del Acuerdo son los siguientes:

Uno. Docentes:

a) Promover la máxima utilización de los recursos hospitalarios y extrahospitalarios para la docencia de las diversas profesiones sanitarias a nivel pregraduado y postgraduado, favoreciendo la modernización de dichas enseñanzas.

b) Definir los objetivos docentes y adecuar el número de los diferentes profesionales sanitarios conforme a las necesidades del Estado.

c) Mantener la cualificación de los profesionales de la salud en su nivel más alto cuidando su actualización y reciclaje.

d) Regular el otorgamiento y reconocimiento de actividad docente a los Centros a nivel colectivo y profesional.

e) Establecer un catálogo actualizado de Centros docentes médicos y sanitarios, con especificación de las áreas y niveles de enseñanza que puedan impartir.

Dos. Asistenciales

a) Cooperar en el ámbito de sus respectivas competencias para definir y estructurar la asistencia sanitaria en los niveles primario, secundario y terciario, para que cada uno de ellos sea aprovechado para la enseñanza de la Medicina y profesiones sanitarias.

b) Integrar funcionalmente los Hospitales Clínicos Universitarios en el sistema asistencial que ordena el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

c) Hacer coincidir la mayor calidad asistencial con la consideración del Hospital Universitario dentro del oportuno sistema de sectorización y regionalización.

d) Procurar la homologación de los derechos laborales, económicos y profesionales de los diversos estamentos sanitarios en las Instituciones sanitarias de rango universitario, aplicando las normas que regulan el régimen jurídico de cada clase de persona.

Tres. De investigación

a) Potenciar y coordinar la investigación de las ciencias de la salud.

Artículo cuarto.—En el marco de estos objetivos los Ministerios de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, acuerdan establecer una estrecha colaboración entre sus respectivos Entes y Organismos tutelados, concertados o dependientes de ellos, que contribuya al mejor cumplimiento de los mismos.

El PCE propone mejoras en la prestación psiquiátrica de la Seguridad Social

DE la proposición no de ley presentada al Congreso de los Diputados por el grupo comunista reproducimos los siguientes párrafos:

Con el objetivo de mejorar la prestación psiquiátrica de la Seguridad Social, desarrollando así un derecho básico de sus afiliados y beneficiarios, presentamos la siguiente PROPOSICIÓN NO DE LEY:

"1. La Seguridad Social asumirá plenamente las necesidades de atención psiquiátrica, incluida la atención del alcoholismo y otras adicciones a drogas, de sus afiliados y beneficiarios tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

2. A nivel primario se adoptarán las siguientes medidas:

a) Separación de las especialidades de neurología y psiquiatría, actualizando consecuentemente su plantilla.

b) Incorporación de psicólogos, ATS y auxiliares psiquiátricos y de asistentes sociales que permitan, junto con los psiquiatras la configuración de un equipo de salud mental.

c) Incorporación del equipo de salud mental en los centros de salud o de unidades de Medicina familiar y comunitaria, que se pongan en funcionamiento bien de nueva creación o bien consecuencia de la reconversión de consultorios o ambulatorios.

d) Enfatización en la atención primaria en el desarrollo de programas de educación para la salud.

3. A nivel hospitalario la prestación de la Seguridad Social se realizará mediante alguna de las siguientes fórmulas posibles:

a) A través de los servicios propios o actualmente concertados con el sector público.

b) Se ampliarán los conciertos con Diputaciones provinciales y otras entidades públicas que tengan servicios en hospitales generales o bien en hospitales psiquiátricos previa acreditación de realizar una asistencia y docencia adecuadas.

c) Se crearán servicios de psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social donde mediante las dos fórmulas anteriores no sea suficiente atender las demandas de los beneficiarios de la Seguridad Social.

4. A fin de disponer de recursos humanos adecuados se adoptarán las siguientes medidas:

a) Ampliación del programa MIR para psiquiatras.

b) Introducción de un programa PIR para psicólogos semejante al anterior.

c) Desarrollo de la especialización de Diplomado en Enfermería en Psiquiatría y reciclaje de los ATS que ejercen en medio psiquiátrico.

d) Reconocimiento de la especialidad de auxiliar psiquiátrico, dando el título correspondiente y convalidado y reciclando a los que actualmente ejercen en un medio psiquiátrico.

e) Desarrollo de programas de actualización de conocimiento en salud mental y psicología y psiquiatría a los profesionales que trabajan en atención primaria, o sea a los médicos generales, pediatras, ginecólogos y A.T.S. tanto a los que ejercen en el medio rural como en el urbano.

5. Se fomentará la investigación a nivel de diagnóstico de salud de la población, epidemiología psiquiátrica y cualquier otro aspecto relacionado con la psicología y la psiquiatría.

6. Por el INSALUD a nivel autonómico y provincial, conjuntamente con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas, de las provincias y de los municipios, se procederá a la planificación, sectorización y coordinación de la atención psiquiátrica y psicológica.

7. Por la Administración en el plazo de dos meses, tras la aprobación de esta Proposición no de Ley, se adoptarán las medidas normativas pertinentes para su cumplimiento."

A tal fin, las Universidades establecerán acuerdos concretos de cooperación con el Instituto Nacional de la Salud, sujetándose a las bases del Acuerdo marco y siguiendo sus directrices.

Artículo sexto.—Se establecerá una Comisión Interministerial para las Instituciones sanitarias de rango universitario, órgano superior de consulta y propuesta para los respectivos Ministerios en todo lo que concierne al desarrollo de este Acuerdo marco, así como en lo que se refiera a la generación de los Acuerdos particulares que en su seno se

suscriban y al cumplimiento y puesta en práctica de los mismos.

Para cada acuerdo particular se creará una Comisión Mixta con el carácter de Comisión Local delegada de la Comisión Interministerial para las Instituciones sanitarias de rango universitario.

Será competencia de dichas Comisiones:

— Redactar, informar, estudiar y proponer los Acuerdos particulares que se inscriban dentro de este Acuerdo marco.

— Proponer los objetivos a corto, medio

Rehabilitación que de modo extremado señala que "al ser especialmente importante la colaboración del paciente en el tratamiento, así como descartar la "posible neurosis de renta", sería adecuado tener un informe psicológico de la mayor parte de los enfermos tratados en el Servicio".

Creemos encontrar en ellas una visión excesivamente estrecha de la actividad psicológica en la que (sin olvidar que en la cuestión nº 13 no contestan el 73%), se discrimina poco, tanto respecto al tipo de enfermos a tratar como de las circunstancias específicas en que la intervención puede ser valiosa y, también, respecto a la modalidad de las intervenciones requeridas.

Puede decirse que el aspecto más destacado de todas las referencias reside en una modalidad de enfermo bien con afectación física grave ("handicap"), del que podría ser prototipo el enfermo habitual en rehabilitación, (paciente con problemas ortopédicos, deformidades, amputaciones, parálisis y otros problemas de incapacidad), o bien con afectación psíquica permanente (síndromes cerebrales post-traumáticos, retrasos o déficits intelectuales graves).

Aparece ausente de las consideraciones generales un planteamiento relacionado con actividades preventivas o de mejora de la salud mental y, en definitiva, parece ofrecerse un enfermo de carácter crónico en tanto en cuanto afecto de problemática emocional consecuente, expresándolo dos Servicios del modo siguiente:

"En aquellos que requieren un control prolongado" (Radioterapia).

"Enfermos que aceptan mal las características de cronicidad e invalidez de muchas enfermedades reumáticas e inflamatorias" (Reumatología).

"En enfermedades crónicas cuyo tratamiento implique dependencia del enfermo respecto del mundo hospitalario" (renales, leucemias, trasplantes, tumores, hemofilia, etc.).

Fuera de ello, el único papel atribuido es el de técnico-clasificador: "Participación en el diagnóstico". "Realización de test de personalidad e inteligencia", "Distinción entre histeria y simulación, etc.". Con la excepción notable del Departamento de Medicina de Familia, cuyas aportaciones respecto al modo de integrar esta actividad en el marco hospitalario, juntamente con las referencias a otro tipo de actividades no estrictamente asistenciales a ejercer, nos parecen especialmente dignas de destacar, el enfoque de la generalidad de los Servicios en relación a las necesidades de atención psicológica de los pacientes puede calificarse de conservador.

En efecto, la labor psicológica, en el momento de realización de la encuesta, es menos conocida y admitida que la ajercida por el departamento de Psiquiatría como tal, y creemos que por las características básicas de las funciones atribuidas y en razón de la modalidad de pacientes citados las tareas psicológicas, tal como son vistas por los profesionales médicos, se acercan a criterios de "cuidados sociales" en buena medida. Poseen un carácter más especializado pero éste, creemos, aún afecto de cierto carácter de complementariedad, no demasiado claramente establecido, y a ejercer y según se desprende de la cuestión nº 15, preferentemente en servicios como Neurología, Nefrología y Radioterapia; fuera de ello, se adjudica ampliamente el papel de especialistas en diagnóstico.

REFERENCIAS

- ARDILLA, R. "La profesión del psicólogo" México. Trillas, 1978.
- ARRANZ, P. "Un psicólogo en un Servicio de Hemofilia". Papeles del Colegio 1982 nº 4-5; 17-19.
- BAYES, R. "Psicología y Medicina: Interacción, cooperación, conflicto". Barcelona. Fontanella. 1979.
- CAMARERO, C. "El psicólogo no es un curandero. Réplicas al Dr. Darío Acuña" y ACUÑA LAGOS, D. "El intrusismo en la Medicina". Papeles del Colegio, 1982. nº 2, 49-50.
- DE LEON, P.H. y PALLAK, M.S. "Public Health and Psychology: An Important, Expanding Interaction". American Psychologist. 1982. 37 (8), 934-935.
- DOMINGUEZ REY, J.L. "Labor profesional del psicólogo ante la asistencia psiquiátrica: una revisión". Rev. de Psi. General y Apl. Vol. 35 (1) págs. 169-175; 1980.
- DORKEN, H. "The professional psychologist today". San Francisco. Joseey-Bass, 1976.
- GOTTFREDSON, G.D. a DYER, S.E. "Health service providers in psychology". American Psychologist, 1978, 33, 314-338.
- LUCAS FERNANDEZ, R. "Servicio psicológico en la U.R.S.S. Sus cometidos, contenido y organización". Papeles del Colegio, 1982, nº 3, 47-52 (Especialmente los resúmenes correspondientes a las intervenciones de N.M. KABANOV y E.D. KHOMSKAYA).
- PEÑA MARTIN, C y GARCIA QUINTANAL, R. "La función del psicólogo en la unidad psiquiátrica de Hospital General". Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1982. nº 0, 87-113.
- PEREZ GARCIA, P. "La comisión de psicólogos en Hospitales". Papeles del Colegio 1982, nº 4-5; 65-66.
- RACHMAN, S.J y PHILIPS, C. "Psychology and Medicine". Harmondsworth Middlesex. Penguin Books. 1978.

y largo plazo de las Instituciones afectadas, oídos los órganos fijados en la normativa general anteriormente citada.

- Encargarse del seguimiento y control de la gestión de las Instituciones afectas, sin perjuicio de las funciones encomendadas a otros órganos.
- Informar, estudiar y proponer la creación de nuevas Instituciones sanitarias de rango universitario, así como la modificación de las mismas.

La Composición de estas Comisiones será:

La Comisión Interministerial para las Instituciones de rango universitario estará compuesta por cinco miembros del Ministerio de Educación y Ciencia y cinco miembros del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

Por parte del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, el Secretario de Estado para la Sanidad, el Director general de Planificación Sanitaria, el Director general del Instituto Nacional de la Salud, el Director general de Régimen Económico de la Seguridad Social y el Secretario general Técnico del Departamento.

Por parte del Ministerio de Educación y Ciencia, el Secretario de Estado de Universidades e Investigación, el Direc-

Desde que el nuevo equipo ministerial se ha hecho cargo del gobierno, los temas de la Seguridad Social, la Reforma Sanitaria y la Salud en general han pasado al primer plano de la actualidad.

Como psicólogo profundamente interesado por los problemas de Salud y a la vista de la ausencia de un punto de vista psicológico en gran parte de los debates en curso, me atrevo a expresar, a continuación algunas consideraciones que no pretenden ser completas, definitivas ni ostentar más representatividad que la personal. Mis puntos de vista, equivocados o no, son los siguientes:

- 1º) En el momento presente, en España, uno de los problemas prioritarios cuya solución condiciona todos los demás es el económico; por ello, me congratulo de que el titular del Ministerio de Sanidad y Consumo sea un economista. Los gastos de la Seguridad Social han experimentado un crecimiento desbordante en sus tres capítulos fundamentales: pensiones, subsidios de desempleo y asistencia sanitaria, pasando de 300.000 millones de pesetas en 1972, a casi 3 billones de pesetas en

tor general de Ordenación Universitaria y Profesorado, el Director general de Política Científica y dos Rectores de Universidad designados por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación a propuesta del Consejo de Rectores.

Como órgano permanente de apoyo técnico administrativo se crean dos Secretarías adscritas al Ministerio de Educación y Ciencia y al Instituto Nacional de la Salud para aquellos temas de docencia o investigación y para los de asistencia, respectivamente, cuyas funciones serán ejercidas por los servicios correspondientes de aquéllos.

La Comisión Interministerial para las Instituciones sanitarias de rango universitario fijará, en cada caso, la composición de las Comisiones Mixtas delegadas locales. Pero tendrá en cuenta que deben quedar representados los Entes y Organismos tutelados, concertados o dependientes de los Ministerios que suscriban un acuerdo particular, así como la Institución asistencial sujeto de dicho acuerdo.

Artículo séptimo.—La iniciativa para la elaboración de un acuerdo de cooperación o para la renovación de los ya existentes, puede partir de cualquiera de las partes interesadas que, a través de

sus Organismos competentes y de los cauces legales, institucionales, se pondrán en contacto con las Comisiones Mixtas, si las hubiere, o con las autoridades de la Institución con la que se pretende concertar, que harán llegar a la Comisión Interministerial para las Instituciones Sanitarias de rango universitario el anteproyecto del acuerdo o, en su caso, el informe de las dificultades surgidas en su negociación.

La Comisión Interministerial para las Instituciones sanitarias de rango universitario emitirá informe que permita la formalización definitiva del Acuerdo por las partes interesadas, pudiendo recomendar la devolución del expediente para la corrección de los defectos o inconvenientes que se observen. Asimismo, intervendrá en aquellos casos en que surjan dificultades en la negociación o en los acuerdos.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, la tramitación de los acuerdos de cooperación deberá realizarse, para su plena eficacia, con informes del Ministerio de Hacienda en aquellos Convenios que incluyan cláusulas de contenido económico y especialmente las relativas a plantillas y retribuciones.

Artículo octavo.—Podrán acogerse a

las distintas modalidades de colaboración previstas en el presente Real Decreto y sus bases de desarrollo las Instituciones que deseen incorporarse a la definición especificada en el artículo primero del presente Real Decreto, con independencia de la titularidad pública o privada de las mismas.

Disposición adicional.—Los Convenios de colaboración tendrán una vigencia de cinco años, al término de los cuales se prorrogarán automáticamente por un plazo igual, salvo que se haya celebrado otro que entre en vigor a continuación o se acuerde expresamente por las partes poner fin a la relación de colaboración, sin que en ningún caso puedan resolverse unilateralmente durante los sucesivos períodos de su vigencia.

Dado en Madrid a veintisiete de noviembre de mil novecientos ochenta y uno.

Bases del Acuerdo Marco de colaboración en las Instituciones de rango universitario.—Para una mayor claridad se agrupan estas bases en capítulos formados, en su caso, por secciones, coincidentes con las formas de colaboración señaladas en el artículo quinto de este Real Decreto. Lo que en ellas se dice en relación con los Hospitales Clínicos

Psicología, Economía y Reforma Sanitaria

RAMON BAYES

los presupuestos de 1982. El fenómeno, además, tiende a agravarse debido, por una parte, al envejecimiento de la población y, por otra, a la crisis económica, la cual se traduce en menor desarrollo, más desempleo y más inflación.

2º) Por esta razón, aunque el objetivo fundamental tiene que ser la mejora del nivel de salud de la población, en las circunstancias presentes dicha mejora no debería obtenerse a través de un aumento del gasto público sino mediante la racionalización del sistema sanitario, considerado por los informes más serios —véase, por ejemplo, el reciente número monográfico de la revista *Papeles de Economía Española* dedicado a la Seguridad Social— como mal organizado, mal gestionado y depilador de sus recursos.

En base a estas premisas, considero que los conocimientos o/e intervención de los psicólogos —que vienen interesándose por el estudio científico de los principios y leyes del comportamiento humano desde hace más de un siglo— puede ser especialmente útil en algunos aspectos que, aparte de sus connotacio-

nes humanas, poseen una repercusión económica, directa o indirecta, inmediata o a largo plazo, en el presupuesto sanitario:

- Conseguir cambios en los hábitos y estilos de vida que afectan negativamente a la salud, como pueden ser, por ejemplo, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, la falta de ejercicio físico o los hábitos alimenticios nocivos. No es suficiente con informar o recomendar a los afectados sobre lo que pueden o deben hacer; es preciso analizar de qué factores depende que se sigan, o no, las indicaciones o consejos que se les proporcionan. Y éste ya no es un problema médico sino, en gran parte, psicológico.
- Conseguir el cumplimiento de las prescripciones médicas. Aún cuando poseyéramos una Seguridad Social bien organizada, con equipos sanitarios competentes que otorgaran a cada enfermo una atención ilimitada; aún cuando se hubiera llegado a un grado de conocimiento óptimo de todas las enfermedades y trastornos, y se dispusiera de los medios idóneos de diagnóstico y tratamiento, persis-

tiría un enorme despilfarro de recursos si no resolvíamos el problema de cómo conseguir que los usuarios siguiesen las prescripciones de los terapeutas. En efecto, en la actualidad, se calcula, por ejemplo, que el 40 por 100 de los enfermos ambulatorios no sigue las prescripciones médicas. En otras palabras, aún cuando el sistema fuera perfecto —de acuerdo con el modelo asistencial vigente— el 40 por 100 de todos los gastos médicos ambulatorios sería posiblemente inútil desde un punto de vista profesional. En mi opinión, este problema tampoco es estrictamente médico sino, en gran medida, psicológico.

- Conseguir erradicar los actuales rituales sanitarios en los que todo acto médico se espera que termine, inevitablemente, con la prescripción de un fármaco, y en los que la respuesta de los ciudadanos ante cualquier pequeña molestia o dolor suele ser la autoadministración de un medicamento.
- Introducir nuevas pautas culturales

Ramón Bayés es profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.



Universitarios es aplicable al conjunto de los demás Centros asistenciales hospitalarios y no hospitalarios relacionados con ambos de rango universitario, de acuerdo a las pautas que establezca la Comisión Interministerial.

1982: B.O. Cortes, nº 50-II, 20-IV-82

"Real Decreto Ley sobre prácticas y enseñanzas especializadas (tramitado como Proyecto de Ley).

Dictamen: La duración de los contratos celebrados entre los profesionales sanitarios que realicen cursos, prácticos o reciban enseñanzas sanitarias para la obtención del título de Especialista y los centros o Instituciones hospitalarios o extrahospitalarios... será lo que reglamentariamente se determine para cada especialidad no pudiendo en ningún caso exceder de cinco años." Palacio de Congresos de los Diputados. 30-III-82. Presidente de la Comisión Enrique Sánchez de León.

1982: B.O. Cortes, nº 709-II, 22-IV-82

Aprobación por la Comisión de Política Social y Empleo en su sesión del 31-III-82 de la proposición no de Ley relativa a la creación de servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de Seguridad Social de acuerdo a las funciones antes planteadas de tipo asistencial, investigación y docente ("Equipo psiquiátrico que debe agrupar a psiquiatra, psicólogo, A.T.S. psiquiátrico y asistente social". "Formación postgraduada de personal y faculta-

tivos a través del programa MIR para médicos y PIR para psicólogos clínicos en régimen de residencia"). Palacio del Congreso de los Diputados, 2-IV-82. El presidente del Congreso, Landelino Lavilla Alsina.

1982: B.O.E., nº 131, 2-VI-82, Referencia 12997

Resolución de 13-V-82 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 postgraduado por el sistema de residencia.

1982: B.O.E., nº 154, 29-VI-82, Referencia 16315

Ley 24/1982 de 16-VI sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas. "La duración de los contratos celebrados entre los profesionales sanitarios que realicen cursos, prácticos o reciban enseñanzas sanitarias para la obtención del título de Especialista y los Centros o Instituciones hospitalarias y extrahospitalarias... será la que reglamentariamente se determine para cada especialidad. La duración de estos contratos no podrá exceder nunca de cinco años."

"Se faculta a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, para dictar las disposiciones que sean necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Ley que entrará en vigor el mismo día en su publicación en el B.O.E."

Palacio de la Zarzuela. Madrid, dieciséis de abril de 1981. Juan Carlos R.

en las que el denominado "efecto placebo", verdadero responsable de muchas mejoras y curaciones, pueda obtenerse por medios no medicamentosos e incluso, siempre que sea posible, sin necesidad de una intervención médica.

- f) Introducir en la población —posiblemente, a través de la E.G.B. y los medios de comunicación— estrategias psicológicas que ayuden al individuo a enfrentarse con éxito a las situaciones de stress.
- g) Introducir en España el nuevo campo interdisciplinar de la llamada Medicina Conductual, punto de encuentro entre la moderna Psicología científica, la Biomedicina y otras disciplinas sanitarias —Epidemiología, Sociología de la Medicina, Enfermería, etc.— y cuyo ámbito de aplicación abarca

trastornos y enfermedades tan diversos como: el insomnio, el asma, la obesidad, la hipertensión, las cefaleas, el cáncer, etc., así como las disfunciones sexuales o el tratamiento conductual del dolor crónico. Es interesante señalar que, en los Estados Unidos, instituciones de tanto prestigio como el *National Cancer Institute* y el *National Heart, Lung and Blood Institute* poseen departamentos de Medicina Conductual a cuyo frente se encuentran psicólogos cualificados.

Estos no son, evidentemente, todos los problemas en los que el psicólogo podría llevar a cabo una aportación, probablemente modesta pero original, que, en muchas ocasiones en el seno de equipos multidisciplinarios, ayudara a la racionalización de los problemas de Salud. De acuerdo con un informe dado a conocer recientemente por una revista norteamericana, 7 de las 10 principales causas de muerte se encuentran determinadas, en gran parte, por factores de comportamiento.

No quisiera que se interpretara este escrito en el sentido triunfalista de que el psicólogo dispone ya de la formación y conocimientos necesarios para proporcionar respuestas rápidas, eficaces e inequívocas a los problemas planteados. Se trata tan sólo de un mero inventario



Programas de formación para postgraduados

PEDRO PEREZ GARCIA

EN los Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos artículo 16, se dice: "El psicólogo deberá mantener una formación científica y técnica continuada para obtener una mejor capacitación profesional". Y como hemos visto anteriormente "La colaboración entre la Universidad y las Instituciones Hospitalarias para la formación de profesionales especialistas permite un aumento de los recursos docentes y asistenciales tanto en número como en calidad, siendo muy positivos los resultados. Además la realidad asistencial evoluciona rápidamente hacia formas integradas de funcionamiento entre las unidades hospitalarias y los demás escalones de la pirámide de salud. Lo que exige una adecuación de la docencia para formar debidamente a los profesionales en cada nivel y un equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada... se hace necesario un acuerdo de cooperación que haga de los Hospitales universitarios lugares de encuentro de ambos Ministerios (Educación y Ciencia y Sanidad y Seguridad Social) en los cuales sin hacer dejación de funciones que son de exclusiva competencia de cada uno de ellos,

de posibilidades y prometedores caminos a seguir —cuya andadura ya ha comenzado en otras latitudes— que, en mi opinión, debería traducirse, lo antes posible, en las siguientes consecuencias: a) En los futuros programas de investigación en el campo de la Salud debería conferirse prioridad a su estudio y resolución; b) Los planes de estudio de la carrera de Psicología deberían acoger estas realidades; c) Siempre que deban tomarse decisiones en los problemas sanitarios —interdisciplinarios por excelencia— en los que se encuentre implicado el comportamiento humano, tendrían que tenerse en cuenta las opiniones de psicólogos expertos.



se enriquezcan mutuamente..." (Real Decreto 3500/1981 de 27-XI; B.O.E. nº 39, Ref. 3804, 15-II-82).

En este mismo sentido parecen estar de acuerdo alumnos y profesores. Se hace necesaria la colaboración entre Centros Clínicos profesionales y aulas universitarias. "La relación entre los estudios universitarios y la práctica de la profesión es todavía deficiente aunque va mejorando. Debe ser una relación continua, intensa y recíproca... sin la constante colaboración de profesionales competentes los estudios universitarios corren el riesgo de convertirse en un juego académico... sin una válida base teórica y experimental el psicólogo profesional corre a su vez el riesgo de convertirse en el mejor de los casos en un consejero con buena voluntad y sentido común. Y en el peor en un pomposo charlatán... Todo plan de Psicología debe estar montado sobre trabajos efectivos de los alumnos, ejercicios, seminarios, prácticas de laboratorio, estudios de campo, internado en Servicios de Psicología Aplicada. Creo que seis años son suficientes, cuatro de formación básica y técnica en los que se inicia una especialización, y dos de formación especial con la mayor parte del tiempo dedicado a trabajar como alumno interno en los Servicios pertinentes de Psicología Aplicada para actualizar la práctica profesional" (Mariano Yela) (1).

"El gran problema para la enseñanza universitaria de la Psicología, aquí y en todas partes es la conexión entre la enseñanza teórica y la práctica... La relación con la especialización profesional, la práctica como entrenamiento profesional... Habría que establecer acuerdos de colaboración con Instituciones que prestan servicios psicológicos, desde las escuelas, a centros asistenciales y Hospitalarios, acuerdos que exigirían un estudio previo de las obligaciones mutuamente adquiridas y de las condiciones de colaboración..., así como limitar el número de estudiantes de cada especialidad y las disponibilidades de prácticas efectivas. No creo que sea un objetivo imposible de alcanzar pero habría que dedicarse a estudiarlo con cuidado y detalle y sobre todo estar decididos a alcanzarlo" (Miguel Siguán) (1).

"Las quejas de nuestros estudiantes suelen ser casi unánimes: los actuales estudios de Psicología no preparan para el futuro ejercicio profesional... Hay algo que la Universidad no puede suplir, la capacidad de la persona para recrear y aplicar sus conocimientos en las situa-

ciones concretas de la vida profesional. Esta capacidad se va forjando a lo largo del mismo ejercicio de la profesión y, aunque supone unos conocimientos teóricos y una experiencia práctica, no se identifica plenamente con ellos... necesaria cooperación entre profesores universitarios y profesionales destacados para una formación práctica de nuestros alumnos. Son pocos los profesores que tienen experiencia profesional... y son menos aún los profesionales de la Psicología que destacando en alguna de sus áreas de aplicación compatibilizan su actividad con la enseñanza en la Universidad. Ejercicio profesional y docencia universitaria, están entre nosotros excesivamente desvinculados... Estas prácticas deben delimitarse a los últimos años de carrera y no debe de confundirse la práctica universitaria ligada a la enseñanza y la investigación y la práctica profesional ligada a los lugares de futuro trabajo... Nuestras Facultades se convertirían fácilmente en centros de formación de futuros profesores y no de futuros profesionales... La tarea formativa de la Universidad que tantas dificultades encuentra para acercarle a la realidad profesional del psicólogo, debe ser completado por otras instituciones" (R. Burgaleta) (1).

"La enseñanza universitaria tiene que ser esencialmente formativa en un sentido amplio y debe diferenciarse de una enseñanza profesional... un plan de estudios de Psicología debería comenzar por poner en contacto al estudiante con las distintas áreas de la Psicología actual y los distintos métodos de trabajo... la formación práctica. La formación profesional debe quedar reservada para escuelas que estén más en contacto con los centros en los cuales se realiza la práctica psicológica" (Juan del Val y Víctor García Hoz) (1).

"Una Universidad Estatal tiene como principal responsabilidad la de dotar a la Sociedad de profesionales capacitados... los estudios universitarios no pueden garantizar una preparación completa para la práctica profesional... la Universidad debiera realizar una estrecha colaboración con otras instituciones... la formación de profesores clínicos no es hoy por hoy tarea realizable por la Facultad de Psicología, que debe ir a buscarlos allí donde se han formado o sea en las instituciones sanitarias del país y preocuparse de fomentar al máximo la colaboración con las mismas para que las enseñanzas clínicas sean impartidas por personas que tengan una formación clínica y que no pierdan nunca el contacto con la práctica clínica en su ejercicio profesional para lo cual es necesario que la Universidad desarrolle fórmulas idóneas (V. Hernández Espinosa) (1).

Todo parece estar claro. Pero la realidad es muy otra. En España los estudios de licenciatura de Psicología tienen actualmente una duración de 5 años y no comportan ninguna especialización. Esta ausencia se intenta suplir precariamente por la Escuela de Psicología de Somosaguas y la de Psicología Clínica de



Barcelona. Y aún en estos casos la práctica profesional sigue totalmente desconectada de los estudios universitarios. No hay planes de especialización adecuados ni stages supervisados en las instituciones hospitalarias o áreas de trabajo específico en la salud fuera del hospital.

El nuevo Plan de estudios para Psicología, que aún no ha entrado en vigor incluye a su vez 5 años de los que los 3 primeros cubren un ciclo de disciplinas fundamentales teóricas y metodológicas y el 2º ciclo de 2 años se diversifica de acuerdo a 5 especialidades distintas, distribuidas a lo largo de los 2 últimos cursos de carrera: Psicología Clínica, Educativa, del Trabajo, Social, y Teórico experimental. *Pero tampoco se hace mención en este Plan a referencia alguna de colaboración con las instituciones profesionales de la Psicología* y en nuestro caso de la Psicología Clínica que aproxime la Universidad a las exigencias y demandas de la sociedad real.

Parece injustificable pues que se siga sin proporcionar al postgraduado o estudiante de últimos años de carrera una formación adecuada en la especialidad dentro del marco hospitalario, en contacto directo con la realidad clínica. Más aún cuanto que esa dedicación profesional futura va a estar condicionada por el cuidado de la salud en cuya tarea el principal maestro es el mismo objeto de ese cuidado y estudio: el enfermo, o la prevención de la enfermedad y desarrollo de la salud en el hombre sano.

Concluimos por tanto que bien puede ser este el momento de completar, desde los Hospitales, Centros de Salud, etc. las bases para una sólida formación, iniciada en la Universidad. Y debe de establecerse dentro de un encuadre de rigor y suficiente estabilidad como puede ser el ya probadamente eficaz para los médicos, es decir, en régimen contractual con remuneración digna y en régimen de Residencia. De no ser así la enseñanza de la Psicología Clínica seguirá desvinculada y separada cada vez más de las verdaderas necesidades de utilidad social o lo que es lo mismo de la comprensión y asistencia al paciente psíquico allí donde éste se encuentre, en la consulta y centros clínicos asistenciales o de la promoción de la salud e higiene mental en la asistencia psicológica preventiva

del sector, o en los distintos programas prácticos de trabajo psicosocial según las específicas modalidades de las distintas áreas de la Psicología Clínica. Se hace necesario pues el establecimiento de un plan orgánico integrador de la formación del psicólogo clínico entre la Universidad y las instituciones sanitarias del país.

Desarrollo de actividades

De acuerdo con las características peculiares de cada Institución que deben de ser mantenidas y respetadas (Hospital General, Psiquiátrico, Penitenciario, Sector, Centro de Salud, etc.) y de acuerdo también con el distinto enfoque teórico de cada centro, así como de organización y estructura del equipo —para no interferir en su coexistencia interna y eficacia—... se trata de ofrecer al estudiante y postgraduado un marco de referencia teórico-práctico basado en la experiencia diaria de trabajo, que le permita valorar y adiestrarse suficientemente en lo que incluye el trabajar en equipo lo que implica el marco hospitalario o de sector, etc., y lo que suponen el contacto directo con el paciente en sus demandas y alteraciones. (Alberto J. Campo) (7).

Dentro de los tres grandes bloques clásicos de asistencia, docencia e investigación se podrían distinguir dos tipos de actividades: a) Actividades generales; b) Actividades específicas.

Actividades generales

— Distribución diaria del trabajo y coordinación entre los miembros del equipo: pacientes nuevos, revisiones, tratamientos, exploraciones, etc... programas de docencia, proyectos nuevos de investigación, etc.

— Observación; en forma activa, en la realización de las entrevistas, anamnesis, análisis de datos, devolución de información, terapias individuales o grupales, realización de pruebas; directamente o en Cámara de Gessel, circuito cerrado TV, etc.

— Supervisión continuada y control de la labor asistencial en cualquiera de sus vertientes.

— Recogida de datos para el análisis estadístico diario, mensual y anual, según el modelo de ficha epidemiológica, y de formulación diagnóstico-terapéutica existente en el Servicio.



Las páginas de este a fondo han sido ilustradas con grabados de Erich Heckel, excepto "Gran operación" (p 5) que es de Max Beckmann.



**INSTITUTO DE ORIENTACION
PSICOLOGICA
"LAS DROGAS: FAMILIA Y
ESCUELA"**

C/ Orense, 12, 1º, oficina 10 (Madrid-20)
Teléfonos: 455 33 28 y 455 39 13

Unidad de Prevención didáctica en audiovisuales.

Aporte complementario para que el Orientador pueda enfocar el tema en sus reuniones con:

- Claustro de Profesores.
- Padres de Familia (APAS).
- Grupos juveniles.
- Centros de salud.
- Asociaciones y Grupos.

Precio del Libro 925 Ptas.

Precio del Libro, con 80 diapositivas más cassette de 60' 4.750 Ptas.

Dto. a Colegiados del 10%

— Sesiones de síntesis y discusión de los casos presentados como más significativos de interés didáctico o bien por los problemas de diagnóstico, exploración, seguimiento y orientación preventiva o terapéutica a seguir.

— Revisión bibliográfica y seminarios monográficos de estudio, siguiendo un programa sistemático de revisión progresiva de la literatura en sus nuevas aportaciones sobre la especialidad que la Biblioteca del Hospital y del Servicio u otras Bibliotecas particulares puedan ofrecer. Además de la discusión y estudio, se confeccionarán ficheros que queden a disposición en la Biblioteca de la Sección para su uso posterior en sucesivas sesiones clínicas, trabajos de investigación, programas de divulgación psicológica, o de Psicología preventiva, etc.

— Visitas o stages complementarios a otros Centros, instituciones o unidades asistenciales que permitan un cabal conocimiento de la realidad asistencial global mediante otras líneas de enfoques teórico o técnico, y de las necesidades que en ese sentido presente el país a través de sus servicios clínicos o de profilaxis sectorial (rotación o contacto con otros Servicios hospitalarios, Centros de Salud).

Actividades específicas supervisadas

La experiencia clínica que se ofrezca a los Psicólogos Residentes dependerá en gran parte, como es lógico y ya antes se dijo, de las características y necesidades propias del Servicio de Psicología y del tipo de Hospital o Centro sanitario en el que se insertan. A modo de índice sumario pueden resumirse en las siguientes:

Evaluación psicológica

— *Historias clínicas*: recogida de datos sobre el desarrollo psicológico y factores ambientales del paciente.

— *Técnicas de observación y entrevista*, de acuerdo a las edades, con el paciente, su familia, etc. Evaluación de la consulta y de sus motivos.

— *Técnicas de exploración psicológica con test específicos*: test psiconeurológicos, escalas de desarrollo y maduración, escalas de nivel intelectual, rendimiento escolar, deficiencia o deterioro mental, cuestionarios de adaptación social, test proyectivos de estudio de la estructura y dinámica de la personalidad,.... pruebas de nivel operatorio, orientación espacio-temporal, esquema corporal y coordinación, etc. El psicodiagnóstico como proceso: indicaciones, valor y límites de estas técnicas.

Psicología de la infancia (C. Cobo) (8)

A través de la tarea clínica el psicólogo residente dedicado a este área revisará y completará su formación acerca de los siguientes aspectos:

Principios generales de la nosología y de la normalidad en el niño. Psicobiología del desarrollo. Problemas psicológicos del niño enfermo y del niño hospitalizado. Los ambientes depresores, deprivados y carenciales del niño. Psicopatología social en la infancia. Psicopatología del desarrollo. El niño en su familia. Los problemas de identificación en el niño. Problemas psicopatológicos en la

infancia. Las lesiones orgánicas y deficiencias. Procedimientos diagnósticos en Psicología infantil. Métodos psicoterapéuticos: terapias de conducta, psicoterapia dinámica, relajación, estimulación, terapia de juego, reeducación, psicodrama, etc. El informe psicológico y su devolución. Relaciones con los Servicios de Paidopsiquiatría y Pediatría. El equipo paído-psicológico. La cadena asistencial en paído-psicología (ambulatorio, centro de salud, centros psicopedagógicos, hospital general, hospital psiquiátrico, unidad de urgencia, etc.) Prevención y programas de higiene mental.

Psicología de la adolescencia y juventud

Verificando, a través del trabajo asistencial, los aspectos de: Normalidad y patología en la adolescencia. Procesos de duelo: el cuerpo, la identidad, la infancia y los padres. El medio familiar y los procesos de maduración en el adolescente. Regresión y transgresión. Formas de socialización. Caracterización y evolución de los grupos. Desadaptación social. Delincuencia y drogadicción. Procesos psicoterapéuticos. Programas de prevención y promoción de la salud mental en la adolescencia y juventud.

Psicología de la pareja y del grupo familiar

A través de la práctica asistencial: Normalidad y patología en los sistemas de comunicación. Lo real y lo imaginario. Estructura de la pareja. Estructura del grupo familiar. La organización de la interacción humana. Roles complementarios. Patología de los vínculos. Metodología de estudio y exploración de la interacción de la pareja y del grupo familiar. Psicoterapia de familias. Psicoterapia de la pareja. Programas de prevención e higiene mental.

Psicopatología general y psicopatológica

Referencia, a través de la experiencia clínico-asistencial, a los problemas sobre: Significado del síntoma, conflicto y estructura. Estructuras neuróticas. Los estados límites y su evolución. Estructuras psicóticas. Organizaciones autistas. Depresión y suicidio. Desrealización y despersonalización. Afecciones psico-

somáticas y aspectos psicológicos del enfermar físico: enfermedades cardiovasculares, disfunciones respiratorias, aspectos psicopatológicos de la piel, del aparato digestivo, aspectos psicológicos en reumatología, ginecología, nefrología, sexología, cirugía, odontología, oncología, enfermedades crónicas e invalidantes, neurología, metabolismo, otorrino, hematología...

Psiconeurología

Atención a los enfermos con afecciones más específicamente psiconeurológicas. Introducción al estudio y observación de las técnicas de exploración neurológica específica: examen neurológico, electroencefalográfico, electromiográfico, neurorradiológico, etc. Otros métodos de estudio del S.N.C. Anormalidades psiconeurológicas asociadas a desórdenes endocrinos, enfermedades degenerativas, neurometabólicas, toxinas, extrapiramidales, etc. Exploración con pruebas psicológicas específicas (Luria, Miokinético, Bender, Benton, etc.) y su discusión en el equipo multidisciplinar, de las áreas clínicas afectadas: funciones superiores, amnesias, afasias, demencias, deterioro, alteraciones de conducta, coordinación psicomotriz, etc.

Psicología de los procesos de envejecimiento

Como en el resto de las áreas específicas, el residente se familiarizará con la observación de estos aspectos:

— Los procesos de madurez y senectud.

— Factores de cambio en la vivencia de identidad: cambios físicos, económicos, socio-culturales, relacionales. Progresión y regresión. La angustia terminal y los procesos de duelo. Ansiedad, depresión y abandono. El entorno socio-familiar. Utilidad social y eficacia. El destino de la creatividad. Respuestas adaptativas típicas. Prevención y programas de adaptación social.

Introducción a las psicoterapias supervisadas

Durante el desarrollo de los programas de formación se intentará ofrecer al psicólogo residente la posibilidad de observación, descripción y entrenamiento en las técnicas de psicoterapia al uso en

Bibliografía

PEDRO PEREZ GARCIA

Psicología clínica, profesión independiente y autónoma.

Revista "Papeles del Colegio". Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos. Nº 9, junio 1983. Págs. 3 a 28.

- (1) R. Bayés, F. A. Blas, R. Burgaleta, I. Delclaux, J. del Val, V. García Hoz, V. Hernández Espinosa, M. Siguán, M. Yela: "La formación universitaria de los psicólogos". "Papeles del Colegio". Boletín de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, nº 7, Madrid, diciembre 1982.

- (2) V. Bustamante Murga, D. Gracia Guillén, Luban Plaza, Oriol Bosch, J. Rallo Romero, J. Tomás Iruretagoyena. "Formación integral del médico". Conferencia pronunciada en el Instituto de Estudios Psicopatológicos, Madrid, 5-11-83.

- (3) R. Bayés. "Una aportación de la Psicología de la intervención al replanteamiento de los estudios de Psicología en España". "Papeles del Colegio". Boletín de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, nº 7, Madrid, diciembre 1982.

- (4) Adolfo Hernández. "Papeles del Colegio". Boletín de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos nº 4-5, Madrid, sept. 82.

- (5) Adolfo Hernández. "Los psicólogos franceses y la lucha por el reconocimiento legal del título". "Papeles del Colegio" nº 4-5, Boletín de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, sept. 82.

el Hospital o Centro de Salud, tanto individuales como de grupo. Desde la observación de la dinámica grupal de niños normales en el Jardín de Infancia, colegios, etc. hasta el abordaje de las técnicas grupales más complejas de tipo terapéutico: terapias de conducta, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicodrama, terapias humanistas, rehabilitación, relajación, estimulación, terapias ocupacionales... A partir de la evaluación correcta en la supervisión podrá adquirir puntos referenciales específicos acerca de las características normales y patológicas de la dinámica grupal o individual de las distintas edades y estructuras de personalidad.

Psicología Social Aplicada

Psicología socio-comunitaria. Psicología ambiental. Estructura de los grandes grupos humanos. La construcción social de la comunicación y de la comunidad. Las instituciones sociales. Necesidad de una política de salud mental: Evaluación, planificación y desarrollo de programas y campañas de profilaxis y promoción de la salud mental en la comunidad.

Unidad de urgencias, de ingresos agudos y de cuidados intensivos

La urgencia como stress. Abordaje terapéutico de la ansiedad. Psicología de la crisis aguda. Problemas psicológicos planteados al equipo de urgencias. La unidad de cuidados intensivos. Situaciones y estados terminales.

Interconsulta médico-psicológica y el equipo de "liaison"

Consulta e interconsulta multidisciplinar. El equipo básico de interconsulta y sus funciones: tarea asistencial al paciente; equipos de sensibilización psicológica (Grupos Balint, operativos, y de discusión). Análisis de datos y devolución de la información al paciente, al médico, enfermeras y auxiliares. Psicólogo consultor? o psicólogo miembro permanente en un Servicio? Aspectos institucionales de la interconsulta: relación médico-psicólogo; médico-paciente; A.T.S.-paciente; psicólogo-paciente... La eficacia de la interconsulta.

Diseño y análisis de datos

Investigación en los campos de desa-

rollo de la personalidad y su adaptación al medio; diagnóstico, tratamiento y prevención de la salud mental. Investigación epidemiológica.

Duración y desarrollo de los programas de formación

De acuerdo a los modelos más al uso en este tipo de programas, proponemos que una formación suficientemente buena debería de extenderse por un período de tiempo de 3 años, en una doble fase de desarrollo:

Primera Fase: 1er. año. Etapa de formación más genérica.

Segunda Fase: 2º y 3er. año. Etapa de formación más específica y de especialización. En esta fase se incluiría a su vez un programa de rotación por las distintas unidades del Hospital cumpliendo los cometidos que el Servicio o equipo le asigne.

Las tres cuartas partes del tiempo total por año dedicado a la enseñanza estará ocupado en el trabajo clínico de asistencia a los pacientes, debidamente supervisado (asistencia clínica didáctica: entrevistas, psicodiagnóstico, seguimientos terapéuticos, orientación y devolución de informes, observación en Cámara de Gessel, etc.). La cuarta parte restante del tiempo será dedicada a actividades específicas de formación teórico-práctica, como vía de encuadre de la técnica y experiencia clínica en un adecuado marco teórico de referencia que ayude a la comprensión o explicación de los fenómenos clínico-psicológicos (seminarios, conferencias, discusión de casos, sesiones monográficas, revisiones bibliográficas...)

Áreas de especialización

El psicólogo clínico puede especializarse a partir de su 2º año de Residencia, en cualquiera de las actividades específicas antes referidas como pueden ser: a) Evaluación psicológica; b) Psicología de la infancia; c) Psicología de la adolescencia y juventud; d) Psicología de la pareja y grupo familiar; e) Psicopatología general y psicopatología; f) Psiconeurología; g) Psicología de los procesos de envejecimiento; h) Introducción a la psicoterapia; i) Psicología socio-comunitaria; j) Unidad de urgencia, de ingresos agudos y de cuidados intensivos; k) Interconsulta médico psicológica y equipo de "liaison"; l) Diseño y análisis de datos.

Condiciones de acceso y evaluación

Disponer del título español en Psicología, o título extranjero equivalente, reconocido y autorizado para este fin por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Selección, previo curso, y en base a las condiciones que en su momento se detallarán, (en cuanto a contrato, normas, evaluación anual y evaluación final) por los organismos oficiales pertinentes.

Bibliografía

Papeles del Colegio nº 9, VI/83

- (6) Guía de Formación de Médicos Especialistas en Psiquiatría. Consejo Nacional de Especialidades médicas.
- (7) Alberto J. Campo. Programa de Formación de Psicólogos Residentes. Residencia de Psicopatología y Salud Mental de Niños y Adolescentes. Hospital de Niños de Buenos Aires. Argentina 1971.
- (8) C. Cobo Medina. Programa de especialización en Psicología y Psiquiatría Infantil para Postgraduados (Programa Especiales). Hospital del Niño Jesús de Madrid. Madrid 1978.
- (9) Charles A. Kiesler. The training of Psychiatrist and Psychologists. American Psychologist, vol. 32, nº 2, Feb. 77.
- (10) Herbert Dorken y Delmon Morrison. JCAH Standards for Accreditation of Psychiatric Facilities. Implications for the Practice of Clinical Psychology. American Psychologist, vol. 32, nº 2, Feb. 77.
- (11) "La práctica psicológica en el Hospital Psiquiátrico". VII Seminario Nacional de Psiquiatría. Diputación Provincial de Barcelona. Sta. Coloma de Gramanet, 1974.
- (12) H. Ferrari y otros. "La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario". "Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica". Nueva Visión. Buenos Aires 1977 y 78.
- (13) F. Dauxois, O. Gréco, J. M. Simonet. "Le rôle des psychologues". L'Information Psychiatrique, julio 1965, nº 7.
- (14) "Projet d'organisation de la profession de psychologue clinicien à l'hôpital". Bulletin du Syndicat National des Psychologues, nº 52.

I CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO

Víctor Pérez Velasco

Tal como se informó en el anterior número de "Papeles del Colegio", durante los días 6, 7, 8 y 9 del pasado mes de abril se celebró en Madrid el Primer Congreso Nacional de Psicología del Trabajo, esta vez dedicado al tema: **Presente y Futuro de la Psicología del Trabajo en la Empresa**. Hay que destacar el papel que la Delegación de Madrid del Colegio y la SEP han desempeñado para poder llevar a efecto y con el éxito deseado este primer encuentro de psicólogos del trabajo.

Se puede afirmar, sin pretender aparecer como triunfalistas a ultranza, que este Congreso ha sido un rotundo éxito, por diversas razones:

— La primera, por el número de asistentes, alrededor de 650 personas, lo que supone el doble de lo que en un principio se había programado como previsible.

— La segunda, por la riqueza, calidad y cantidad de contenido científico del Congreso. Hemos de reconocer que todavía podemos superarnos, pero estamos francamente complacidos por su contenido.

— La tercera, porque a fin y a través de este Congreso, los psicólogos del trabajo nos hemos asomado a Europa, donde a nivel de las instituciones europeas de psicólogos, nuestra especialidad era una perfecta desconocida.

— La cuarta, por el hecho para nosotros digno de destacar, del magnífico clima de cordialidad, distensión y hasta de cierta euforia que se respiraba en el Congreso, lo que sin duda alguna, dejará una huella muy agradable entre los asistentes, permitiendo la viabilidad de futuros encuentros.

— Y la quinta y última, por las conclusiones generales extraídas de este encuentro, tanto a nivel científico como institucional. Sobre éstas últimas, presentaremos un breve resumen al final.

Es evidente que también hubo fallos y errores, pero la buena voluntad que tanto

asistentes como organizadores aportaron, permitió resolver lo resoluble o en última instancia, hacer más soportable lo irresoluble.

Esperamos que después de las enseñanzas obtenidas de este encuentro, el próximo resulte aún más completo y confortable.

BREVE CRONOLOGIA DEL CONGRESO

El Congreso se inauguró oficialmente a las seis y media de la tarde con la conferencia que el profesor Yela (presidente de la S.E.P.) pronunció sobre "Psicología del Trabajo, nuevas perspectivas", donde abordó el tema de la humanización del trabajo, como el compromiso fundamental del psicólogo en la empresa. Cerró el acto inaugural el profesor Mallart quien evocó, como

testigo histórico de la Psicología del Trabajo en la Empresa, las vicisitudes que tuvo que atravesar nuestra especialidad hasta llegar a la implantación de que hoy goza. Las palabras emocionadas del profesor Mallart fueron el broche nostálgico del acto inaugural, cosechando un cálido aplauso. Posteriormente los congresistas nos dirigimos al Ayuntamiento de Madrid, donde el Alcalde nos ofreció una recepción y un vino español.

El día 7 se inició la actividad con la conferencia del profesor Forteza titulada "Procesos de envejecimiento y problemática laboral" donde se planteó en profundidad la problemática del envejecimiento del trabajador en el marco de la actividad laboral, en una sociedad sometida a una profunda crisis económica y a un intenso cambio tecnológico. Después los congresistas se integraron en las diversas mesas redondas y talleres, hasta

la hora de comer. Por la tarde se celebró el panel "Que demanda la empresa al psicólogo en una situación de crisis económica y cambio tecnológico", contando con la asistencia de una serie de empresarios que entraron en un diálogo abierto y fecundo con los congresistas. Posteriormente comenzaron de nuevo las mesas redondas y talleres previstos para esa tarde.

Durante el viernes día 8, la actividad del Congreso continuó con la abundante concurrencia de congresistas del día anterior. Por la mañana el profesor De Wolff (Secretario General de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada) desarrolló su conferencia titulada "Psicología del Trabajo en Europa, pasado y presente". En ella el profesor De Wolff nos dio una dimensión histórica de la evolución de nuestra profesión desde el principio de siglo hasta nuestras fechas, insistiendo en el hecho de que a partir de ahora la sociedad no tendrá más remedio que contar con nosotros para abordar los efectos del cambio tecnológico y la salud mental del trabajador. Por la tarde tuvo lugar el panel sobre "Papel del psicólogo en relación a los sindicatos y en la empresa desde el punto de vista del trabajador". Tuvimos que lamentar la ausencia de una de las centrales sindica-



Vista del público en la clausura.

les mayoritarias pero no obstante, el panel estuvo lo suficientemente animado y "caliente" como mantener vivo el debate durante más de una hora. Y al igual que por la mañana, al acabar el panel, nos reintegramos a las actividades programadas en las mesas redondas, talleres y sesiones interactivas.

El sábado día 9 fue el último día del Congreso. Se inició con la intervención de la profesora Claude Levy-Leboyer (Presidenta de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada) quien dió su conferencia titulada "La crisis de la motivación; problema prioritario de la Psicología del Trabajo". La interesante intervención versó sobre la crisis motivacional que atraviesan nuestras sociedades lo que se materializa en una disminución de las expectativas de realización del ser humano en el trabajo.

Después de esta conferencia, por cierto de las más aplaudidas, los congresistas continuaron con las mesas redondas planificadas para ese sábado hasta la sesión de clausura. Esta comenzó hacia la una de la tarde y cerró el Congreso Adolfo Hernández Gordillo (Secretario del Colegio Oficial de Psicólogos) quien dió lectura a las conclusiones del Congreso así como a una serie de valoraciones respecto a su desarrollo, para cerrar el Congreso el profesor

Mallart, quien como en el acto inaugural tuvo una intervención muy emotiva. Y para endulzar la clausura, la Tuna de Psicología nos ofreció una serie de canciones que fueron coreadas por todos los asistentes a este acto.

EL CONGRESO EN DATOS

Muy resumidamente vamos a presentar algunos datos relativos al desarrollo del Congreso porque consideramos que las cifras tienen el valor de hablar por sí mismas. No obstante, los datos que vamos a ofrecer pueden estar sujetos a modificaciones por razones administrativas o contables.

Asistentes	650 personas (*)
Inscritos	580 "
Comunicaciones	152 "
Mesas Redondas	27 "
Talleres	9 "
Sesiones interactivas ..	7 "

En general, se puede decir que el Congreso real ha duplicado el número de asistentes, comunicantes e inscripciones, superando las previsiones, dejando un poco estrechos los locales debido al importante número de asistentes. Respecto a la variedad y cantidad de las comunicaciones de acuerdo con el área y

las mesas redondas previstas, la distribución es la siguiente:

Área	Nº de Comunicaciones	Nº de Mesas Redondas
1) Psicología de la organización	31	6
2) Motivación en el trabajo	28	4
3) Nuevas dimensiones de la psicología del trabajo	28	5
4) Psicología de la salud mental	26	4
5) Formación y desarrollo en la empresa	25	6
6) Psicología del conflicto	12	2
7) Talleres	9	—
8) Sesiones interactivas	7	—

Si excluimos el área de Talleres y Sesiones Interactivas, la clasificación que recoge el cuadro anterior podría indicar la posible tendencia de la Psicología del Trabajo en España, con las consiguientes reservas, claro está. De esta distribución se deduce que los temas en relación con la Psicología de la Organización y la Motivación, han dominado el interés de los comunicantes, en tanto que la Psicología del Conflicto, ha quedado sensiblemente por detrás. Si consideramos que en activo actualmente en España existen alrededor de unos 1.000 psicólogos del trabajo, las 152 comunicaciones y los 650 asistentes son una muestra significa-

tiva, y por tanto, lo acontecido en el Congreso, tiene un valor especial para todos los psicólogos del trabajo.

Otro aspecto digno de destacar es el de la autofinanciación del Congreso, ya que excepto las aportaciones iniciales del Colegio de Psicólogos, de la SEP y una pequeña ayuda de una entidad pública, el Congreso se ha financiado en su totalidad, prácticamente, con las cuotas de las personas inscritas.

CONCLUSIONES

Se puede decir que la eficacia de un Congreso se mide no sólo por el número de asistentes, etc., sino que principalmente, un Congreso vale lo que en él se concluye. En nuestro Congreso las conclusiones se pueden dividir en dos: las estrictamente científicas elaboradas en cada mesa redonda y las de orden institucional o profesional que hacen referencia a los problemas específicos del psicólogo del trabajo frente a la sociedad a la cual se debe. Las conclusiones científicas se publicarán junto con el resto de la documentación científica por la Fundación Universidad y Empresa y por tanto no serán objeto de nuestra atención en este artículo por razones ob-



Víctor Pérez Velasco.



José Alonso Forteza.



Miguel Ordóñez.

vias. Respecto a las conclusiones profesionales o institucionales, éstas serían las más importantes:

1ª) La humanización del trabajo es compatible con la rentabilidad de las empresas. Es más, si una empresa pretende ser verdaderamente rentable, deberá humanizar en profundidad las relaciones de producción. Todo esto se concreta con el punto anterior.

2ª) La sociedad industrial necesita actualmente, si pretende ser adaptativa en relación con el ritmo que imponen los cambios tecnológicos y sociales, recurrir a la psicología aplicada. En el pasado, las resoluciones tecnológicas carecieron de una dimensión social, pero hoy día ya no se pueden obviar, por su importancia, los efectos psicológicos y sociológicos que los cambios tecnológicos tienen en el tejido social. En este sentido, el psicólogo del trabajo tiene ya mucho que decir.

3ª) Hasta ahora, los psicólogos del trabajo están sufriendo con su ingenio y tenacidad, las carencias existentes en materia de investigación. Por esta razón, se hace cada vez más apremiante el crear un Instituto de Psicología del Trabajo, ya que sea de carácter privado o público, que permita desarrollar programas de investigación en base a las demandas sociales.

4ª) Los temas en los cuales el psicólogo del trabajo deberá intensificar su atención con vistas al futuro, debieran ser:

— El impacto psicológico



Mesa redonda dirigida por Pedro Bautista.

derivado de la innovación tecnológica.

— Fomentar los estudios sobre motivación.

— La Salud mental del trabajador.

— Nuevos sistemas de organización del trabajo.

— Mayor intervención del psicólogo del trabajo en la definición de la política social de la empresa.

5ª) Aunque no hay datos concretos, estimamos que el número de psicólogos del trabajo en activo no sobrepasarán el millar, cifra exigua si

tenemos en cuenta que España tiene una población activa de unos 12 millones de trabajadores. Nosotros consideramos que una organización o empresa en torno al millar de trabajadores hace necesaria, por su complejidad como mínimo, la presencia de un psicólogo. Esto permitiría reducir sensiblemente el número de nuestros profesionales en paro, facilitaría el incremento de rentabilidad de la empresa así como su eficacia como organización, y permitiría mejorar la calidad de vida laboral en las empresas.

6ª) Para dotar de un medio de comunicación entre los profesionales de nuestra especialidad, y a partir de los posibles fondos que este Congreso provea, se lanzará una revista de Psicología del Trabajo, que sirva como prolongación de este encuentro. Esta revista permitiría recoger las experiencias que en nuestra profesión se estén desarrollando así como aportar material científico y teórico tanto nacional como internacional.

Verdaderamente la Psicología del Trabajo, que actual-



Mariano Yela, José Mallart, Adolfo Hernández, Carlos Camarero, Claude Levy Leboyer, Charles de Wolff y Javier Romeo.



Claude Levy Leboyer y Charles de Wolff.



Mesa redonda dirigida por Miguel Ordóñez.

mente no reúne precisamente excesivo número de colegiados, ha tenido en este Congreso la oportunidad de autoafirmarse como un colectivo sin crisis de identidad, con una mayoría de edad consolidada como nos recordó el profesor Mallart, con un acervo teórico y práctico perfectamente actualizado y con capacidad de respuesta inmediata para las demandas sociales que se planteen. La conducta de los psicólogos del trabajo en defensa de la profesión, de sus intereses y de su identidad a través de este Congreso, ha sido elogiada y ejemplar. Y aunque estos profesionales supongan a penas el 10% del total de psicólogos, su actividad y vitalidad auguran un futuro prometedor. Nos felicitamos pues, por este Congreso, y esperamos poder repetir esta experiencia, tal vez dentro de dos años, pero procurando que el próximo Congreso esté dedicado a un tema monográfico. ■

LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA APLICADA

Claude Lévy-Leboyer

A la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (I.A.A.P.) están afiliados en la actualidad 3.000 psicólogos que pertenecen a 82 países distintos. La dirige un Comité Ejecutivo de 42 miembros de 21 países diferentes. En el Congreso de Edimburgo, en julio de 1982 la IAAP eligió como presidente a Claude Lévy-Leboyer, profesor de la Universidad René Descartes, de París, y como vicepresidente a Harry Triandis, profesor de la Universidad de Illinois; asimismo confirmó a Charles de Wolff, profesor de la Universidad de Nimega, Holanda, como secretario general-tesorero y Ed Fleishman, director de la Arro de Washington se convirtió en "Past-President".

La IAAP fue creada en Ginebra en 1920 en un Congreso

en el que participaban... ¡17 psicólogos! En los sesenta años siguientes, y después de una larga pausa debida a la guerra, creció ininterrumpidamente el número de miembros de la IAAP, así como el número de países representados en ella. La IAAP organiza cada cuatro años un Congreso mundial: los tres últimos se han celebrado en Montreal, en 1974, en Munich, en 1978, y en Edimburgo, en 1982. El próximo Congreso tendrá lugar en Jerusalén, en 1986. La IAAP publica una revista trimestral. Además se han creado durante los últimos años numerosas Divisiones, o están a punto de crearse; estas Divisiones producen "Newsletters" reservados para sus miembros y en el próximo Congreso organizarán programas especiales.

La multiplicación de psicólogos en el mundo, el desarrollo de la psicología en los países en vías de desarrollo, así como la crisis económica que atravesamos deben de orientar las tareas de la IAAP hacia nuevas actividades.

Espero, como presidente de la IAAP, estimular esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades de los miembros de la Asociación y a defender la profesión del psicólogo, a escala internacional. Dos características de la IAAP son: afiliar directamente a individuos (y no a sociedades nacionales) y estar claramente orientada hacia la psicología aplicada. Es por esto por lo que, como he indicado en mi "Carta del Presidente" publicada en nuestra revista (nº 1, vol. 32, enero 1983) me esforzaré en

contribuir a la difusión de las informaciones científicas (un ejemplo de este tipo de acción es el descuento concedido a nuestros miembros por un gran número de revistas), desarrollar las encuestas y las acciones que nos aclaren sobre el estatuto de la psicología aplicada en el mundo (un proyecto sobre el papel de las mujeres psicólogas está en curso de estudio) y llevar a cabo acciones destinadas a reforzar los lazos internacionales (un programa de tutorías está examinándose en la actualidad por organismos internacionales).

La IAAP no se desarrollará más que si tiene numerosos asociados y si éstos son activos. En este sentido es de capital importancia que los psicólogos españoles estén mejor representados en la Asociación. Inscribíos y participad en nuestros congresos. También es de capital importancia que sean activos y que se expresen. Escribid al responsable del Comité de Innovación (Profesor Silvia Shimmín, Universidad de Lancaster, Gillow House, Bailrigg, Lancaster LA 1 4YX, Inglaterra) y comunicarla cómo deseáis que la IAAP desarrolle sus actividades, qué contribuciones podéis aportar y hacerle sugerencias concretas. ■

MAESTROS Y PRUEBAS PSICOPEDAGÓGICAS

Alejandro Avila

Dentro de las actuaciones que se están llevando a cabo en este área se están empezando a recibir peticiones de colegiados para que el Colegio actúe en defensa de la imagen profesional del psicólogo, así como de los límites del área de competencias que le son privativas.

La Junta Rectora de la Delegación sostiene el criterio de dar la mayor difusión posible a las gestiones que se hayan realizado a fin de suscitar el debate de estos temas entre los colegiados, en orden a ir definiendo líneas de actuación y criterios para una mejor promoción de la imagen profesional. Por ello, y a consecuencia de haberse finalizado el primer expediente informativo de esta Sección, desde que me hice cargo de la gestión provisional de estos temas en el área de nuestra Delegación recojo a continuación un breve resumen de dicho expediente.

Sería de gran interés conocer vuestros puntos de vista acerca de esta actuación, así como de las líneas generales que debe cubrir este área.

Esperamos vuestras respuestas.

Con fecha 21-X-82 una colegiada de la Delegación de Madrid formuló personalmente y por escrito su apreciación de que los psicólogos de un Servicio Psicopedagógico Municipal, en base a una publicación del mismo que lo recoge, habían incluido como actividad de los maestros la aplicación de tests de lateralidad, y en particular la Bateria Piaget-Head. Asimismo planteó que en otro Servicio Psicopedagógico Municipal se incluía como proyecto para el curso 1982/83 el que los maestros aplicasen el test de Conceptos Básicos (Boehm) y la Bateria de Aptitudes para el Aprendizaje Escolar.

Posteriormente, con fecha 18-XI-82, se recibió en esta Delegación una carta en el mismo sentido firmada por 6 colegiados. Ambas peticiones motivaron la apertura de un expediente informativo, en el que se ha realizado las siguientes gestiones:

1º.— Con fecha 28-X-82 se dirigen cartas a los psicólogos/as de los referidos Servicios Municipales en las que se recaba información sobre los aspectos referidos, los cuales nos contestan exponiendo su

método de trabajo: Las pruebas psicopedagógicas que van a realizar los maestros; los motivos y criterios que las han llevado a planificar de esta forma el método de trabajo de este punto del programa, y como anexo incluyen su "Proyecto de trabajo curso 1982/83".

2º.— Posteriormente se envían cartas a cuatro personas a las que se propone actúen como Asesores (a título meramente consultivo) del Colegio en este expediente. Se designa un Catedrático de Psicodiagnóstico, en representación del punto de vista universitario, científico; a un investigador, constructor y adaptador de tests, persona muy vinculada a la definición de criterios y límites en el uso de los tests psicológicos, a un investigador representativo de las relaciones entre Psicología y Pedagogía y a una persona vinculada directamente a la estructura colegial, y de reconocido prestigio en el área psicopedagógica. De resultas de dicha petición, dos de ellos emiten un informe al respecto.

3º.— Simultáneamente se inicia un estudio en base a la

documentación existente en el Colegio (Códigos Deontológicos, normas de uso de los tests, etc.) respecto de cuales serían los criterios a aplicar.

4º.— Con fecha 30-I-83 se decide cerrar la fase de estudio de los documentos y proceder a elaborar el dictamen final para elevarlo a la Comisión Permanente de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos (y en su caso a la Junta Rectora) para su aprobación o no.

De la revisión de los diversos documentos sobre uso de los tests psicológicos, que merecen garantía a este Colegio se ha constatado que:

a) En el informe "Recomendaciones técnicas sobre los tests psicológicos" realizado por la Comisión de Asuntos Profesionales de la *British Psychological Society*, 1980 (punto A, 3). "El manual (de los tests) debe indicar la cualificación profesional requerida en la persona que aplica o interpreta los tests".

b) En los "Ethical Standards" de la *American Personnel & Guidance Association*, 1976 Sección C, punto 4 se formula "Los diferentes tests necesitan de diferentes

niveles de competencia para su administración, puntuación e interpretación".

c) En los "Ethical Principles of Psychologists" de la *American Psychological Association* (1981) principio 8.f se formula "Los psicólogos no fomentan o favorecen el uso de las técnicas de evaluación psicológica por personas insuficientemente entrenadas o no suficientemente cualificadas, mediante la enseñanza, el respaldo o la supervisión".

d) En el "Código Deontológico" presentado por la Sección de Cataluña en marzo 1977 (Primeras Jornadas de Psicólogos de Cataluña), artículo 44, se cita "(El psicólogo) no debe dejar a los no psicólogos el cuidado y responsabilidad de la tecnología y métodos que él emplea".

e) En las "Normas Deontológicas para psicólogos" aprobadas en 1974 por la Sociedad Española de Psicología, en el artículo 6 se cita "El material psicodiagnóstico acreditado como "material psicológico" debe ser de uso reservado para los que tengan la preparación psicológica apropiada y hayan aceptado las obligaciones que lleve consigo su uso".

f) En el "Code de Deontologie" de la *Société Française de Psychologie* (1961-1976) en el punto 5.2 formula "El (psicólogo) no dejará a los no psicólogos la elección y la responsabilidad de usar los métodos que emplea".

2º.— En los informes emitidos por los asesores se constata con criterio unánime que:

a) Los tests "BOEHM" y "BAPAE" en las condiciones indicadas (entrenamiento y control de la primera aplicación por parte de un psicólogo titulado) no existe inconveniente en que sean utilizados por maestros.

b) Existen límites respecto de las tareas relacionadas con la evaluación psicológica que pueden ser realizadas por profesionales no psicólogos. Estos límites, en el presente caso, (la actuación interdisciplinaria maestro-psicólogo), serían en función de:

— el tipo de prueba que incluya el plan de "detección precoz".

— las garantías procesuales con el que se hiciera.

— su finalidad específica: bien pedagógica (criterios para que el aprendizaje escolar



se lleve a cabo eficazmente) bien psicológica (evaluación o diagnóstico propiamente psicológico).

c) La colaboración y participación activa del maestro con el psicólogo y viceversa es deseable y beneficiosa para ambos.

d) La elaboración de "diagnóstico" el dar razón de las causas o las implicaciones de los fenómenos, los casos en los que se detecten anomalías específicas, son —entre otras— competencias propias del psicólogo.

e) Hay pruebas psicológicas que no requieren la aplicación directa del psicólogo. Si bien no hay documentos españoles al respecto, pueden tomarse como referencia base los "Ethical Standards for the Distribution of Psychological

Tests and Diagnostic Aids" de la A.P.A. que permite a los maestros la utilización de los tests clasificados en el nivel "a" y admitiendo su intervención en la aplicación y corrección —nunca la interpretación— de aquellos otros de nivel "b" de tipo colectivo y respecto a los cuales el maestro hubiera recibido una suficiente información (sobre las condiciones generales y las instrucciones específicas) por parte del psicólogo.

3º.— Del examen de los informes remitidos por los psicólogos/as de los referidos Servicios se desprende que su desempeño y programas se encuentran adecuados a lo que formulan las consideraciones 1 y 2.

En base a lo anterior se procedió a emitir el siguiente

dictamen final, que fue ratificado por la Comisión Permanente de la Junta Rectora de la Delegación de Madrid.

DICTAMEN

1º.— La utilización de ciertas pruebas psicológicas, entre ellas el tests "BOEHM" de Conceptos Básicos y la Bateria "BAPAE" de Aptitudes para el aprendizaje escolar, por parte de los maestros, bajo las condiciones de control y límites expresados, sujetos a la tutela del psicólogo, es adecuada.

2º.— No se aprecia pues materia de intrusismo profesional, o de exceso de competencias o uso indebido de ma-

terial psicológico, en los hechos demandados.

3º.— La colaboración entre los diversos sectores profesionales que inciden en cada área de intervención es deseable y fructífera. En el caso particular de los Servicios Psicopedagógicos Municipales las tareas fundamentales del psicólogo deben orientarse al desarrollo de una labor preventiva que incida en la renovación del sistema educativo, y no preferentemente a la evaluación o asistencia del caso individual. Para la consecución de este fin el trabajo interdisciplinario —siempre bajo criterios rigurosos— es un medio insustituible.

4º.— Se recomienda la difusión a los colegiados del contenido y conclusiones de este expediente. ■

PREMIO "CLINICA Y ANALISIS GRUPAL"

En el número, correspondiente a mayo, de la "Guía del Psicólogo" se deslizó una errata en la reproducción de las Bases del Premio "Clínica y Análisis Grupal" (pág. 62). Donde decía "aplicaciones a la Psicología Constructiva" debía decir "aplicaciones a la Psicología Comunitaria". No nos cabe duda de que el buen sentido de los lectores de la "Guía" habrá rectificado tal errata; de todos modos, y para evitar cualquier equívoco, hemos preferido reproducir de nuevo en la primera publicación del Colegio posterior a ese número de la "Guía" el texto íntegro, corregido, de las Bases de este Premio.

El Editor y el Consejo editorial de la Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada CLINICA Y ANALISIS GRUPAL y el Grupo Quipú de Psicoterapia convocan la 3.ª edición del PREMIO CLINICA Y ANALISIS GRUPAL.

Las Condiciones del Premio son las siguientes:

Primera.—Tema libre y de investigación relacionado con la Teoría y la Psicoterapia de Grupo, en especial las aplicaciones a la Psicología Comunitaria.

Segunda.—Pueden optar al Premio los profesionales e in-

vestigadores de la psicoterapia de grupo y de la Salud Mental en general.

Tercera.—No podrán concurrir al mismo ni los miembros del Consejo Editorial de la publicación convocante, ni los miembros del Grupo Quipú de Psicoterapia.

Cuarta.—La extensión aproximada será de 50 folios a doble espacio, mecanografiados.

Quinta.—El trabajo será redactado en castellano. Vendrá acompañado de un resumen de dos folios en idioma castellano, inglés y francés.

Sexta.—Los trabajos se enviarán en sobre cerrado a "Premio Clínica y Análisis Grupal" Redacción, c/ Príncipe de Vergara, 35, bajo dcha., MADRID-1. Dicho sobre, remitido bajo lema o seudónimo, incluirá el trabajo y un sobre cerrado en cuyo exterior figurará el mismo lema o seudónimo, y cuyo interior contendrá el (los) nombre(s), dirección, etc. Se enviarán cinco copias del trabajo.

Séptima.—La recepción de trabajos se hará hasta el día 30 de enero de 1984. El fallo del Jurado se producirá en la

primera quincena de marzo de 1984.

Octava.—El Jurado será integrado por: El Editor de la publicación convocante, dos miembros del Consejo Editorial de la publicación convocante, dos miembros del Consejo Editorial de la publicación, y dos miembros del Grupo Quipú de Psicoterapia. El Primer Premio habrá de ser concedido por unanimidad. Los dos accesits por mayoría simple. El fallo del jurado es inapelable.

Novena.—Los premios pueden ser declarados desiertos. El Primer Premio se adjudicará al trabajo realizado individualmente o en equipo, en el que concurran circunstancias de significar un aporte valioso para la investigación en Teoría y Psicoterapia de Grupo. El primer accésit se adjudicará a trabajos en equipo y el segundo accésit a trabajos individuales.

Décima.—De todos los trabajos recibidos se hará una preselección. Los trabajos no preseleccionados serán devueltos. Los trabajos preseleccionados podrán optar —sean premiados o no— a la publicación completa o resumida en la Revista.

Undécima.—La dotación del Primer Premio es de 50.000 pesetas. El primer y segundo accesits serán de 10.000 pesetas respectivamente.

Duodécima.—La presentación de trabajos supone la plena aceptación de las Bases de esta convocatoria. ■

Lo fundamental de la información colegial de este número son los acuerdos de la última Junta Estatal que abordó, entre otros temas, cómo tratar los casos de intrusismo y las próximas Jornadas del Colegio. Ocupa también un lugar destacado nuestra posición sobre el proyecto de despenalización del aborto, que encontraréis en la página 41.

La Junta de Gobierno Estatal informa

ADOLFO HERNANDEZ

En la voluntad de mantener informados a los colegiados de los acuerdos adoptados por la Junta de Gobierno Estatal, recogemos a continuación los acuerdos más relevantes que se adoptaron en las reuniones celebradas en Diciembre y Febrero pasados.

Estatutos definitivos del Colegio

El M.E.C. envió en Noviembre su tercer escrito con diferentes sugerencias y propuestas de rectificaciones a nuestro proyecto de Estatutos. De los dos escritos anteriores y de la respuesta del Colegio ya se dió noticia en el nº 7 de Papeles del Colegio (pág. 37).

El extracto amplio de este tercer escrito ministerial y la respuesta elaborada por la Junta lo recogemos a continuación del artículo (pág. 38).

Hay que destacar que el Ministerio cuestiona en él aspectos importantes del Estatuto: la obligatoriedad de colegiación de los funcionarios, el mecanismo de presegregación y la regulación del Consejo General, para agilizar al máximo la creación de Colegios territoriales una vez aprobados los Estatutos, etc.

Por otra parte también hay que señalar que el escrito al que nos referimos aún corresponde a las autoridades ministeriales centristas, y que confiamos que con el nuevo equipo socialista podamos superar las dificultades, consiguiendo la pronta aprobación de los Estatutos, y a ser posible sin introducir modificaciones de fondo al texto que elaboramos y aprobamos todos democráticamente.

El Parlamento de Cataluña ha aprobado una Ley de Colegios Profesionales el pasado mes de diciembre, y la Junta Rectora de la Delegación catalana están estudiando la conveniencia o no de convertirse en Colegio autónomo según lo dispuesto en dicha Ley, si la aprobación de nuestro Estatuto se demora en exceso.

Actuación en caso de intrusismo

Para proceder de una manera or-

ganizada y clara, y ante los diversos casos que se van presentando en las Delegaciones, la Junta de Gobierno ha acordado el procedimiento a seguir cuando se conozca un caso de intrusismo, en función de la propuesta que nos ha presentado la Asesoría Jurídica. Todo ello con la salvedad de que dado nuestro vacío legal al no tener un Estatuto Profesional ni una definición clara de nuestra profesión habrá que tener un especial cuidado y una cierta prudencia en aquellas acciones que se emprendan.

El procedimiento será el siguiente:

1.— Cuando se detecte un caso de intrusismo profesional, por ejercer la profesión de Psicólogo cualquier persona no colegiada, la Junta Rectora de la Delegación en que suceda el caso dirigirá una carta a tal persona invitándola a que proceda a colegiarse, con la advertencia de que en caso contrario, se procederá a denunciar su actividad por si se encontrara ejerciendo de forma ilegal. (Hay un modelo de carta a disposición de las Delegaciones).

2.— En caso de persistir la situación anterior, a pesar de la invitación y la advertencia, se pasará comunicación a este Decanato para su debida información, quien instará a que la Asesoría Jurídica haga una segunda carta conminatoria con expresión del procedimiento legal a seguir.

3.— Si ante esta segunda carta conminatoria de la Asesoría Jurídica, persiste la situación, se procederá a presentar una denuncia en el Juzgado correspondiente, previa autorización del Decano. (Hay un modelo de denuncia a disposición de las Delegaciones).

4.— Se evitará en lo posible presentar querellas lo que en cualquier caso requeriría el acuerdo de la Junta de Gobierno Estatal, pero en los casos especialmente graves y notorios, el Colegio mantendrá la acusación cuando admitida a trámite la

denuncia, el Juez ofrezca el procedimiento al denunciante, conforme determina el artículo 109 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

5.— La denuncia podrá ser presentada por cualquier miembro de la Junta Rectora de la Delegación o por su Presidente, ante el Juez de Instrucción del lugar donde se venga ejerciendo de forma ilegal y contra la persona que así ejerza. Dicha denuncia podrá ser presentada también como persona particular, no necesariamente como cargo de la Junta correspondiente.

En relación con el tema de intrusismo y ante la denuncia de que en algunas Delegaciones de Hacienda podrían estar dando el alta en la licencia fiscal a psicólogos no colegiados, se acordó dirigirse al Mº de Hacienda solicitando la relación de psicólogos con licencia fiscal y los criterios que se sigue en las diversas Delegaciones para el trámite de inclusión.

Primeras Jornadas del Colegio

Si bien la Junta ha dedicado un gran número de horas a discutir el programa de las Primeras Jornadas, aún no ha sido posible aprobar el programa definitivo. Respecto a anteriores noticias señalar que si bien inicialmente la sede iba a ser Barcelona, posteriormente la Junta Rectora de la Delegación de Cataluña consideró que no podía asumir el encargo, y finalmente se ha fijado como sede Madrid habiendo aceptado la Junta Rectora de la dicha Delegación la responsabilidad organizadora.

Posicionamiento de la Junta de Gobierno ante diversos temas de actualidad

Se estudió la conveniencia de com-

parecer ante la opinión pública con posicionamiento sobre diversos temas de actualidad, sobre los que tuviera sentido que la Junta de Gobierno se manifestara: futuro de los Colegios Profesionales, Reforma Sanitaria, despenalización del aborto, etc. En ese sentido se acordó ir elaborando grupalmente estos posicionamientos, situando como muy urgente el tema de "Centros de Planificación Familiar y aborto". En este mismo número (en la pág. 00) aportamos el documento elaborado sobre la Propuesta de Despenalización del Aborto en determinados supuestos.

Propuesta de subida de cuotas

Dado que desde 1980 mantenemos las mismas cuotas, y que la voluntad de las Delegaciones es ir ofreciendo cada vez más servicios, en unos casos, y en otros se trata simplemente de poder tener un local abierto, y que la inflación de estos años ha sido elevadísima, la Junta ha acordado solicitar al M.E.C. las siguientes nuevas cuotas:

- Cuota mensual: 450 ptas. (actualmente 350 ptas.).
- Cuota de inscripción: 5.000 ptas. (actualmente 4.000 ptas.).
- Cuota de inscripción última promoción: 2.500 ptas. (actualmente 2.000 ptas.).

Debe ser el MEC el que autorice la subida, ya que las cuotas aparecen en el Estatuto Provisional, aprobado por Orden Ministerial, y dado que aún no se ha promulgado el Estatuto definitivo que establece los procedimientos normales para la fijación de cuotas, se tienen que autorizar los cambios de cuotas por Orden Ministerial.

Se propone la subida a partir del

mes de Julio de 1983, sin efectos retroactivos.

Subvenciones para la difusión de Papeles del Colegio

Hasta el momento la Junta de Gobierno había acordado subvencionar el envío de "Papeles del Colegio" a los colegiados de las Delegaciones que lo solicitaran, pagando un tercio del costo del Boletín. Esto era así para todas las Delegaciones, salvo para la de Madrid, editora de Papeles, que no recibía ningún tipo de ayuda. Dificultades de tesorería, unido a la idea de subvencionar en mayor medida a las Delegaciones más pequeñas, han llevado a la Junta a modificar la cuantía de las ayudas en función del número de colegiados de las Delegaciones. Así para el año 1983, las ayudas seguirán los módulos siguientes:

- Delegaciones con menos de 250 colegiados: recibirán el 50% del costo de Papeles.
- Delegaciones entre 250 y 750 colegiados: recibirán el 33% del coste.
- Delegaciones con más de 750 colegiados: no recibirán ningún tipo de subvención.

Por otra parte la gestión de la distribución y el cobro la llevará la Delegación de Madrid, con el fin de descargar de trabajo a la Secretaría Estatal.

Ayudas a las Delegaciones pequeñas

Además de una subvención para la difusión de Papeles, algunas Delega-

ciones pequeñas que se han visto obligadas a montar un local independiente, cuando hasta el momento disponían de facilidades en los Colegios de Doctores y Licenciados, se han dirigido a la Junta de Gobierno solicitando ayudas o préstamos. En ese sentido la Junta de Gobierno, ha acordado, en los casos que se considere según petición razonada, no facilitar préstamos sino autorizar demoras o retrasos en las liquidaciones pertinentes, para no agobiar la liquidez de las tesorerías en momentos en que es preciso invertir en mobiliario, etc.

Balances y presupuestos

Se aprobó el balance y la cuenta de pérdidas y ganancias de la Secretaría Estatal, correspondiente al año 1982, así como las normas y calendario para la elaboración del Balance y la Cuenta de pérdidas y ganancias de 1982, y del Presupuesto para 1983.

Estudio sobre la situación laboral del psicólogo

Se acordó no continuar pasando las encuestas a los que se colegien a partir de 1 de enero de 1983, ya que como en su gran mayoría son recién licenciados, como es obvio en un gran porcentaje están en paro y en ese sentido ya no son representativos de la situación de la profesión.

Al mismo tiempo se aprobó el presupuesto para proceder al análisis de las encuestas recogidas hasta el 31 de Diciembre de 1982, cuyos resultados irán apareciendo en Papeles del Colegio, como hasta ahora.

ESTATUTOS *Carta del Ministerio (Extractos)*

1.— Para una mayor precisión, el segundo párrafo del artículo 3 debe terminar así: "sin perjuicio de lo que establezcan los distintos Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas".

2.— En el artículo 6 debe quedar claro que la obligación de incorporarse al Colegio no afecta a los funcionarios públicos (de carrera, eventuales o interinos) ni al personal que, mediante contrato laboral u otro régimen, preste servicios a la Administración Pública. En ese sentido, la redacción del artículo podría ser: "Con la salvedad de los funcionarios públicos, sometidos a la legislación vigente en materia de función pública, y demás personal que, en virtud de contrato laboral u otro régimen jurídico, preste sus servicios a la Administración Pública, la incorporación al Colegio será obligatoria

para el ejercicio de la profesión de Psicólogo".

3.— El artículo 21, que establece la extensión territorial de las Delegaciones del Colegio, debe respetar el hecho de que algunas Comunidades Autónomas tienen atribuida competencia exclusiva en materia de Colegios Profesionales, por lo que podrían establecer una división territorial distinta. Se sugiere la siguiente redacción:

Artículo 21.—El Colegio estará territorialmente dividido en Delegaciones.

Inicialmente, y sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas ejerciten las competencias que posean en esta materia, existirán las siguientes Delegaciones:...

4.— En los artículos 22 y siguientes se menciona una Junta Rectora de las dis-

tintas Delegaciones del Colegio. Sin embargo, ni en esos artículos ni en los correspondientes al Capítulo Séptimo se determina cuál será su composición.

5.— En los artículos 27 y siguientes se contempla la posibilidad de constituir nuevos Colegios por segregación del Colegio existente. No se menciona en tales artículos un requisito ineludible para ello, exigido por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, cual es que dicha segregación requiere la aprobación por Decreto (artículo 4º 2).

6.— El artículo 31 debe suprimirse por innecesario; es evidente que la vigencia de estos Estatutos está condicionada a lo que dispongan las leyes.

7.— El artículo 32 debe terminar en su tercera línea, suprimiendo la referencia final al hipotético Consejo General.

En este mismo sentido deben suprimirse los artículos 33 a 42, que regulan exhaustivamente un Consejo General que no existe y que no se sabe si existirá alguna vez.

Cabría introducir una Disposición Adicional en la que, de modo simple, se diga que, en el supuesto de que se creen nuevos Colegios, se constituirá un Consejo General, así como el modo de constitución.

Todo lo demás pertenecerá, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 2/1974, de 13 de febrero, a los propios Estatutos del Consejo General, que se habrán de elaborar y aprobar en su día.

8.— En el artículo 48 d) se atribuye a la Junta General del Colegio la facultad de "aprobar la reforma de los presentes Estatutos".

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la modificación de los Estatutos generales, según el artículo 6º 5 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, exige los mismos requisitos que su aprobación. Por tanto, no es la Junta General quien puede aprobar tal reforma, sino el Gobierno a través de un Real Decreto.

9.— Según el artículo 77, "todos los actos del Colegio estarán sometidos... a la vigente Ley de Procedimiento Administrativo".

Esta declaración, en los totalizadores términos en que está hecha, es excesiva ya que un Colegio Profesional no es una Administración Pública, por lo que la mayoría de sus actos no son actos administrativos y no quedan sometidos al Derecho Administrativo y sí al Derecho privado. Obviamente, sus contratos no

son contratos administrativos, sus ingresos no son impuestos, sus bienes no son bienes públicos, su personal no es funcionario...

El artículo debe matizarse y podría quedar redactado así: "Los actos del Colegio, en cuanto estén sujetos al Derecho Administrativo, se acomodarán a lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo".

10.— En el artículo 84, que se ocupa del procedimiento para sancionar a los colegiados, debe especificarse que, en todo caso, se dará audiencia al interesado.

11.— La Disposición Final se ocupa otra vez de la reforma de estos Estatutos.

Como se ha señalado en el punto II), 8 de este informe, dicha reforma es competencia del Gobierno.

ESTATUTOS

Respuesta de la Junta de Gobierno (Extractos)

1º) De conformidad con lo señalado por la Secretaría General Técnica en el punto 1 del apartado II, al párrafo segundo del artículo 3 se le añadirá el siguiente texto:

"DE LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS".

2º) En relación con el nuevo texto que se propone el artículo 6 del Proyecto de Estatutos, entendemos que la redacción que se pretende por el Ministerio no está justificada con razonamiento alguno, como se hace en otras observaciones, y, por demás, está en contra de los contenidos normativos establecidos en numerosos estatutos de diferentes profesiones, que cubren y obligan a la incorporación colegial a los funcionarios públicos que ejerzan la profesión de que se trate. Adjuntamos en nota aparte relación de estos textos legales.

En el intento de despejar cualquier duda que puede albergar el Ministerio sobre inexistentes pretensiones de invadir por esta Corporación campos ajenos a los de su competencia legalmente establecida, formularemos posteriormente una nueva redacción del mencionado artículo 6 del Proyecto de Estatutos.

Tal nueva propuesta no está inspirada más que en el estricto cumplimiento de la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales, de manera tal que permaneciendo en su órbita de competencias la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, se deje a salvo la competencia de la Administración Pública por razón de la relación funcionarial.

En consecuencia la nueva redacción del artículo 6 sería:

"Artículo 6.— La incorporación al Colegio es obligatoria para el ejerci-

cio de la profesión de Psicólogo, ya sea como profesional liberal ya sea al servicio de cualquier entidad privada o PUBLICA, SIN PERJUICIO DE LA COMPETENCIA QUE POR RAZON DE LA RELACION FUNCIONARIAL VIERNE ATRIBUIDA LEGALMENTE A LA ADMINISTRACION PUBLICA".

3º) La nueva redacción del artículo 21 siguiendo el criterio apuntado por la Secretaría General Técnica será la siguiente:

"Artículo 21.— El Colegio estará territorialmente dividido en Delegaciones.

INICIALMENTE Y SIN PERJUICIO DE QUE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EJERCITEN LA COMPETENCIA QUE POSEAN EN ESTA MATERIA, EXISTIRAN LAS SIGUIENTES DELEGACIONES:

4º) Se introduce una mínima regulación respecto de la Junta Rectora y se hace una remisión a lo que establezcan los Reglamentos de las Delegaciones previsto en el artículo 24, quedando en consecuencia como nueva redacción del artículo 22 la siguiente:

"Artículo 22.— Cada Delegación estará regida por una Junta Rectora COMPUESTA, AL MENOS, POR CINCO MIEMBROS DE ENTRE LOS CUALES HABRA UN PRESIDENTE, UN SECRETARIO Y UN TESORERO, CON LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES QUE ESTABLEZCAN EN SU REGLAMENTO CADA UNA DE LAS DELEGACIONES DEL COLEGIO.

LA JUNTA RECTORA tendrá las competencias

5º) y 6º) La observación que se hace respecto de los artículos 27 y siguientes de no hacer constar la necesaria aprobación por Decreto de la segregación, y la pretensión de supresión del artículo 31, olvida que

los artículos 27 y siguientes lo que se regula son los trámites para la segregación de carácter interno-colegial, sin pretender en modo alguno dejar de lado a la Administración.

Precisamente el cumplimiento de ese trámite administrativo y de la necesaria existencia del Decreto aprobador es lo que contempla el artículo 31 a cuya supresión se insta.

En definitiva si se considera necesaria una mayor precisión, ésta consiste en añadir al artículo 31 el siguiente texto:

"Y EN CONCRETO, DE LA NECESARIA NORMA LEGAL QUE APRUEBE LA SEGREGACION PROPUESTA".

7º) Respecto a la cuestión de suprimir toda referencia al hipotético Consejo General, contenidos en los artículos 32 a 42, entendemos que no solamente es procedente la inclusión de la misma, pues lo único que contiene es una previsión, y que es muy necesaria para situaciones no hipotéticas como pretende el Ministerio sino para las cuestiones que ya se están planteando como consecuencia de la Legislación habida por Comunidades Autónomas y, concretamente, por la Ley 13/1982 de 17 de Diciembre de la Comunidad Autónoma de Cataluña publicada en el Diario Oficial de la Generalitat el 29 de Diciembre y, más precisamente, de la Disposición Transitoria segunda que en la misma se contiene.

8º) Se sustituye el texto del artículo 48 d) por el siguiente texto:

"d) PROPONER AL GOBIERNO LA REFORMA DE LOS PRESENTES ESTATUTOS".

9º) La cuestión que se plantea respecto del artículo 77 quedó salva-da en el escrito dirigido a Vuestra Ilustrísima de 7 de Septiembre de 1982 formulado a consecuencia de

las observaciones hechas por la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado.

Nos permitimos reiterar en este momento el contenido del artículo 77 en su segunda redacción:

"Artículo 77.— Todos los actos del Colegio estarán sometidos, en lo no previsto específicamente en los presentes Estatutos, a las normas de la Ley de Procedimiento Administrativo en cuanto les sean aplicables.

La notificación de los actos y

acuerdos deberá contener el texto íntegro del acto, que exigirá una adecuada motivación cuando sean limitativos de derechos o resuelvan recursos y en los demás casos exigidos por la Ley".

10º) Se acepta la sugerencia respecto del artículo 84, que queda redactado en la forma siguiente:

"Artículo 84.— La imposición de sanciones a los colegiados es competencia de la Junta de Gobierno, previa instrucción de expediente EN EL

QUE, EN TODO CASO, SE DARA AUDIENCIA AL INTERESADO, A tal efecto

11º) Se modifica la Disposición Final en el sentido apuntado, quedando redactada en el sentido siguiente:

"DISPOSICION FINAL.— Sin perjuicio de las competencias del Consejo General, la Junta General del Colegio podrá PROPONER AL GOBIERNO la reforma de estos Estatutos".

Breves

Jornadas de Orientación Educativa

Por problemas de carácter organizativo las Jornadas de Orientación Educativa que se habían de celebrar los próximos días 5 y 6 de Mayo, han sido aplazadas hasta los días 6, 7 y 8 de Octubre.

Si desea participar con alguna comunicación envíe un resumen de su contenido, título y Mesa a la Secretaría de las Jornadas, haciendo constar el nombre y apellidos del comunicante y su lugar de trabajo.

Organismos internacionales

La International Union of Psychological Science (IUPS) ha sido admitida como miembro del International Council of Scientific Unions (ICSU) durante su Asamblea General celebrada en Cambridge en septiembre del año pasado. La ICSU, fundada en 1931, coordina las actividades internacionales e interdisciplinarias de las academias nacionales de ciencias y las uniones científicas internacionales. La IUPS —ahora IUPsyS— para distinguirla de otro miembro del ICSU, la International Union of Physiological Science— que coordina las actividades de 44 asociaciones psicológicas nacionales, ha sido ya invitada a participar en varios proyectos internacionales patrocinados por la ICSU.

Direcciones:

International Union of Psychological Science (IUPsyS)
c/o The Hogg Foundation
University of Texas
Austin, Texas 78712
USA

International Council of Scientific Unions (ICSU)
51, Boulevard de Montmorency
75016 París
Francia

"Recursos de la Psicología Clínica en Madrid"

La Comisión del Mapa de Psicolo-

gía Clínica de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, ha elaborado una "Guía de Recursos Asistenciales en el Área de la Psicología Clínica en la Provincia de Madrid".

Esta Guía es el resultado del trabajo de investigación llevado a cabo durante casi dos años por una Comisión de trabajo especialmente constituida para este fin.

Los datos obtenidos se presentan ahora elaborados, con el propósito de facilitar toda aquella información que haga posible establecer un contacto directo con los Centros que prestan asistencia en Psicología Clínica y, en consecuencia, una mejor utilización de los recursos en este área.

Para acceder a la información recogida en esta Guía, se incluyen tres índices alfabéticos diferentes:

1º Índice general de Centros por distritos y términos municipales.

2º Índice alfabético general de Centros.

3º Índice alfabético general de Psicólogos Clínicos que trabajan en estos Centros.

Se trata, en resumen, de una publicación única en su género que pretende dar respuesta a una acuciante necesidad de información sobre los recursos disponibles en el sector de la Psicología Clínica, y que por su contenido *actualizado* y altamente representativo es imprescindible para cualquier profesional (Psicólogos, Psiquiatras, Médicos, Asistentes Sociales, Abogados, Educadores, Responsables de decisiones administrativas, etc.) que desarrolle su actividad en las áreas de la Asistencia Sanitaria y Social.

Los pedidos se reciben en el Servicio de Documentación de nuestra Delegación.

ASESORIA JURIDICA

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

Para colegiarse

Por resolución de 24 de Marzo de 1983 de la Subsecretaría del Ministerio de Educación y Ciencia, publicada en el día 31 de Marzo, a partir del pasado 1 de Abril se modifica la eficacia que se venía atribuyendo al resguardo del pago de los derechos de expedición de un Título Académico para acreditar la titulación exigida para colegiarse en un Colegio Oficial Profesional y darse de alta en el ejercicio.

Desde la indicada fecha de 1 de Abril de 1983 lo único que puede sustituir la presentación del Título Académico es una orden supletoria expedida por el propio Ministerio.

Solamente se admite la presentación del resguardo de pago de derechos con carácter provisional por un período máximo de tres meses, durante los cuales el solicitante del alta en el Colegio tiene que acreditar y presentar la mencionada orden supletoria o bien el propio Título Académico.

Por tanto, a partir del 1 de Abril de 1983 quien no presente la orden supletoria o el Título será admitida la presentación y solicitud provisionalmente durante tres meses debiéndole así ser comunicado para que pueda cumplimentar la resolución que se comenta.

El texto de dicha notificación que deberá ser entregado en el mismo momento que el de la solicitud, será del tenor siguiente:

"De conformidad con la resolución de 24 de Marzo de 1983 de la Subsecretaría del Ministerio de Educación y Ciencias, se le comunica a Vd. que la presentación de su solicitud de incorporación a este Colegio Oficial de Psicólogos, lo es con carácter provisional y durante el plazo de tres meses, dentro de los cuales deberá presentar la orden supletoria expedida por el Ministerio de Educación y Ciencias, del Título Académico en virtud del cual solicita Vd. su alta.

Transcurrido dicho plazo sin haberse cumplido tal requisito se procederá al archivo de su petición.

asesoría
jurídica





**NARCEA, S. A.
DE EDICIONES**

EDUCACION

- Educación y desarrollo de la razón. 1982. 496 págs. Precio: 2.315 Ptas.
- Dimensión económica de la educación. 1982. 240 págs. Precio: 980 Ptas.
- Psicología de la educación para profesores. 1982. 688 págs. Precio: 2.800 Ptas.
- Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa. 1983. 240 págs. Precio: 1.375 Ptas.
- Aspectos sociológicos de la educación. 1983. 264 págs. Precio: 1.350 Ptas.
- Didáctica de la Gramática. 1982. 240 págs. Precio: 675 Ptas.
- Experiencias e ideas sobre la música en la escuela. 1982. 144 págs. Precio: 475 Ptas.
- Influencia de la publicidad en T.V. sobre los niños. 1983. 200 págs. Precio: 725 Ptas.
- Hacia una concepción integrada de la Naturaleza. 1983. 352 págs. Precio: 1.075 Ptas.
- ¿Guardería o comunidad educadora? 1983. 112 págs. Precio: 475 Ptas.
- Fundamentos sociales, psicológicos y pedagógicos en Preescolar y Ciclo Preparatorio. 1981. 2ª ed. 128 págs. Precio: 300 Ptas.
- Desarrollo psicoevolutivo en el Ciclo Medio. 1982. 92 págs. Precio: 385 Ptas.
- El Periódico: un diálogo de la escuela con la actualidad. 1981. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- Escuela-Comunidad. Hacia una interacción dinámica. 1981. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- La Historia de la Ciencia en el aula. 1982. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- La enseñanza de un idioma y el método de proyectos. 1982. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- Científicos en el aula. 1982. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- El libro-fórum: una técnica de animación a la lectura. 1982. 48 págs. Precio: 235 Ptas.
- Literatura y Comentario de Texto. Ciclo Superior. 1983. 48 págs. Precio: 235 Ptas.

DR. FEDERICO RUBIO, 9. MADRID-20
TELS. 254 64 84 - 254 61 02.

Declaración de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos sobre la despenalización del aborto.

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos ha analizado las diferentes reacciones que en la conciencia pública ha despertado el anuncio por parte del Gobierno, de un Proyecto de Reforma del Código Penal donde se contempla la despenalización del aborto en ciertos casos concretos. Asimismo, ha considerado las reacciones institucionales, en forma de declaraciones públicas producidas en ciertos grupos, a veces Colegios Profesionales, que en nombre de la deontología profesional propia, se han pronunciado en contra de dicha despenalización.

Desde el principio del respeto a la libertad de quienes, entre los psicólogos crean deber oponerse por diversas razones al proyecto gubernamental de despenalización, y sin que la presente declaración presuma representar el criterio de todos los psicólogos españoles, sino sólo como criterio de exclusiva responsabilidad de los miembros de la Junta de Gobierno, y entendiendo que los aspectos psicológicos necesitan una reflexión propia en los marcos adecuados, entendemos que:

1º.— Ante el proyecto de despenalización del aborto en ciertos supuestos, resulta muy problemático el tratamiento del mismo, partiendo de la deontología de una profesión cualquiera, bien sea ésta médica, jurídica, psicológica u otra; deontología que, en cualquier caso, ella misma no es independiente del pluralismo en el enfoque ético de nuestra sociedad, por lo que nadie estaría obligado a obrar en contra de su conciencia.

2º.— El aborto afecta, ciertamente, a la vida humana. Pero la vida humana no debe entenderse sólo como la existencia física de individuos, sino que debe entenderse unida a una cualidad propiamente humana de vida, a una calidad y dignidad que la haga deseable, en unas condiciones no sólo materiales, sino además en unas condicio-

nes que permitan contemplar el nacimiento de un hijo con esperanza, ilusión y alegría.

3º.— De la calidad de vida forma parte esencial la salud y el bienestar psicológico de la madre y del futuro hijo. Por lo que aprestarse a la defensa de la vida computando solamente lo puramente físico, parece responder a una visión que no compartimos, entendiendo que cualquier planteamiento en defensa de futuras vidas humanas debe tomar también en consideración, entre otros, los aspectos psicológicos, los cuales están en estrecha relación con el grado de aceptación del embarazo y del deseo de tener un hijo.

4º.— A nuestro juicio, el objetivo de una regulación legal del aborto ha de ser el de reducir y no incrementar su número, y así entendemos que lo pretende esta Proposición de Ley. La cuestión está en los medios más idóneos para ese fin. Por tanto, la penalización con años de cárcel de las personas que deciden abortar constituye un medio inapropiado e ineficaz además de discriminatorio.

5º.— Medios más apropiados para reducir el número de abortos los constituyen la información correcta acerca de los anticonceptivos, la educación sexual de la juventud y de las parejas, la orientación y planificación familiar y los servicios de apoyo social y psicológico a las gestantes.

Todo ello puede actuar en beneficio de la calidad de vida, del bienestar social y en beneficio de la salud mental de la población.

Carlos Camarero Sánchez	Decano
Mercé Pérez i Salanova	Vicedecano
Adolfo Hernández Gordillo	Secretario
Vicent Bermejo i Frigola	Vicesecretario
César Gilolmo López	Tesorero
Carmen Amorós Azpilicueta	Vocal 1º
Nuria Silvestre i Benach	Vocal 2º
Itziar Cabieces Ibarrondo	Vocal 3º
Alfons Icart Pujol	Vocal 4º
Rafael Burgaleta Alvarez	Vocal 5º
Alfredo Fierro Bardaji	Vocal 6º
Miguel Angel Martín Soler	Vocal 7º
Miguel Pérez Pereira	Vocal 8º

Elecciones en la Sociedad Española de Psicología

El pasado 7 de mayo se celebró la Asamblea General de la Sociedad Española de Psicología. A consecuencia del deseo expresado por Mariano Yela de renunciar a la presidencia de la sociedad se celebraron elecciones para ese cargo y para otros miembros de la Junta Directiva. De las candidaturas proclamadas, resultaron elegidos los siguientes: Miguel

Siguán Soler como presidente y en la Junta Directiva María Dolores Avia Aranda, Mario Carretero Rodríguez, José Luis Fernández Trespalacios, José Eugenio García-Albea y Francisco Rivas Martínez. Las elecciones tuvieron lugar a lo largo del transcurso de la XXVII Reunión Anual de Psicología. Para presidente se presentaba también como candidato Pedro Riduejo Alonso.



De izquierda a derecha: Javier Mauleón, Luis Llavona, Pablo del Río, Consuelo Escudero, Adolfo Hernández, Carlos Camarero, Antonio Pérez y Alejandro Avila.



De izquierda a derecha: Adolfo Hernández, Carlos Camarero, Antonio Pérez, Alejandro Avila, Julio Alvarez, Juan Carlos Duro y Mariana Segura.

Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid

El 22 de marzo pasado se celebró la Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid en los locales del Instituto Nacional de Asistencia Social. Con asistencia no muy numerosa fue desarrollándose el orden del día previsto: presentación y aprobación sucesivamente de la Memoria de Actividades de 1982, del Balance de 1982, del Presupuesto para 1983 y del Plan General de Actividades de la Delegación para 1983. Todos los colegiados de la Delegación de Madrid tienen ya en su poder los textos íntegros de estos documentos, por lo que aquí no los reproducimos.

En todos los puntos del orden del día se produjeron diversas intervenciones de los asistentes. En el relativo al Balance de 1982 se hicieron, a instancias del censor de cuentas elegido en la anterior Junta General Ordinaria, algunas observaciones que aconsejaron a la Junta General, a instancias de la mesa que presidía el acto, postergar la reglamentaria aprobación del balance hasta que quedaran aclaradas las observaciones que el censor hacía a la Junta General.

Tras la Junta General se celebró una cena de hermandad en el Restaurante la Cazuela en la que se repartieron los Premios de Memorias de Licenciatura y de Prensa, tal y como se informa en la página siguiente.



Antonio Pérez, tesorero, leyendo el balance de 1983, y Carlos Camarero



Cena de hermandad tras la Junta General.



Detalle de los asistentes a la Junta General.

DETALLE NUMERO DE COLEGIADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1982

DELEGACIONES	Comienzo Colegiación	1980		1981		1982			TOTALES
		Última promoc.	Resto	Última promoc.	Resto	Última promoc.	Resto	Traslados	
A. Occidental	Junio-80	41	55	96	66	126	73	6	461
A. Oriental (1)	Junio-80	36	74	51	45	47	57	2	312
Aragón	Octubre-80	—	22	4	49	18	30	3	126
Baleares	Julio-80	2	9	17	53	18	21	1	121
Castilla-León	Octubre-80	3	63	30	99	29	58	—	282
Cataluña	Junio-80	233	977	254	405	319	239	2	2.423
Euskadi	Octubre-80	—	16	39	184	98	90	3	430
Galicia	Junio-80	54	79	46	59	55	92	5	385
Madrid	Junio-80	378	1.085	406	755	317	619	6	3.544
Navarra	Octubre-80	5	18	29	40	13	25	—	130
Norte	Octubre-80	2	35	34	80	44	29	3	227
Las Palmas	Octubre-80	9	18	15	46	16	16	—	120
P. Valenciano	Mayo-80	55	237	100	175	190	165	10	927
Tenerife	Noviembre-80	15	42	13	38	32	24	2	166
TOTALES		833	2.730	1.134	2.094	1.322	1.538	43	9.654

(1) N° colegiados al 30-Noviembre-82.

Premios del Colegio

En un acto celebrado tras la Junta General del Colegio, tuvo lugar el reparto de los Premios del Colegio. Trinidad Bonet e Inmaculada Redondo consiguieron, ex-equo, el que se concede a la mejor Memoria de Licenciatura. Presentaron memorias sobre los siguientes temas: "Desampero aprendido, influencia de un aprendizaje no-contingente en una situación posterior de aprendizaje" y "Análisis y validación de la teoría de Herzberg" respectivamente.

Por su parte el Premio de Prensa se

concedió a nuestro colega Juan del Val por el conjunto de los artículos publicados en el diario "El País" en los que ha realizado una importante labor de difusión de algunos problemas relacionados con nuestra profesión.

Como es sabido, los premios de Memoria de Licenciatura tienen por objeto vincular a los estudiantes que terminan sus estudios con nuestros problemas más acuciantes. A su vez, el de Prensa pretende estimular la presencia de la profesión psicólogo en la sociedad española.



Trinidad Bonet recibe el Premio de manos de Carlos Camarero.



Juan del Val recibe el Premio de manos de Carlos Camarero.



Inmaculada Redondo recibe el Premio de manos de Adolfo Hernández.

2º Premio de Memorias de Licenciatura 1982-83

La Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos convoca el Premio de Memorias de Licenciatura (tesinas) con la intención de favorecer y fomentar entre las nuevas generaciones de profesionales el estudio de las cuestiones que más preocupan a sus colegiados. El Premio será otorgado con arreglo a las siguientes Bases:

BASES DEL 2º PREMIO

1.— Las tesinas tendrán que haber sido leídas y aprobadas en el período comprendido entre septiembre de 1982 y julio de 1983, en cualquiera de las Facultades de Psicología estatales o privadas reconocidas oficialmente. (Nota: Facultad de Psicología o Sección de Psicología de las Facultades de Filosofía y Letras y/o de Filosofía y Ciencias de la Educación). También se podrán presentar las Memorias leídas y aprobadas en el mismo período, en la Escuela de Psicología de la Universidad Complutense. Sólo se admitirán las escritas en castellano.

2.— El tema será libre, orientado hacia nuevas áreas de intervención que sean de relevancia social y resulten de interés para el ejercicio profesional.

Áreas tales como:

— Análisis de las funciones, competencias y conocimientos necesari-

rios para el ejercicio de la Psicología en el marco hospitalario, con vistas a derivar un programa de formación.

— Programas de intervención en Psicología comunitaria.

— Programas de intervención para la mejora de la calidad de la enseñanza.

— Nuevas áreas de actividad del Psicólogo del Trabajo.

3.— Será condición para presentarse a los Premios estar colegiado, en alta y al corriente de los pagos, en cualquiera de las Delegaciones del Colegio Oficial de Psicólogos.

4.— Los trabajos se enviarán a la sede de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, c/ Fernández de los Ríos, 87-3º Izqda., Madrid-15. Las tesinas irán en sobre cerrado con un lema y se acompañarán de otro sobre en cuyo exterior figurará el mismo lema o seudónimo, y cuyo interior contendrá el nombre, dirección y número de colegiado. Se enviarán cinco copias de la tesina.

5.— La recepción de los trabajos se hará hasta el día 30 de diciembre de 1983. El fallo del Jurado se producirá en la segunda quincena de febrero de 1984.

6.— El Jurado estará compuesto por cinco miembros, y será designado por la Junta Rectora de la Delegación. Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple, siendo inapelable el fallo del Jurado.

7.— El Premio podrá ser declarado desierto. Los trabajos no premiados serán devueltos, quedando a disposición de la Delegación una copia.

8.— La Delegación de Madrid tendrá los derechos de publicación y reproducción total o parcial, de las tesinas premiadas.

9.— La dotación del primer Premio es de 60.000 Ptas., y la del segundo Premio de 30.000 Ptas.

10.— La presentación a los Premios supone la plena aceptación de las Bases de esta convocatoria.

Premio Periodístico 2ª edición - 1983 (extractos)

Habrán tres premios, uno de 50.000 Ptas., correspondiente a artículos de tipo general, y dos accésit de 25.000 Ptas., para artículos de áreas especializadas: Psicología Escolar, Psicología Clínica, Psicología del Trabajo, Psicología Comunitaria, Psicología Social, etc.

Los trabajos periodísticos versarán sobre algún aspecto relativo a la profesión de psicólogo, que mejor contribuya a divulgar la profesión y su problemática actual.

Los trabajos que vayan a concursar deberán ser o haber sido publicados a lo largo de 1983, debiendo ser recibidos en la Secretaría de la Delegación, c/ Fernández de los Ríos, 87, 3º Izqda., Madrid-15, hasta el 15 de Enero de 1984.

El Jurado será designado por la Junta Rectora de la Delegación.

Nuevas Juntas Rectoras

Navarra

En Asamblea General celebrada el 15 de diciembre por la Delegación de Navarra, se renovó parcialmente la composición de la Junta Rectora. Presidente es elegido Jesús Menéndez y vicepresidente, Ricardo Luque. Asimismo se eligen vocales de defensa de la profesión —Rafael Belarra—, psicología clínica —Jesús Martínez— y psicología escolar —Gloria Ruiz—.

Las Palmas

Con fecha 20 de abril nos ha sido comunicado por la Delegación de Las Palmas de nuestro Colegio la proclamación de la nueva Junta Rectora de aquella Delegación constituida automáticamente al ser la única candidatura presentada.

Sus componentes son los siguientes: José Enrique Hernández —presidente—, José Juan Castellano —vicepresidente—, Manuel Martín —secretario—, Francisco Valido —vice-secretario—, Ernesto Baena —tesorero— y los vocales: Elena Cortés, Juan Fernando Pérez, Celso Domínguez, Ceferino Artilles, Francisco Pérez, Antonio M. Castellano, Julio Teigell y María del Carmen Mesa.

Galicia

El 16 de abril se celebró Xunta Xeneral (Junta General) de la Delegación de Galicia de nuestro Colegio. En ella se eligió para la Delegación una Junta Gestora compuesta de la siguiente manera: Miguel Pérez, Manuel Pazos, Amador Estévez, Juan Sepúlveda y Angel Fortes.

Aragón

El 25 de abril quedó proclamada la nueva Junta Rectora de la Delegación de Aragón de nuestro Colegio. Se proclamó única candidatura presentada. Sus componentes son los siguientes: Joaquín Sancho —presidente—, Miguel Crespo —secretario—, Teresa Muntadas —tesorera— y los vocales: María José Gasca, Angel García, Ana Castañer, Juan Cosme, Blanca Villarroja, Manuel Hernanz, Inés Aparicio y Emérita Bara.

Del programa electoral con que se presentaron a las elecciones destacamos los siguientes párrafos en los que sistematizan los objetivos a conseguir por la nueva Junta.

— Favorecer el sistema relacional entre los colegiados, promoviendo y canalizando actividades integradoras.

— Fomentar, dentro de lo posible, una mayor dinámica de participación de los colegiados, de modo que el Colegio no sea meramente una estructura burocrática.

Constitución de una Subdelegación en Murcia

Con vistas a la posible futura constitución de una delegación del Colegio en la región autónoma de Murcia, la Junta Rectora de la Delegación de Madrid convocó elecciones para la formación de una Junta Gestora de la Subdelegación de Murcia.

En efecto, los Estatutos del Colegio contemplan la posibilidad de que se formen nuevas delegaciones a propuesta de suficiente número de colegiados. Varios colegiados de Murcia que hoy forman parte de la delegación de Madrid, se dirigieron a nuestra Junta Rectora interesándose por materializar en su región esa posibilidad. La pretensión parece razonable: es de suponer que en un futuro, si eso no es ya hoy así, sean variados los temas en los que los psicólogos tengan que dirigirse a las autoridades autonómicas para tratar temas específicos de la región. Cualquiera proceso negociador o reivindicativo en ese sentido se vería facilitado por la existencia de una Delegación que tuviera el mismo ámbito territorial que la autonomía correspondiente.

Atendiendo a esas razones, la Junta Rectora de la Delegación de Ma-

dríd, convocó, como primer paso en ese sentido, elecciones para la constitución de una Junta Gestora que pusiera en marcha la subdelegación de Murcia de la Delegación de Madrid.

Tras la realización de esa convocatoria, ha sido proclamada el 24 de marzo Junta Gestora de la subdelegación de Murcia, la única candidatura que a tales elecciones se había presentado.

Está formada por los siguientes miembros: Antonio Coy —presidente—, José Buendía —secretario—, Miguel García —tesorero— y los vocales: Josefa Tovar y Conrado Navalon.

El programa que presentaron a los colegiados murcianos viene redactado en cinco puntos.

1º.— Necesidad de una representación legal en Murcia del Colegio.

2º.— Fomentar el conocimiento de la función social del psicólogo.

3º.— Favorecer la formación permanente del psicólogo.

4º.— Exigencia de la Administración de los medios institucionales precisos para que la función de la Psicología pueda llegar a ser realmente un servicio público.

5º.— Tratar de mejorar las actuales condiciones y posibilidades del psicólogo, mediante la coordinación informativa.

Boletines de las delegaciones



A la ya veterana Full Informatiu del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, que en marzo llegó al número 11 se han venido sumando nuevas publicaciones de otras delegaciones. Desde nuestro número anterior de Papeles del Colegio tenemos que registrar la aparición de varias de ellas en las que se tocan temas de gran interés.

Así, recibimos en diciembre el segundo número de Colegio Oficial de Psicólogos, Andalucía Occidental. En él se informa de la actividad de la delegación, de cursos y congresos y se da noticia de novedades bibliográficas.

En febrero nos llegó el número cero del Butlletí de la delegació del País Valencià, Informació psicològica y luego en marzo el número uno. Además de la imprescindible información colegial y profesional un par de colaboraciones: una entrevista con el profesor Helio Carpintero y la reproducción de un artículo de Michele d'Agostino y Anne-Marie Raimbault sobre la forma simbólica del juego.

En abril hemos recibido desde Santa Cruz de Tenerife el número cero de Síntesis, informativo de la Delegación del Colegio Oficial de Psicólogos de Santa Cruz de Tenerife. También en él encontramos la información colegial, profesional, bibliográfica. Una colaboración sobre los estereotipos canarios cierra el contenido de este número cero.

La multiplicación de los órganos de información de nuestras delegaciones redundará, sin duda, en mayor unión de la profesión y en su mayor presencia social.

Nueva dirección

Baleares.— San Roque, 8 (estudio general Luliano). Palma de Mallorca. Tfno.: (971) 22 43 24. Horario: 19.00 a 20.30 h.

Salud Mental y Organización Mundial de la Salud

Traducción y resumen: Ricardo Lucas

RESUMENES DE DOCUMENTOS

DO
CU
MEN
TA
CION

1 "Classification et évaluation des services de Santé Mentale (Deuxième rapport intermédiaire d'un Groupe de travail)"

(Clasificación y evaluación de servicios de salud mental. Segundo informe interino de un Grupo de Trabajo). *Copenhague, OMS (Bureau regional de l'Europe), 1972, 92 págs., EURO 5405 II.*

La obtención de información sobre los recursos nacionales en servicios de salud mental constituye uno de los elementos esenciales del programa a largo plazo en salud mental de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Como parte de este programa durante el año 1970 les fue enviado un cuestionario a todos los Estados Miembros de Europa recibiendo la respuesta de 18 de ellos al final del mismo año. Para analizar los resultados y proceder a un intercambio de puntos de vista, se reunió en Dusseldorf, del 2 al 4 de noviembre de 1970, un Grupo de Trabajo formado por representantes de esos 18 países y seis observadores de la República Federal Alemana.

El Dr. May, Secretario de la reunión, hace observar en la introducción del informe, que los datos sobre los recursos obtenidos reflejan disparidades en los desarrollos de los servicios psiquiátricos de los distintos países que, por razones históricas o de otro tipo, habrían abordado el problema de los trastornos mentales de diferentes formas. No obstante, sea cual sea el estado actual de desarrollo de los servicios psiquiátricos, considera el Dr. May que todos los países persiguen dos objetivos principales. El primero consistiría en ir reemplazando progresivamente las grandes instalaciones creadas en el siglo XIX por unidades de tamaño más reducido situadas preferentemente en hospitales generales y en crear unidades extra-hospitalarias de diversos tipos tales como consultas externas, hospitales de día y nocturnos, centros de día y hogares. El segundo consistiría en substituir la atención indiferenciada

prestada a pacientes de todas las edades y que padecen afecciones de todo tipo, por una prestación de cuidados específicos.

El cuestionario enviado estaba dividido en tres partes: la parte A constaba de siete preguntas sobre los distintos aspectos de la organización y de la administración de los programas de salud mental a escala nacional; la parte B, de veinte preguntas sobre los servicios residenciales, ambulatorios y de día, puestos a la disposición de las distintas categorías de pacientes y la parte C, de catorce preguntas sobre el personal de los servicios de salud mental y la formación del mismo.

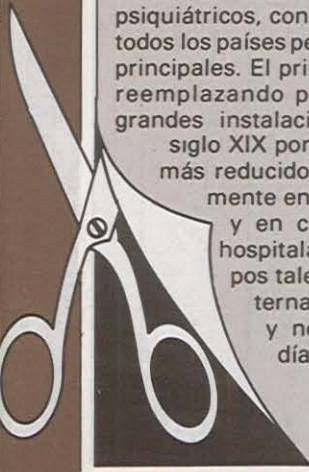
Las respuestas obtenidas mostraron que la planificación científica de los servicios de salud mental sólo existe en la teoría. La mayor parte de los sistemas de recolección de datos, debido a sus lagunas, son incapaces de dar cuenta y de seguir los procesos de transformación que se producen en los servicios psiquiátricos y de facilitar un inventario claro y completo de los recursos existentes en establecimientos y en personal. En estas circunstancias se hace imposible evaluar cuantitativamente las tendencias que se manifiestan en la asistencia extrahospitalaria o en la diferenciación de atenciones por categorías de pacientes. Esta ausencia de un sistema adecuado de recogida de datos acompaña a la práctica, demasiado frecuente en medicina y sobre todo en psiquiatría, consistente en no evaluar un servicio nada más que cuando un incidente de funcionamiento pone de relieve la necesidad de hacerlo, en lugar de efectuar un control de rendimiento permanente. Sin un conocimiento preciso del equipamiento disponible y de la forma en que es utilizado en la práctica, resulta asimismo imposible para los planificadores el descubrir una eventual modificación de las necesidades y de los servicios puestos a disposición de ciertas categorías especiales de pacientes. Las discusiones revelaron también la existencia de grandes diferencias entre los países examinados en lo relativo al grado de perfeccionamiento de los sistemas de recolección de datos, y que incluso los países que pudieron contestar de una forma detallada al cuestionario se declararon convencidos de la necesidad de una normalización de los términos administrativos utilizados.

2 "Le rôle du psychologue dans les services de Santé Mentale (Rapport d'un Groupe de travail)"

(El papel del psicólogo en los servicios de salud mental. Informe de un Grupo de trabajo). *Copenhague, OMS (Bureau regional de l'Europe), 1974, 53 págs. EURO 5428 I.*

Durante los años 1972 y 1973, la Oficina Regional para Europa de la OMS, organizó una serie de reuniones con el propósito de examinar la evolución de las necesidades en materia de salud mental al nivel de la comunidad y de buscar los mejores medios para satisfacerlas. Algunas de las reuniones fueron consagradas a analizar el papel de cada una de las profesiones que intervienen en las áreas de la salud y de la enfermedad mentales. El presente informe analiza el papel del psicólogo clínico en los servicios de salud europeos y es el resultado de una reunión de trabajo celebrada en Cracovia (Polonia) durante los días 8 a 11 de mayo de 1973. Los participantes en la misma fueron invitados en calidad de expertos y no necesariamente como representantes de una institución. Entre ellos había siete psicólogos clínicos, dos psicopedagogos, tres psiquiatras, dos sociólogos y dos expertos en administración social. Se recibieron asimismo documentos de trabajo remitidos por los siguientes países: República Federal de Alemania, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Islandia, Italia, Países Bajos, Polonia, Gran Bretaña y Yugoslavia.

La finalidad del Grupo de Trabajo consistía menos en delimitar las funciones de los psicólogos clínicos que en poner de manifiesto la importancia de adoptar en esa cuestión criterios flexibles en atención a la rapidez actual de la evolución y de la multiplicación de las normas aplicables a las actividades profesionales. En lo que se refiere a las posibles tareas de los psicólogos desde el punto de vista de las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental, se estimó que podrían jugar un papel importante en las tareas de planificación. Más concretamente, los psicólogos clínicos deberían contribuir a facilitar la comprensión de las causas de los



trastornos mentales, más que a seguir considerando únicamente sus efectos. Dentro del marco de la orientación que enfatiza la acción preventiva se situaría también, para el psicólogo clínico, la necesidad de reaccionar de una forma crítica frente a las demandas de ampliación de los medios de asistencia clínica que emanan de la comunidad. El psicólogo clínico estaría también llamado a jugar un papel importante como educador y reformador en materia de salud mental, y por ello a poner en evidencia el peligro potencial que va unido, en este plano, a diversas situaciones de carácter social. El grupo de Trabajo estimó, asimismo, que los psicólogos clínicos no deberían olvidar el hecho de que es posible que sus propias instituciones necesiten ser modificadas. En lo que se refiere a la evaluación crítica de hospitales, dispensarios y otros sistemas de tratamiento psiquiátrico, el psicólogo clínico, por su formación en metodología, estaría también bien situado para encargarse de los programas de investigación y para evaluarlos. Recalca asimismo el informe que el

psicólogo clínico interviene ya de hecho, frecuentemente, en la formación de otros profesionales: médicos y psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales, agentes de servicios de tutela, etc.

Todos los participantes en la reunión manifestaron asimismo el convencimiento de que el psicólogo clínico debería tener una función más activa en la prevención: en cuanto a la prevención primaria le incumbiría la difícil tarea de mejorar la calidad de vida, modificando las condiciones de las instituciones sociales de tal modo que hubiera menos casos de inadaptación social y psicológica; en la prevención secundaria se ocuparía de la delimitación de los subgrupos vulnerables y de la detección de las familias y de los individuos necesitados de ayuda, para dársele antes de que las presiones a que están sometidos les causasen trastornos graves; en la prevención terciaria, el objetivo sería evitar las recaídas, que la enfermedad se hiciese crónica y que hubiese que hospitalizar al enfermo durante largo tiempo.

En cuanto a los trabajos de evaluación, al mismo tiempo que se constató una diversidad de funciones y una participación creciente en la actividad terapéutica, se verificó que los tests con fines diagnósticos constituyen probablemente el denominador más común en las formaciones y en los trabajos de los psicólogos clínicos en Europa. Las funciones de evaluación tendrían, así, una gran importancia en la profesión estimándose que, según todas las previsiones, constituirán en el futuro un dominio prevaletante de cualificaciones profesionales. Los psicólogos clínicos deberán tratar de evitar, en este terreno, las clasificaciones por categorías nosológicas y considerar los tests como parte integrante de un proceso dinámico de evaluación y de terapia. En todo caso la evaluación objetiva seguirá siendo una de los auxiliares más preciosos de la terapia, a condición de que no sea concebida como una operación estereotipada, definitiva, sino como una operación flexible y abierta a las modificaciones que pudiera exigir un tratamiento ulterior.

LOS PSICOLOGOS CLINICOS. RESUMEN DE FUNCIONES POR PAIS

País	1. Diagnóstico		2. Tratamiento							3. Investigación			4. Administración y encuadramiento
	Adultos	Niños	Psicoterapia individual	Terapia de conducta	Terapia de grupo	Socio-terapia	Paido-terapia	Servicio social y orientación en el marco familiar	Reeducación y modificación de la conducta	Desarrollo de test	Etiología	Tratamientos	
República Federal de Alemania	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
Bulgaria	X	X	X								X		
Dinamarca	X	X	X					X				X	
Finlandia	X	X	X				X	X					X
Francia	X	X				X		X					X
Irlanda	X	X	X				X	X	X			X	
Islandia	X	X	X					X		X			X
Italia													
Países Bajos	X	X	X	X	X			X			X		
Polonia I	X	X	X		X	X		X				X	
	(incluidos los informes de Medicina legal)												
Polonia II	X		X		X				X				
Gran Bretaña	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
	(incluidos los neurológicos y geriátricos)												
Yugoslavia	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	

País	5. Prevención y educación sanitaria	6. Funciones consultivas			7. Postcura	8. Readaptación			9. Docencia				10. Práctica Privada
		Educación	Gestión de Instituciones	Formación profesional		Criminales	Alcohólicos y toxicomanos	Minusválidos	Estudiantes de Medicina	Personal de enfermería	Asistentes sociales y ergoterapeutas	Docentes	
República Federal de Alemania	X	X				X	X		X				X
Bulgaria									X				
Dinamarca	X												
Finlandia	X												X
Francia	X		X										X
Irlanda	X	X						X	X	X	X	X	
Islandia													
Italia													
Países Bajos	X	X	X	X	X								X
Polonia I				X	X	X	X	X					
Polonia II					X				X				
Gran Bretaña	X								X	X	X		X
Yugoslavia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Algunos de los documentos de trabajo mostraron que las funciones de los psicólogos en la administración de tratamientos han aumentado a la vez en número y en diversidad. Se constató, también, la existencia de innovaciones en este terreno, especialmente las constituidas por la terapia de conducta y por diversos métodos de modificación de la conducta, que son competencia particular de los psicólogos clínicos. Se comprobó, también, un desplazamiento del interés que habría reducido el lugar casi excesivo que ocupaba la evaluación y aumentado el papel de los psicólogos clínicos en los tratamientos, aunque en ciertos países subsistirían todavía obstáculos jurídicos y de otro tipo a esta evolución. En cuanto a los problemas interprofesionales, el informe comienza constatando un cierto número de cambios y de hechos nuevos que tienden a modificar la orientación según la cual se adjudicaban a los psicólogos clínicos, dentro de los equipos de salud mental y en virtud de sus altas cualificaciones en materia de métodos psicométricos de evaluación, las tareas de diagnóstico y evaluación. Entre estos hechos se mencionan, en primer lugar, el que cada vez un número mayor de psicólogos practican hoy diversas formas de terapia; en segundo lugar, la aparición de un movimiento general de rechazo hacia la aproximación rigurosamente nosológica tanto en el dominio de la psicología clínica, como en el de la psiquiatría, que habría disminuido el énfasis en la evaluación en tanto que tal; en tercer lugar, los psicólogos clínicos han puesto a punto técnicas de terapia y de modificación de la conducta que, por el hecho de estar basadas principalmente sobre la teoría del aprendizaje, se sitúan fuera de la competencia de los psiquiatras. A este proceso de profesionalización creciente de los psicólogos han opuesto resistencia ciertos psiquiatras que han visto amenazada su posición de autoridad en el interior del modelo tradicional de equipo de salud mental. La mejora de las relaciones entre la psiquiatría y otras disciplinas de la salud mental exigiría así pues, fundamentalmente, que se reconsiderase la composición del equipo de salud mental: en primer lugar, debería ser más flexible; en segundo lugar, debería incluir a otros especialistas, por ejemplo a una enfermera de salud pública, a un psicólogo social o a un enseñante, de acuerdo con las características del problema planteado y el marco en el que se fuera a abordar; en tercer lugar, la toma de decisiones debería estar menos jerarquizada y descansar sobre la responsabilidad colectiva y sobre la adopción por consenso de un plan de tratamiento; y en cuarto lugar, debería ser posible hacer más accesible y menos lejana la ayuda de los clínicos.

En lo que se refiere a determinar cual sería la proporción de psicólogos clínicos

más adecuada en cada país, el informe señala la existencia de ciertas dificultades derivadas a su vez de la dificultad de determinar las necesidades presentes y futuras de la comunidad, y del hecho de que el papel y las funciones del psicólogo clínico evolucionan bastante rápidamente. En cuanto a la formación del psicólogo clínico, el Grupo de Trabajo consideró que no es suficiente que aquel sea formado en masa, obtenga un certificado universitario de psicología, trabaje en un servicio psicológico y obtenga quizá, después, un diploma. Su formación debería estar concebida como una especialización post-universitaria formal, combinada con una experiencia práctica. En sí, una formación puramente académica no basta si no está complementada con la experiencia práctica necesaria, y en este sentido se juzgó deseable que las facultades universitarias tuvieran directamente acceso a los hospitales y otros establecimientos para permitir a los estudiantes combinar su formación teórica y práctica durante todo el programa. Admitiendo las diferencias entre los sistemas de enseñanza de los distintos países, los psicólogos deberían tener una calificación clínica mínima a nivel, cuando menos, de licenciatura. El informe aporta también algunas sugerencias sobre el contenido, la duración y el marco de los programas de formación que, se señala, deberían permitir al psicólogo clínico conservar sus cualificaciones particulares y prepararlo para ser capaz de asumir diversos papeles en el contexto de un equipo de salud mental en evolución.

Anexos

Anexo I "Los psicólogos en doce servicios de salud europeos (Resumen de documentos de trabajo)" por el Dr. A. N. Oppenheim (incluye la tabla reproducida más arriba).

Anexo II "Extractos de algunos de los documentos de trabajo presentados por los participantes".

Anexo III "Orden del día".

Anexo IV "Lista de participantes".

3 "Evaluation des programmes d'éducation sanitaire en matière de Santé Mentale (Rapport d'un Groupe de travail)"

(Evaluación de programas de educación sanitaria en materia de salud mental. Informe de un Grupo de trabajo). Copenhague, OMS (Bureau Régional de l'Europe), 1974, 50 págs., EURO 5432 III.

Esta reunión, cuyos objetivos iniciales prioritarios eran analizar los aspectos profesionales y las técnicas de los programas de educación sanitaria en salud mental destinados a los jóvenes, tuvo lugar en Nancy (Francia) durante los

días 21 a 24 de mayo de 1973. La composición del Grupo de Trabajo, deliberadamente interdisciplinaria (administradores de la salud, médicos, psiquiatras, sociólogos, etc.) impidió que se llegase a un acuerdo —que por otra parte no era buscado dado el carácter exploratorio de la reunión—, a propósito del concepto de salud mental y de la definición de los objetivos de la educación sanitaria en el campo de la salud mental, aunque, en un principio, fue adoptada una de las dos definiciones de educación sanitaria propuestas por la OMS en un informe presentado por un grupo de expertos el año 1969: "... el efecto de todas las situaciones que, en la vida de un individuo, de un grupo o de una colectividad, pueden modificar sus creencias, su actitud y su comportamiento en relación con los problemas de la salud, así como los medios capaces de inducir los cambios de comportamiento que supone el acceso de la gente a un nivel óptimo de salud".

Para evitar permanecer en el nivel de las consideraciones demasiado exclusivamente teóricas y generales, se analizaron a continuación las experiencias de los distintos participantes sobre las realizaciones en curso o ya completadas en sus respectivos países extrayéndose, de este examen, las siguientes conclusiones provisionales: 1) sería conveniente admitir que la "componente salud mental", en la medida en que los comportamientos y sus cambios entran en juego, aparece explícita o implícitamente en todos los programas de salud pública cuando la educación sanitaria forma parte de los mismos; 2) cuando existe una alternativa más simple para la modificación del comportamiento que los educadores sanitarios esperan obtener por una acción de orden técnico, es evidentemente aquella la que, por razones de eficacia, tienden a escoger; 3) cuando la sociedad obtiene provecho de la venta de un producto que puede ser nocivo para la salud de una minoría que tiende a abusar de él, se trata para la educación sanitaria de decidir cual será el "blanco" de su acción.

En cuanto a los principios que habrían de orientar la educación sanitaria en salud mental se estimó que podrían utilizarse los que son válidos en la educación sanitaria en general, es decir: 1) estimar las necesidades, teniendo en cuenta no solamente los factores relativos a la salud, sino también, en la medida de lo posible, los múltiples factores socio-culturales, socio-económicos, psico-sociales y educativos, sobre todo aquellos que están ligados a la urbanización y a la industrialización rápidas; 2) definir los actores, los "grupos-objetivo" y el contenido; 3) apreciar la adecuación entre los medios y los objetivos; 4) utilizar las técnicas de la comunicación; 5) proceder a una eva-

DO
CU
MEN
TA
CION

luación final, o "sobre la marcha" —que permite, por un mecanismo de tipo retroactivo un ajuste continuo—, o, mejor todavía, utilizar los dos tipos.

Se estimó que estos principios podrían ser completados, en el caso de la educación sanitaria en salud mental, por los que se propusieron a continuación: 1) toma de conciencia por parte de cada individuo de sus propias potencialidades así como de los límites de estas, en relación con su entorno material e inmaterial; 2) incitar al individuo a sentirse implicado en la necesidad de superar por sí solo sus dificultades, ya sean percibidas como endógenas o como exógenas, y por lo tanto en la necesidad de maduración exigida por la vida en sociedad; 3) capacidad de escoger y de actuar en el momento oportuno, en particular en lo que concierne a los problemas de la salud personal y colectiva en tanto que miembros esclarecidos y autónomos de grupos de la sociedad.

Se consideraron, a continuación, los obstáculos, que se plantean a la educación sanitaria en salud mental en la medida en que su propósito es prevenir la aparición de enfermedades mentales: 1) en el plano conceptual, la etiología acusadamente polimorfa y a menudo desconocida de aquellas; 2) en el plano de las creencias y de las actitudes, los tabus que persisten en gran parte de los países de Europa respecto a aquellas, y que representan también un obstáculo de grandes dimensiones para la detección y el tratamiento precoces de, incluso, formas menores; 3) en el plano de la prevención primaria que se fija en el clima afectivo en el que se efectúan la "crianza" y la educación desde la más tierna infancia, el gran número de teorías y variedades de experiencias posibles, dada la multiplicidad de factores en juego. Tras destacar el papel que pueden jugar cierto número de innovaciones metodológicas, los participantes pasaron a discutir la cuestión de la evaluación de los resultados de la educación sanitaria en salud mental, siendo este problema el que suscitó las divergencias más profundas. A la cuestión básica de determinar si el dominio de la salud mental se presta mejor a la evaluación de los programas de educación sanitaria, los participantes respondieron negativamente de forma unánime, refiriéndose a algunas de las dificultades que parecen características del dominio de la salud mental: 1) la ausencia de un consenso de opiniones sobre el concepto mismo de salud mental; 2) la precariedad y relatividad de los criterios directos de salud mental; 3) el carácter discutido de los criterios indirectos como la delincuencia juvenil; 4) el tiempo de latencia entre la modificación, relativamente rápida por regla general, de los conocimientos, y los cambios conductuales esperados que a veces tardan años en producirse; 5) el incremento de las posibilidades de ver intervenir numerosos factores a medida que este lapso de tiempo se alarga: la relación eventual de causalidad

entre el cambio obtenido finalmente y la modificación inicial de los conocimientos disminuye proporcionalmente; 6) sin embargo, el razonamiento inverso ha de ser tomado también en consideración: si el cambio de comportamiento se produce con relativa rapidez, nada prueba que este nuevo comportamiento se prolongue y establezca el tiempo necesario para que la evaluación pueda ser considerada positiva.

El análisis de algunos ejemplos concretos habría demostrado, por otro lado, el papel esencial de muchas exigencias fundamentales que a veces son omitidas en materia de evaluación: 1) la formulación precisa y correcta de los objetivos; 2) la expectativa de un cambio apreciable; 3) la utilidad de los grupos testigo; 4) el recurso a una instancia o a una persona "neutra" como evaluador; 5) la renuncia inicial a querer realizar a cualquier precio las condiciones rigurosas de la experimentación en laboratorio.

El análisis, por último, de las áreas de prevención primaria y secundaria en salud mental, y diversas consideraciones hechas desde un punto de vista típicamente operacional, llevarían a admitir provisionalmente, según los participantes en la reunión, que la educación sanitaria en salud mental no tiene por que estar necesariamente integrada en el organigrama de los Ministerios de Sanidad y que igualmente, en última instancia, la flexibilidad de maniobra de la que precisa para ser eficaz podría exigir que no tuviese que ser concebida como un servicio en el sentido de una estructura administrativa.

Anexos

Anexo I "Tendencias nacionales (Síntesis de las contribuciones breves hechas por los consejeros temporales)" Dr. O. Jeanneret.

Anexo II "Principios a seguir para asegurar el éxito de los programas de educación sanitaria" Dr. B.M. Tomic.

Anexo III "Obstáculos posibles a la puesta en acción de un programa de educación sanitaria en materia de salud mental". Prof. A.M. Serise.

Anexo IV "Obstáculos posibles a la puesta en marcha de programas de educación sanitaria". Dr. E. Cotton.

Anexo V "La evaluación de programas de educación sanitaria". Dr. A. Yarrow.

Anexo VI "Lista de participantes".

May. A.R. "Les services de Sante Mentale en Europe (Analyse des réponses a un questionnaire de l'OMS)"

(Los servicios de Salud Mental en Europa. Análisis de las respuestas dadas a un cuestionario de la OMS). Geneve, OMS, 1976, 63 págs. Publication offset nº 25.

El autor, funcionario de la Oficina

Regional para Europa de la OMS, analiza detalladamente en este trabajo las respuestas dadas por las administraciones centrales de 30 Estados Miembros de la región, a un cuestionario que les fue enviado en el curso de los años 1971 a 1972. El propósito de la OMS era el de obtener información útil para llevar a cabo su programa regional a largo plazo en el área de la salud mental, y para estar al corriente de las innovaciones interesantes que pudieran producirse en ciertos países.

Los datos obtenidos sobre la organización de los servicios de salud mental permiten, según el autor, ciertas deducciones. En primer lugar, dado que la configuración de los servicios está determinada en gran medida por la estructura política, económica y social nacional, está claro que el esquema de organización adoptado en un país no es necesariamente trasponible a otro, sin embargo, existen ciertos principios que se aplican en la administración de todos los servicios. Dada la multiplicidad de autoridades de las que dependen los servicios destinados a los enfermos mentales, sería capital coordinar los esfuerzos de todos los que intervienen en la materia. La decisión política, fundada sobre las opiniones médicas, está centralizada, pero su puesta en práctica es objeto de negociaciones entre todas las partes interesadas. Se debería animar al público, generalmente a escala local, a participar en la planificación de servicios que respondan a las necesidades de todos los sectores de la colectividad, incluidos los grupos vulnerables y los que están en una posición social de dependencia o desventaja.

El cuestionario fue concebido de modo que permitiese estudiar más particularmente dos tendencias fundamentales aparecidas estos últimos años en Europa en el campo de la asistencia en salud mental: de una parte, la importancia acordada a los equipamientos extrahospitalarios considerados como el principal elemento de un servicio orientado hacia la colectividad y, de otra parte, la creación de servicios especializados para ciertas categorías de enfermos. En este último terreno, la tendencia clasificar y separar a los enfermos según los criterios tales como la edad, el diagnóstico o las necesidades particulares se manifestó menos netamente en los países donde los servicios de salud y de prevención social están poco desarrollados y en los que los recursos económicos son limitados, que en aquellos que al disponer de personal y de equipamientos numerosos y variados, pueden permitirse el diferenciar los servicios destinados a ciertas categorías de enfermos. En los países en los que los servicios de salud mental, están más desarrollados, y, en particular, donde los recursos extrahospitalarios ofrecen una gama de alternativas más amplia a la asistencia en hospitales psiquiátricos, se constató una clara tendencia a la especialización de los servicios que se revela en las posibilidades de formación especializada y en el esta-

blecimiento de servicios distintos para las diferentes categorías de enfermos.

Los puntos del cuestionario relativos a las estadísticas sobre enfermos se limitaban a preguntas sencillas sobre el número de admisiones, de salidas y de defunciones y sobre la duración de las estancias en los distintos establecimientos residenciales. No se pedían detalles sobre las características de los enfermos en función de su edad, sexo, diagnóstico, o de otras clasificaciones demográficas. El objetivo consistía en recoger, en tantos países como fuera posible, los datos que permitieran hacerse una idea del modo nacional de utilización de los distintos servicios.

En cuanto al personal de los servicios psiquiátricos, el análisis de los datos obtenidos mostraría que una serie de factores, tales como la transición desde el régimen carcelario de los hospitales psiquiátricos hacia un régimen terapéutico más liberal, la expansión que ha experimentado la asistencia ambulatoria y el interés manifestado por la psiquiatría social y la intervención de los factores psicosociales, habrían originado una demanda de efectivos más numerosos de trabajadores de la salud mental en posesión de una variada gama de aptitudes pluridisciplinarias. Este estudio habría demostrado, según el autor, que es posible, en el marco de una encuesta internacional, conseguir información sobre los aspectos más generales de la organización del personal y de los recursos materiales de los servicios de salud mental. Se trataría ahora, señala por último el autor, de estudiar el funcionamiento de los servicios de salud mental en las pequeñas colectividades, en las que se podrían recoger informaciones más precisas sobre la distribución de las distintas categorías de personal y de enfermos en los diferentes servicios y sobre los resultados de los diversos métodos de tratamiento aplicados a los enfermos de cada categoría, y en donde la reducida escala del campo de estudio permitiría una mejor comparación de los datos. Un estudio de este género, uno de cuyos objetivos más importantes va a ser el de establecer las normas y los índices que permitan determinar si un servicio es adecuado y aceptable y evaluar la eficacia de los procedimientos vigentes, ha sido ya puesto en marcha por la Oficina Regional de la OMS para Europa en nueve países de la región.

5 "Contraintes pesant sur le développement des services de Sante Mentale (Rapport sur la reunion d'un Groupe de travail. Cork, 28 juin-1er juillet 1977)"

(Dificultades que impiden el desarrollo de los servicios de salud mental. Informe sobre la reunión de un Grupo

de trabajo). *Copenhague, Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Regional de l'Europe), 1978, 37 págs. ICP/MNH 030 II.*

El grupo de trabajo reunido por la OMS con el propósito de examinar las dificultades que impiden el desarrollo de servicios de salud mental, estaba integrado por 21 expertos de 16 países de Europa y de los Estados Unidos, y por dos funcionarios de la Oficina Regional para Europa de la OMS, entre los que encontraban psicólogos clínicos, psiquiatras, administradores de hospitales y de servicios de salud mental, miembros del personal psiquiátrico universitario con responsabilidades importantes en la enseñanza y la investigación, cuadros superiores de la medicina y de la administración trabajando en los departamentos regionales y nacionales de la salud mental, y enfermeros psiquiátricos trabajando sobre el terreno y en los servicios administrativos.

Con el fin de abordar sin dilaciones la tarea principal, que consistía en formular un conjunto de recomendaciones, se admitió por principio que existía un acuerdo sobre cuestiones teóricas tales como los parámetros de la enfermedad psiquiátrica, el dominio de intervención conveniente para los servicios de salud mental y el objetivo fijado por la OMS, es decir la organización de servicios de salud mental integrados y universales en la comunidad. Se examinaron a continuación, para cada país representado, y sobre la base de documentos de trabajo expresamente elaborados para este fin, una serie de factores para determinar en que medida actuaban como obstáculos para el desarrollo de servicios de salud mental. Los factores analizados fueron los siguientes: escasez de informaciones adecuadas sobre la naturaleza y la amplitud de los problemas de la salud mental y sobre los recursos disponibles para hacerles frente; ausencia de una política nacional de salud mental; escasez de servicios y dificultades de acceso a los existentes; personal insuficiente; escasez de recursos financieros; legislación inadecuada y obsoleta; actitud sesgada del público y de los profesionales hacia el enfermo mental; resistencia al cambio; e insuficiencias de la investigación. En el curso de este examen se estimó conveniente agrupar los distintos obstáculos o dificultades observadas bajo los seis epígrafes siguientes: obstáculos relativos a las actitudes, a la información, al personal, a los recursos materiales, a la coordinación y a la administración y las políticas. Al intentar definir con más precisión el concepto de asistencia completa en salud mental en la comunidad, el grupo de trabajo reconoció la existencia de dos diferentes concepciones: la predominante en Norteamérica (orientación comunitaria del equipo de salud mental), y la predominante en Europa (preeminencia de un campo de actuación liberal y no institucional). En la discusión que siguió al examen de cada uno de los

obstáculos que se oponen al desarrollo de servicios integrados de salud mental en la comunidad, y de los medios precisos para superarlos, se adoptó una perspectiva global de la cuestión admitiendo constantemente que, para merecer el calificativo de integrados, los servicios de salud mental deberían atender los problemas de salud mental de la comunidad así como los problemas de enfermedad mental de los individuos y de las familias, y esto en el marco geográfico y arquitectónico mejor adaptado a la solución eficaz de esos problemas. De acuerdo con las conclusiones del documento, las deliberaciones tuvieron sobre todo el interés de demostrar que la escasez de recursos materiales y financieros y la penuria de personal especializado no constituyen el primer obstáculo —como dejaban suponer los informes elaborados por los representantes de cada país antes de la reunión—, para el desarrollo de servicios de salud mental, sino que este residiría en las actitudes de prevención, los prejuicios, el temor y la ignorancia que hacia la enfermedad mental manifiestan por igual el público, los profesionales de la salud mental, los planificadores de políticas y de programas nacionales, y los gobiernos. Otros obstáculos importantes, pero menos decisivos, serían los planteados por la escasez de personal, sobre todo de auxiliares médicos y de personal administrativo experimentado capaz de asumir tareas de dirección.

Recomendaciones

1) Es preciso luchar contra la inercia, la prevención y los prejuicios en el seno de la colectividad haciendo conocer mejor la salud y la enfermedad mentales, lo que supone sobre todo una intervención mucho más profunda de los profesionales en los campos de las relaciones públicas, la prensa, la radio y la televisión.

2) Es preciso reducir la ignorancia, en este terreno, del gran público y de las organizaciones o de las personalidades influyentes, sobre todo los legisladores y administradores a escala local y nacional, proporcionándoles informaciones concretas más numerosas sobre las enfermedades mentales y los problemas de la salud mental, así como sobre el carácter, los objetivos y las posibilidades de los servicios de salud mental en la colectividad.

3) Los profesionales de los hospitales psiquiátricos y de los equipos de salud mental que trabajan en la colectividad precisan de una formación profesional continua considerablemente reforzada y que tenga en cuenta el progreso de los conocimientos y la evolución de las prácticas clínicas relacionadas con la salud mental en la colectividad.

4) Los servicios de enseñanza debe-

DO
CU
MEN
TA
CION

rían preocuparse más de inculcar a los adolescentes y a los adultos jóvenes los principios fundamentales de la prevención en materia de salud mental.

5) Es preciso reducir la escasez de mano de obra concediendo prioridad al desarrollo del personal, financiado por los ingresos, más que a la construcción de edificios nuevos, financiados por la aportación de capitales, salvo en el caso de que sean absolutamente necesarios.

6) La solución de los problemas de personal depende de la selección del mismo que a su vez está influida por la imagen que el público se hace de la salud mental en tanto que disciplina; es, por tanto, necesaria una reevaluación radical de los programas de formación y de la definición de sus atribuciones.

7) Es preciso remediar la insuficiencia de recursos materiales de la manera menos costosa posible sin perjuicio de la eficacia, lo que determinará que a menudo se deba conceder preferencia o prioridad a la modificación o a la redistribución de los recursos existentes y no a la construcción de instalaciones enteramente nuevas.

8) Es preciso poner fin a las insuficiencias de coordinación mejorando la formación y la investigación sobre las cuestiones administrativas, aumentando la participación de los médicos periféricos o del personal que trabaja sobre el terreno de todos los organismos implicados en la planificación de programas locales de los cuales tendrán finalmente la responsabilidad, y confiando a los ministerios y a los departamentos apropiados la tarea de fijar conjuntamente los objetivos nacionales y regionales.

9) Es preciso liberalizar la legislación restrictiva en materia de salud mental de modo que concuerde con la concepción generalmente reconocida de los derechos del hombre. El personal de la salud mental tiene que fijar normas éticas y establecer procedimientos de control. La legislación de la salud mental exige una revisión periódica y ha de ser compatible con las demás leyes sociales.

6 "Changing patterns in mental health care (Report on a WHO Working Group)"

(Modelos cambiantes en la Asistencia en salud mental. Informe de un Grupo de Trabajo de la OMS). *Copenhagen, OMS (Regional Office for Europe), 1980, 50 págs., EURO Report AND studies, nº 25.*

La transición de la asistencia institucional —más de un millón de personas en hospitales psiquiátricos en Europa, una cuarta parte de los cuales cuenta con más de 1.000 camas— a la asistencia integrada comunitaria para los enfermos mentales, es uno de los objetivos principales del programa de salud mental para Europa de la OMS.

Dentro del marco de este programa y

del subprograma de desarrollo de la asistencia comunitaria en salud mental, la Oficina Regional se ha comprometido en una serie de actividades coordinadas para examinar y estimular los nuevos desarrollos y cambios en los modelos de asistencia a las personas con trastornos mentales. En este sentido están siendo ya exploradas, en relación con la intención declarada de muchos gobiernos, las posibilidades de incrementar los servicios extrahospitales, de rehabilitación ocupacional y de alojamiento de las personas crónicamente incapacitadas en hogares y residencias supervisadas. Existen indicios de que la provisión de unidades psiquiátricas en los hospitales generales, de unidades de intervención en crisis y de una serie de equipamientos ambulatorios —clínicas extrahospitalarias, hospitales de día, centros de día, unidades de rehabilitación y talleres protegidos— está permitiendo proporcionar tratamiento en la comunidad a muchos pacientes que de otro modo tendrían que ser admitidos en los hospitales psiquiátricos.

La Oficina Regional está interesada, de acuerdo con esta política, en analizar las formas en las que los nuevos desarrollos en el campo de la asistencia comunitaria en salud mental están siendo llevados a cabo en los distintos países europeos a escala nacional, regional o local, y en determinar en qué grado están contribuyendo al incremento de la eficacia de la asistencia a los enfermos mentales e incapacitados. Con este propósito fue convocado —en Colonia, durante los días 27 de noviembre a 1 de diciembre de 1978—, el Grupo de Trabajo redactor de este informe. Su objetivo principal fue el de examinar una serie de desarrollos recientes habidos en varios países europeos, en los que se habían planificado y llevado a efecto una serie de innovaciones en materia de asistencia en salud mental, y en determinar hasta qué punto podrían y deberían ser aplicados a una escala más amplia. El foco de la investigación se fijó así, más que en las tendencias nacionales, en cierto número de experiencias locales seleccionadas que podrían servir como modelos de demostración para desarrollos futuros. Los documentos de trabajo presentados durante la reunión, junto con la discusión que se hizo de cada uno de ellos, evidenciaron que la asistencia en salud mental está, en la mayor parte de Europa, en un estado de transición marcado por la adopción de una serie de medidas prácticas específicas, que podrían ser aplicadas a una escala más amplia para iniciar o acelerar el proceso de cambio desde la asistencia tradicional de tipo custodial, hacia la asistencia integrada comunitaria en salud mental. Desde esta perspectiva, el Grupo de trabajo lamentó el hecho de que en algunos países europeos se estuviesen construyendo todavía grandes hospitales psiquiátricos, y expuso la opinión de que no deberían crearse más instituciones de ese tipo recomendando al mismo

tiempo que, en el futuro, las nuevas unidades para internados sean situadas en, o estén estrechamente relacionadas con, los hospitales generales.

Recomendaciones

1) La progresiva declinación de los hospitales psiquiátricos existentes deberá ser organizada en varias etapas y deberá coincidir con la creación de servicios alternativos basados en la comunidad. En ningún caso se dará de alta a los pacientes crónicamente enfermos o incapacitados hasta que no se hayan creado en la comunidad los servicios de apoyo adecuados.

2) Deberán desarrollarse, dentro de cada área de población asistida por los servicios, equipamientos para la post-asistencia y la rehabilitación. La continuidad de la asistencia en salud mental fuera del sistema hospitalario, sea en hogares residenciales, residencias, talleres protegidos u otro tipo de instalaciones, podría costearse con fondos colectivos o planes de subsidio.

3) Deberán establecerse en cada país y región orientaciones sólidas en lo referente a la asignación de mano de obra especializada y del tiempo de trabajo dedicado a actividades que no estén directamente conectadas con la asistencia clínica a los pacientes, particularmente en lo que se refiere a las tareas preventivas, de orientación y consultivas. Donde sea apropiado, las obligaciones de esta clase, serán especificadas en los contratos de los servicios de salud mental.

4) Deberán posibilitarse, como una parte de las obligaciones y responsabilidades, las visitas domiciliarias de los psiquiatras y de los demás miembros del equipo de salud mental, especialmente en relación con la exploración previa a la admisión y con el seguimiento post-asistencia de los pacientes dados de alta del hospital.

5) En la planificación de servicios de salud mental deberá hacerse una clara distinción entre los niveles de asistencia primario y secundario. La contribución de médicos, trabajadores sociales y otros profesionales a la asistencia primaria del enfermo mental deberá, donde ello sea posible, estar apoyada y reforzada por la creación de relaciones de trabajo efectivas con los servicios psiquiátricos del área, así como por la provisión de oportunidades para la formación continua de todos los grupos profesionales en el campo de la asistencia en salud mental.

6) Deberá desarrollarse en cada área un tipo sencillo de documentación básica, manteniendo cuidadosamente la confidencialidad de los datos personales, que permita el control de las actividades y de la utilización de las diferentes secciones del servicio y el cálculo exacto de las estadísticas básicas sobre la asistencia a los pacientes en todas las partes del sistema, es decir, de pacientes internados, pacientes de día, pacientes externos, prevención, rehabilitación y post-asistencia.



sala de lecturas

Cambio en la política social

La política social en España



boletín de estudios y documentación de
SERVICIOS SOCIALES

MONOGRAFÍA N.º 13

Instituto Nacional de Servicios Sociales
La política social en España
Monografía del Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales
Madrid. Diciembre 1982

El Gabinete de Estudios de la Fundación Hogar del Empleado programó entre el 27 de abril y el 31 de mayo de 1982 un seminario sobre la política social de España. El Colegio Oficial de Psicólogos y la Asociación de Asistentes Sociales, como es bien sabido, colaboraron en su organización. *Papeles del Colegio* ya dio cuenta de este seminario en su momento. Ahora publica las ponencias fundamentales el Instituto Nacional de Estudios Sociales, en una Monografía de su *Boletín de Estudios y Documentación de los Servicios Sociales*.

La monografía recoge una parte del seminario, aquella formada por las ponencias e intervenciones que tocaron más de cerca los temas generales; las comunicaciones más especializadas han quedado fuera; no por ello, el texto que tenemos entre manos ha perdido el carácter multidisciplinario, la intención globalizadora, que tan elogiada fue por los asistentes al seminario; en estos momentos, lo sería

aún más, pues nos parece que este enfoque interdisciplinario y globalizador es tanto más necesario cuanto que el gobierno de la nación intenta un cambio regenerador de toda la vida nacional, no sólo, evidentemente, de los servicios sociales: si se olvidaran aspectos fundamentales de la política social como la estrategia político-económica global, es decir la aplicación de recursos escasos a necesidades prácticamente infinitas, en vez de cambio podría engendrarse un caos, cuyo inevitable punto final no sería el cambio sino la reproducción del "modelo" ya existente.

Gregorio Rodríguez Cabero presenta una ponencia sobre el estado de bienestar y política social. En ella afirma que el desarrollo y dinámica del cambio social resultan de una polarización a tres campo factorial de tres dimensiones lineales: individuo/estado, igualdad/libertad, masa/élite: los programas de política social son la consecuencia de la interacción dinámica de esos tres ejes polarizados.

En el trabajo "La hacienda pública y las necesidades sociales, marco constitucional", Alvaro Rodríguez Bereijo constata que los Presupuestos Generales del Estado poseen en sí mismos una carga política, constituyen en realidad un espacio político en el que se expresan y dirimen los antagonismos sociales y se consensuan el conflicto de la Constitución española implica, según el autor, una reorientación efectiva de la Hacienda Pública como gestora de una distribución equitativa.

Por su parte, el trabajo de Francisco Salinas "Las necesidades sociales en España" centra su atención en el concepto de necesidad social como subproducto del sistema económico-social.

Patrocinio Las Heras esboza a grandes rasgos los "criterios para un nuevo modelo de política social", que ya quedara reflejado en su libro *Introducción al bienestar social*, formulando la cuestión de cómo abordar el modelo de política social que necesita este país, desde un planteamiento de acción interprofesional e intercomunitario. Para

Las Heras, el problema fundamental a tener en cuenta es el acuerdo que debe existir entre profesionales, políticos, movimientos sociales, etc., acerca de los criterios inspiradores de una actividad conjunta, con el fin de aportar soluciones integradas, pues en la actualidad se da una gran dispersión entre los distintos sectores, organismos, profesionales, etc.

Carlos Camarero, en su trabajo "Servicios sociales y calidad de vida", hace un breve recorrido por las distintas realizaciones sociales, centrándose en los aspectos de salud y educación como integradores del conjunto de actividades en materia social. En el tema de la salud, critica el actual sistema sanitario, excesivamente medicalizado, donde se han obviado los demás aspectos sociales que producen enfermedad y no se tiene en cuenta la actividad preventiva, lo que dificulta la creación de servicios sociales que corrijan semejante situación. En el de la educación plantea que la misma no sea reproductora del sistema social sino que modifique el sistema de valores imperante: hace hincapié en que la acústica del "nivel de vida" sea sustituida por la demanda de la calidad de vida.

Los trabajos de Rosa Doménech y de Gerardo Hernández Les se centran en experiencias concretas de organización del área de servicios sociales en el Ayuntamiento de Barcelona en el caso de la primera, y de un servicio concreto de ancianos de la Diputación de Madrid, en el del segundo. ■

Aprender y enseñar

Angel Pérez Gómez y
Julián Almaraz (comp.)

Lecturas de aprendizaje y enseñanza

Editorial Zero Zyx. Madrid 1981

En un campo donde la seudociencia, tratando de cubrir sus desnudeces, no ha encontrado a menudo otro ropaje que intolerancias de algún doctrinarismo de escuela, ha de ser bienvenida

El Instituto Nacional de Servicios sociales presenta el cambio en la política social

Página 51

Lecturas de aprendizaje y enseñanza

Página 51

La palabra en el grupo terapéutico

Página 52

Rom Harré sobre el ser social

Página 52

Libros recibidos

Página 54

Revistas recibidas

Página 54



una obra nada doctrinaria, antes, al contrario, abierta en redondo a los cuatro puntos cardinales de lo que hoy constituye obligado horizonte de referencia en la investigación empírica y en el análisis teórico de los procesos que denominamos "aprender" y "enseñar": la psicología conductista ortodoxa del condicionamiento operante y su ampliación-desviación a una teoría del aprendizaje social, la psicología soviética del aprendizaje, la psicología genética de la escuela de Ginebra, los más recientes modelos de procesamiento de la información. Los autores y compiladores de la obra, Angel Pérez y Julián Almaraz, profesores universitarios, respectivamente, en Pedagogía y en Psicología, han rendido un apreciable servicio a ambas disciplinas, reuniendo en un sólo volumen textos de tan dispar procedencia y que rara vez el estudiante o estudiante de estas materias tiene la oportunidad de ver juntos, no meramente yuxtapuestos, sino confrontados.

Es acierto de los compiladores haber escogido textos que dan la altura unos frente a otros y que, justo en eso, a veces de manera muy explícita, se miden polémicamente entre sí. Al lado mismo del esclarecedor análisis de un "converso" del paradigma conductista estímulo-respuesta a un paradigma cognitivo, como es el trabajo de R. C. Bolles (1975) sobre "aprendizaje, motivación y cognición", yace y replica el discurso del más distinguido recalcitrante en el antiguo paradigma, B. F. Skinner (1978), irónico, como de costumbre, en el tratamiento de sus adversarios y chispeante en la autojustificación que nos propone de "¿por qué no soy un psicólogo cognitivo?".

Más de veinte trabajos de primer orden, algunos de ellos insustituibles para el conocimiento de la materia, están recogidos en las sustanciosas quinientas páginas del libro. Aunque no superiores a otros, quizá sí más representativos, en tanto que en pocas páginas sucintamente desarrollan una completa teoría del aprendizaje, bajo esta consideración sobresalen los de Bindra (1978), trayendo el proceso de aprendizaje de la conducta

adaptativa a términos perceptivo-motivacionales; de Bandura (1977), enmarcando antiguas tesis suyas sobre aprendizaje social en el principio analítico genérico de un recíproco determinismo entre los diversos sistemas conductuales (persona, situación, comportamiento); y de Mahoney (1974) en una reinterpretación del aprender como procesamiento de información, con especial énfasis en los mecanismos y almacenamiento de memoria. Bajo otro punto de vista, maestros y educadores, en orden a la práctica, encontrarán del mayor interés, en cambio, artículos como el de Landa (1976) —"la capacidad de pensar, ¿cómo puede enseñarse?"— de inmediata aplicabilidad en la actividad educativa.

Los diferentes capítulos que integran el volumen son introducidos por excelentes presentaciones de Angel Pérez o Julián Almaraz, que colocan a cada texto en su contexto y dan las pistas principales para orientarse en un terreno objetivamente intrincado, además de disparmente cartografiados por las distintas teorías. Estas presentaciones poseen valor por sí mismas, aún con independencia de los textos a los que introducen, e incluso el iniciado en la materia, conocedor del terreno que se pisa, sale beneficiado, enriquecido, merced a las claves de lectura de análisis, que los compiladores ofrecen.

La aportación hispana al libro se completa con un buen capítulo final, del profesor Gimeno Sacristán, que trae la teoría del aprendizaje al cotidiano suelo de la práctica de la enseñanza, en la escuela o fuera de ella. En cuanto a los textos traducidos, que son los más numerosos, la tersura lingüística y el rigor en el léxico científico con que el traductor, Angel Fernández, ha encontrado digna versión castellana, contribuyen de manera decisiva a redondear un libro imprescindible.

Alfredo Fierro

Grupos y psicoanálisis



Ignacio Gárate Martínez El sentido prohibido (La palabra en el grupo terapéutico)

Editorial Fundamentos.
Madrid. 1983. 142 págs.

(Extracto del contenido: 1ª parte: Análisis de dos experiencias de relación en grupo; 2ª parte: La palabra. Apéndice: El amor brujo falla).

¿Un nuevo libro sobre grupos? No hay casi libros disponibles que ofrezcan simultáneamente la reflexión teórica y el testimonio del acontecer grupal. Ciertamente que la lectura de las conceptualizaciones sobre el grupo son siempre una fantasía que nos confunde al pretender ser relato real, testimonio de la experiencia del grupo. Si hay testimonio, éste es el del terapeuta y no el del grupo. El grupo no es, y lo que es lo es a pesar de los terapeutas, pero no lo sabe. Mi impresión es que éstas páginas recogen testimonios y reflexiones de un valor inestimable. Me sucedió algo semejante al releer las transcripciones magnetofónicas del devenir de dos grupos terapéuticos (uno periódico y otro intensivo) que coordiné hace siete años. En estos y aquellos es el lugar que ocupan los terapeutas lo que me permite entender qué sucede, lo que sucede entre terapeutas y pacientes. Hay que hacer teoría, pero no sin la experiencia. Por ello los libros como este que nos sitúan ante la crónica de ese encuentro de terapeutas y pacientes en el grupo, son un punto de referencia imprescindible.

Nos da testimonio, Ignacio Gárate, de una transición, de un cambio. Su libro le antecede y tal como recoge el prólogo que hace en 1982 para esta edición española, su contenido refiere a un pasado cercano, pero en el que ya no se está. El autor se ha distanciado de sí y ello ofrece la posibilidad de un retorno. El libro versa sobre grupos y psicoanálisis. El autor relee ahora entre sus propias líneas, extrae nuevos significados y siente lo ingenuo. Es el precio del aprendizaje. En Ignacio Gárate el psicoanálisis y el grupo vuelven ahora a encontrar su punto de confluencia. Un lugar que no está en la yuxtaposición de conceptos de la práctica clínica, sino en lo ontogenético, en la naturaleza misma del vínculo.

Alejandro Avila Espada

Psicología social

Rom Harré
El ser social

Alianza Editorial. Madrid, 1982

La obra de Harré supone un serio intento de fundamentación

Rom Harré El ser social

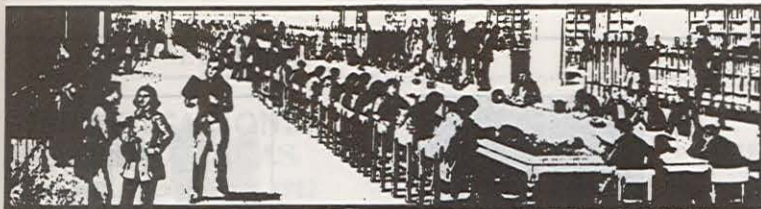


Alianza Universidad
Textos

teórica y metodológica de la Psicología Social, recurriendo para ello a la síntesis de elementos de distintas corrientes de pensamiento que, por lo general, proceden de la sociología y en especial hay que hacer referencia a la tradición que teniendo su origen en el Interaccionismo Simbólico sigue por los caminos de la dramaturgia de Goffman, la etnometodología junto a otras corrientes como la fenomenología y la Filosofía analítica. En este sentido hay que resaltar la labor de Harré al vertebrar teóricamente la obra de Goffman diseminada en una serie de ensayos muy descriptivos que abarcan desde la interacción en la vida cotidiana hasta las relaciones a nivel institucional.

Harré en El Ser Social parte de dos pilares básicos que pretenden dar explicación de la acción social humana: el orden instrumental cuyo fin es el logro de los medios de subsistencia, y el orden expresivo a través del cual los seres humanos buscan la obtención de reconocimiento y valía por parte de sus congéneres, en suma la dignidad y el respeto. Marx y Veblen son los pensadores que, a juicio de Harré, mejor exponen el funcionamiento de cada uno de estos órdenes que no actúan como fuerzas independientes, sino de forma entrelazada. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades parece primordial la consecución del orden expresivo, pudiéndose hablar de una "carrera moral" de los individuos en la que la reputación es algo, en cierta medida mensurable, que se puede ganar o perder y su importancia es tan elevada que si las instituciones oficiales son incapaces de ofrecer los medios para el incremento de dicha valía a los individuos que forman parte de ellas, se crearán instituciones paralelas que potencialmente pueden hacer peligrar e incluso subvertir el orden establecido por las instituciones oficiales.

Por otra parte, en El Ser Social se considera la acción humana como un flujo, analíticamente separable en episodios y actos lo que supone una concepción globalizadora radicalmente opuesta a las psicologías de la



conducta que atomizan el comportamiento y en muchos casos lo reducen a simples respuestas. La acción social se constituye como tal al dotar de sentido a los movimientos y acciones que se integran en los actos, siendo la asignación de sentido un proceso que hay que considerar etnográficamente debido a sus variaciones históricas, culturales y locales.

El objetivo del estudio del flujo de la acción consiste en descubrir las estructuras y mecanismos generativos que rigen la elaboración de normas, reglas y convenciones que los individuos siguen en la interacción que se produce en la vida cotidiana; de ahí el nombre de etogenia que

recibe este enfoque. En este sentido el estructuralismo lingüístico va a ofrecer importantes aportaciones ya que la acción humana entraña no solo actos sino también versiones (accounts) o explicaciones que proceden, acompañan o siguen a la realización de dichos actos.

Esta concepción de la acción va a suponer una metodología que niega explícitamente el papel de la experimentación de laboratorio y donde el investigador va a entablar un proceso de negociación de su versión con la de los actores sociales que dejan de ser sujetos experimentales, ignorantes de lo que se está haciendo con ellos.

Al hablar de actores, Harré está haciendo hincapié en una concepción de la persona que se caracteriza por los atributos de autonomía y reflexividad atacando abiertamente la concepción del autómatas como él denomina a la versión skinneriana de la persona. El actor social es además capaz de iniciar la acción, tener intenciones, realizar planes, en definitiva se trata de un individuo moralmente responsable que *no* está "más allá de la libertad y la dignidad".

Es evidente que una toma de posición frente a lo que la persona es y la psicología que se practica, conduce a una serie de consecuencias respecto al cam-

bio social y la actividad política que Harré tiene el mérito de resaltar y que con demasiada frecuencia la Psicología Social ha querido obviar en base a una supuesta neutralidad de la ciencia, utilizando un paradigma positivista que parece estar cada vez más en desuso y que ha originado el que la Psicología Social haya entrado en lo que se ha dado en llamar crisis; crisis que parece estar también afectando a todos los demás quehaceres dentro de la Psicología.

Tras la lectura de *El Ser Social* parece que la aportación de la atogenia en el alumbramiento de un nuevo paradigma puede ser bastante fecunda. ■

José Luis Rodríguez López

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

ULTIMAS NOVEDADES

18 CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

Por DENNIS UPER y JOSEPH R. CAUTELA

Encuadernado 1.900 Ptas.

Este libro proporciona una visión general, actual y de fácil lectura sobre la utilización de las técnicas de condicionamiento encubierto en la práctica clínica.

Informa detalladamente sobre seis **procedimientos prácticos** y expone también el fundamento teórico y los supuestos subyacentes.

Además describe su **aplicación** a un amplio rango de conductas problema, situaciones clínicas y poblaciones de sujetos.

19 ENTRENAMIENTO EN RELAJACION PROGRESIVA

Un Manual para terapeutas

Por DOUGLAS A. BERNSTEIN y THOMAS D. BORKOVEC

Encuadernado 650 Ptas.

Este volumen proporciona un método para utilizar e integrar dentro de un programa de terapia global. Así como el cliente puede descubrir la relajación como un fin y un medio para objetivos adicionales, el terapeuta descubrirá que este libro proporciona una información que es **útil inmediatamente**, y un método que se integra en futuros desarrollos creativos.

Si bien se puede obtener una idea general hojeándolo, la buena utilización clínica de este manual exige un estudio cuidadoso de todo el libro. El volumen está repleto de información basada en una **experiencia clínica real**.

20 HISTORIA DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA

Fundamentos experimentales de la investigación actual

Por ALAN E. KAZDIN

Encuadernado 2.150 Ptas.

El desarrollo de la modificación de conducta ha significado una desviación de una gran parte de los enfoques tradicionales dentro de la Psiquiatría, la psicología clínica y otros campos relacionados con la salud mental.

En este libro se estudian los antecedentes históricos comunes a idiosincrásicos de las tradiciones de trabajo e investigación dentro de la modificación de conducta.

EDITORIAL DESCLEE DE BROUWER, S. A.

Henao, 6 — Teléfonos 424 68 43 - 423 30 45 — BILBAO-9

384 Páginas

Rústica 1.650 Ptas.

96 Páginas

Rústica 400 Ptas.

384 Páginas

Rústica 1.900 Ptas.

LIBROS RECIBIDOS

ANZIEU, D. "El psicodrama analítico en el niño y en el adolescente". (Primera edición) Buenos Aires, Paidós, 1982, 193 págs.

AYUSO, J.L. y SAIZ, J. "Las depresiones (Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas)". Madrid, Interamericana, 1981, 305 págs.

BERNSTEIN, D. A. y NIETZEL, M.T. "Introducción a la Psicología clínica". México, McGraw Hill de México, 1982, 662 págs.

COLAT (grupo). "Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias psicopatológicas en la pareja y en los hijos)". Madrid, Fundamentos, 1982, 234 págs.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA (Centro de Estudios y Difusión de los Derechos del Hombre). "Ser anciano en España (Estudio psicosocial)". Madrid, Cruz Roja Española, 1982, 121 págs.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. (Centro de Estudios y Difusión de los Derechos del Hombre). "Expectativas sobre el futuro". Madrid, Cruz Roja Española, 1982, 160 págs.

CRYSTAL, D. "Patología del lenguaje". Madrid, Cátedra, 1983, 272 págs.

DEL CAMPO, S. y NAVARRRO, M. "Análisis sociológico de la familia española". Madrid, Ministerio de Cultura (Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural), 1982, 236 págs.

DELCLAUX, I. y SEOANE, J. "Psicología cognitiva y procesamiento de la información". Madrid, Pirámide, 1982, 254 págs.

HULSE, S., EGETH, H. y DEESE, J. "Psicología del aprendizaje". (Primera edición en español) México, McGraw Hill de México, 1982, 560 págs.

KALISH, R.A. "La Vejez (Perspectivas sobre el desarrollo humano)". Madrid, Pirámide, 1983, 238 págs.

KERLINGER, F.N. "Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento". México, Interamericana, 1981, 335 págs.

KNAPP, M.L. "La comunicación no verbal (El cuerpo y el entorno)". Barcelona, Paidós, 1982, 373 págs.

MANNONI, M. "El niño retardado y su madre". (Primera edición) Buenos Aires, Paidós, 1982, 157 págs.

MARTINEZ REGUERA, E. "La calle es de todos, ¿de quién es la violencia?". Madrid, Editorial Popular, 1982, 111 págs.

QUINTAS, J.R. "Economía y educación". Madrid, Pirámide, 1983, 135 págs.

ROMAN, J.M., SENLLE, A., PASTOR, E., POBLETE, M. y GUTIERREZ, G. "Análisis Transaccional (Modelos y aplicaciones)". (Primera edición) Barcelona, CEAC, 1983, 448 págs.

REVISTAS RECIBIDAS



REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA

Volumen 38 (2) - 1983
Instituto de Orientación Educativa y Profesional de Madrid

Presentación.

Al Dr. Germain. Palabras de dedicatoria del homenaje.

Fernando Silva: "La idea del psicodiagnóstico".

José Zaragoza: "El Instituto Municipal de Orientación de Valencia. Una nota histórica".

Doctora Jesusa Perrotejo: "Germain: Un testimonio personal".

Ramón Bayés: "Enseñanza y ejercicio profesional del análisis de la conducta en España".

José Mallart: "Una nota sobre la reanudación de actividades de psicólogos españoles en Congresos Internacionales después de la Segunda Guerra Mundial".

Juan Mayor Sánchez: "Interacción, comunicación y lenguaje".

Dionisio Pérez y Pérez: "Presencia psicofisiológica en la obra de J. Germain".

Jean Stoetzel: "El cambio de los valores en Europa del Oeste".



ANTHROPOS BOLETIN DE INFORMACION Y DOCUMENTACION

Nº 23 - 1983

Editorial: Mariano Yela, forja de una propuesta científica: La Psicología como acción significativa físicamente real.

Autor - tema monográfico: Mariano Yela. Dossier Mariano Yela. Autobiografía intelectual: La forja de una vocación.

Bibliografía y actividad académica e investigadora.

Reflexiones: Una cierta idea de la Psicología.

La inteligencia, la percepción y otros estudios psicológicos.

La aportación de M. Yela a la definición operativa del concepto de inteligencia, por Francesc Roqué Cerdà.

Documentación monográfica: Psicología. Textos universitarios. Primer ciclo (I).

Libro del mes: La estructura de la conducta. Estimulo, situación y conciencia. Mariano Yela. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.

Selección y reseña. Noticias de novedades: Editoriales colaboradoras.



REVISTA DE EDUCACION

Año XXX - Nº 270
Mayo - Agosto 1982

Editorial

La Orientación Escolar. Victor García Hoz: La Orientación, quehacer pedagógico.

Zacarias Ramo Traver, Juan Martín Gómez y Maximino García Rubio: La Orientación del niño y del joven; problemática y respuestas.

José Antonio Ríos González: Familia y Orientación.

Adelicio Caballero Caballero, José Crespo Vasco y M.ª Lucía Hernández Meijón: El Equipo Orientador.

Serafin Sánchez Sánchez: El Profesor tutor en la Orientación Escolar.

Mario de Miguel Díaz: Técnicas e Instrumentos de la Orientación Escolar.

Sebastián Rodríguez Espinar: Diagnóstico y predicción en Orientación.

Angel J. Lázaro Martínez: Orientación de las dificultades del Aprendizaje Escolar.

Angel J. Lázaro Martínez, Jesús Asensi Díaz y M.ª Luisa Gonzalo Urgarte: El desarrollo de la Orientación Institucional en España.



BOLETIN DE CEPYP

Año I. Nº 2. Bimestral.
Abril - Mayo 83. Madrid.
Centro de Trabajo Psicoanalítico
Príncipe de Vergara, 5
bajo dcha. Tel. 276 19 58.
Madrid-1

Editorial.

Armando Ingala: "Psicoanálisis y Medicina".

Mila Bryant: "La formación hecho histórico, una experiencia analítica".

"Jornadas de Psicoanálisis. Junio 1983".

"Espacio de discusión de los miércoles".



FOLIA NEUROPSIQUIATRICA

DEL SUR Y ESTE DE ESPAÑA

Vol. XVIII- Nº 1
Enero-Abril 1983

"Actas III Reunión Sociedad Andaluza de Psiquiatría" Modificaciones de la psicopatología por la intervención terapéutica.
22-23 Octubre 1982

Introducción: Modificaciones de la psicopatología por la intervención terapéutica. C. Ruiz Ogara.



DROGALCOHOL

Volumen III - Nº 2.
Abril 1983
Boletín Nacional

Editorial.

Trabajos originales: "Alcoholismo en la tercera edad". Reina Galán, F. L.; López Peñalver, A., y Vázquez, J. L.

"Aspectos y caracteres del alcoholismo en la provincia de Alicante" (Iª parte) Pérez Martorell, J. F., y Gálvez Díaz, M.

"Reinserción social de toxicómanos a través de un centro de rehabilitación prolongada". Bedate Villar, J.

Noticias. Índice bibliográfico. Reuniones y Congresos.

INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

Volumen 1 - Número 0, 1982

Presentación.
Ponsoda, V. Algunos modelos matemáticos de la capacidad de atención.

García Albea, J.E.; Sánchez-Casas, P.M. y Visopabón, S. Efectos de la frecuencia de uso en el reconocimiento de palabras.



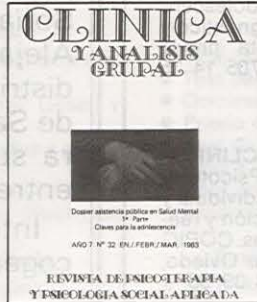
CLINICA Y ANALISIS GRUPAL

Nº 32. En/Feb./Mar. 1983

Editorial.

Dossier: Asistencia pública en salud mental; primera parte. Acerca de la psicología a la comunidad, Alejandro Avila.

La adolescencia posición confusional y conductas psicopáticas, Manuel Serrano Ribeiro.



SERIE PSICOANALITICA

Nº 2/3

J. Ortega y Gasset: Psicoanálisis, ciencia problemática.

J. Aleman: Discurso científico y discurso psicoanalítico.

J. Aleman y S. Larriera: Encuentro de Manuela Malasaña.

A. García Calvo: Márgenes de la lógica.



¿TE ASOCIAS A LA LUCHA POR LOS DERECHOS HUMANOS?

Nombre
Dirección

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

AMNESTY INTERNATIONAL

REGALE UNA VIDA

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

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

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

Ayuda en Acción

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

ANUNCIOS BREVES

La publicación de comunicados y anuncios por parte de los colegiados es gratuita. Basta con recortar el Boletín del Anunciante correspondiente de "Papeles del Colegio" y hacerlo llegar a nuestra redacción. Concebimos esta sección como un vehículo de comunicación interna abierta a todo tipo de comunicados.

CURSOS

CENTRO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA. Seminario teórico-práctico de Rorschach. Sesiones Clínicas. Formación de nuevos grupos. Información telef.: 241 60 35 (horario tarde).

SEMINARIO TEORICO-PRACTICO de técnicas de Psicodiagnóstico de Rorschach. Formación de nuevos grupos. Inscripción en Secretaría del Centro. Centro de Psicología Evolutiva. Rosales, 12-1º Izq.

PSICOANALISIS DIDACTICO y/o terapéutico para estudiantes (futuros psicoanalistas o psicoterapeutas), 1.000 ptas/sección. Dr. Valentín-Pablo Rodríguez, Psicólogo y Psicoanalista. C/ Andrés Mellado, 14-4º D. (Metro Argüelles a 2 minutos). Tels.: 243 78 67 y 415 01 05.

CURSO DE PREPARACION en psicoprofilaxis quirúrgica. Impartido por las licenciadas M. H. Alvarez Aza y L. Baena Preysler. Duración de noviembre a junio. Lunes tarde. Lugar: Francisco Gervás, 12-2º A. Plazas limitadas. Tels.: 253 43 39 y 279 14 20.

GRUPOS DE FORMACION en Psicoanálisis: la Teoría, la Clínica y la Técnica. Análisis y supervisión. C/ Ríos Rosas, 19-2º-43. Tel. 441 36 58.

CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA. C/ Mota del Cuervo, 10. Teléfono: 200 34 91. Curso de catarsis y expresión corporal. Fecha: todos los sábados de 8 a 10 de la tarde. Precio: 2.000 ptas. Impartido por el psicólogo D. Francisco Cases. En este curso se hacen ejercicios de Bioenergética, Gestalt, expresión corporal y emocional, la técnica del grito, masaje, etc.

DESPACHOS

COMPARTIMOS CONSULTAS zona céntrica con profesionales médicos y psicólogos. Teléfono: 447 53 09.

CONSULTA. Alquiler consulta para psicólogo o psicoanalista, muy céntrica, por horas. Dos despachos y/o sala de grupos. Información: teléfono: 983 47 28 19. Valladolid.

PARA CONSULTA de

Psicólogo en gabinete céntrico (C/ Arenal), colaboración —por sesiones—, —por días—, —por semanas. Desde 750 ptas., cada sesión y 1.000 ptas., día completo (mañana y tarde). Información: tel. 259 64 22.

ALQUILO consulta a psicoanalista, compartiendo habitación para adultos, habitación para niños y sala de grupos. Precio: 15.000 ptas., mensuales. Llamar al tel. 419 89 42, zona Alonso Martínez.

TRABAJO

AYUDO A PSICOLOGO que desee empezar a trabajar por su cuenta en mi gabinete. Asesor, colaboración, proporciono materiales, máquinas y test. C/ Arenal. Tel. 259 64 22.

PSICOLOGA con experiencia en reeducación de deficientes, trastornos de aprendizaje, retraso y dificultades del habla, se ofrece para gabinete o centro. Tel. 409 20 00 (tardes).

PSICOLOGA especializada en Psicología Infantil. Diagnóstico, orientación y reeducación. Defi-

NO HAY DERECHO

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

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

ciencias y alteraciones del lenguaje, lectura y escritura.

PSICOLOGA interesada en el tema de las drogodependencias, busca trabajo o asistencia voluntaria centro o gabinete. Llamar al tel. 415 38 25. Preguntar por Concepción Cruz (mañanas).

GABINETES

GABINETE DE PSICOLOGIA (Ambito nacional. Veinte años de antigüedad). Precisa: Para colaboración con su Dpto. de Psicodiagnóstico: 1 psicólogo experto en Rorschach y pruebas proyectivas. 1 psicólogo experto en psicodiagnóstico en Profundidad Infantil (experiencia amplia y demostrable). Colegas interesados inicialmente en el tema, llamar previamente a los teléfonos 455 33 28 y 455 39 13.

CLASE de expresión corporal y emocional los sábados de 7,30 a 9,30. Tel. 200 34 91.

CENTRO de Psicoterapia-Psicodiagnóstico-Psicoterapia individual y grupal. Orientación Psicoanalítica. Psicodrama-Gestalt-Bionérgica. C/ Florida, 2-1º B. Valladolid-7. Tel. 47 28 19.

LOGOPEDIA Y PSICOLOGIA. Reeducación de trastornos de lecto-escritura (dislexias, disgrafías)

dislalias, diagnósticos y terapias (individuales o grupales). Asesoramiento a padres y profesores. C/ Murillo, 5-6º C. Alcalá de Henares. Tel. 881 57 67.

PSICOLOGO CLINICO. Especializado en conductas asociales (delincuencia, deserciones familiares, vagabundeo, agresividad, etc.) C/ Bravo Murillo, 123-2º centro. Teléfonos: 254 44 57 y 262 33 71 (petición hora tardes de 5 a 9).

GRAFOPSICOLOGO DIFLOMADO. Grafología clásica y g. científica (con grafometría). Se ofrece para realizar informes a Gabinetes, colegios, selección de personal, etc. Experiencia avalada por más de 150 informes ya realizados. Interesados llamar al tel. 739 64 65.

DIAGNOSTICO Y PSITERAPIA niños, adolescentes y adultos. Tratamiento problemas. Lenguaje hablado y escrito. Cursos de formación para licenciados. Petición hora: Tel. 435 31 70.

OAPU (Organización de Asistencia Psicológica Universitaria). Trabajo específico con universitarios en: Diagnóstico y orientación individual. Psicoterapias individuales y/o de grupos, de orientación psicoanalítica; tratamiento de conflictos familiares. M.H. Alvarez Aza. Tel. 279 14 20. L. Baena Preysler, teléfono: 253 43 39. C/ Francisco Gervás, 12-2º A.

MOSTOLES. Divulgación, investigación y tratamiento. Adultos y niños.

Tardes: 6 a 8. Teléfono: 613 71 12. C/ Hnos. Machado, 2-6º D. Urbanización "El Soto".

CENTRO de Psicología Evolutiva. Pº Pintor Rosales, 12-1º Izqda. Teléfono: 241 68 35.

CONSULTORIO de Psicología. Niños, adolescentes, adultos. Diagnóstico y terapia. Consulta previa petición al tel. 705 14 35 (tardes).

PSICOLOGIA CLINICA. Exploración y Psicoterapia de Adultos individual y grupos. Exploración y reeducación de niños. COPIG C/ Fernández de Oviedo, 5-1º A. Tel. 413 39 58.

GABINETE Psicopedagógico Clínica Saluber. Terapias infantil y de adultos. Problemas de aprendizaje. Tel. 202 92 98. C/ Caleruega, 8. Pinar de Chamartín.

DIAGNOSTICO y tratamiento problemas personalidad (depresión, fobias, obsesiones, etc.). Relajación Psicofísica. Cursos de Formación de Psicología Clínica y Pedagógica. Tel. 435 31 70.

VARIOS

ME GUSTARIA formar un grupo de psicólogos interesados en investigar y poner en común los conocimientos y experiencias de cada uno. Llamar al teléfono 200 34 91. F. Cases.

PREVENCION DE LA SUBNORMALIDAD MENTAL

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

Interesados, pasar a recogerla.

Behaviour Analysis and Contemporary Psychology

LIEJA, BELGICA
26-29 julio 1983

Información: C.F. Louve,
Dpto. of Psychology,
University
College of North
Wales, 41
College Road, Bangor,
Gwynedd,
LL57 2D.G. U.K.

de Psicólogos
Colegio Oficial

PAPÉLES del COLEGIO

BOLETIN DEL ANUNCIANTE

Colegio Oficial de Psicólogos
Fernández de los Ríos, 87. MADRID-15

Para tener acceso a nuestra sección de anuncios gratuitos cualquier colegial puede enviar este boletín con el texto que desee insertar.

Apellidos Nombre
Nº de colegiado
Domicilio
Población D.P. Provincia

TEXTO DEL ANUNCIO



TEA Ediciones, S. A.

Publicaciones Psicológicas - Tests
Material educativo - Librería especializada

MATERIAL DE DIAGNOSTICO PARA EDUCACION ESPECIAL

Escalas de desarrollo

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

Dificultades de aprendizaje

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

NOVEDADES

- CIPSA: Cuestionario de intereses.
- STAI: Cuestionario de ansiedad.
- CDS: Cuestionario depresión para niños.
- IPV: Personalidad de vendedores.
- VALETT: Desarrollo de las aptitudes básicas para el aprendizaje.

Aspectos clínicos

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

Evaluación de la personalidad

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

- "Evaluación clínica de los niños con las Escalas Mc Carthy" (A. S. Kaufman y N. L. Kaufman).
- Entrenamiento autógeno para niños, adolescentes y padres (R. Kemmler).

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



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

INSTALE SU LABORATORIO

Disponemos de proyectos:

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

ASESORAMIENTO Y FORMACION

OFICINAS Y EXPOSICION:

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



EDICIONES MORATA, S. A.
C/ Mejía Lequerica, 12
MADRID-4. Tel. 448 09 26

NOVEDAD:

LEITENBERG, H.: **Modificación y Terapia de Conducta** (Tomo I: Edad Adulta) 1.700 ptas.

NOVEMBER, J.: **Experiencias de juego con preescolares**, 450 ptas.

SCHAFFER, R.: **Ser Madre** (3 ed.) (Serie Bruner vol. 1), 400 ptas.

TURNER, J.: **El niño ante la vida**. 600 ptas.

INMINENTE APARICION:

LE BON: **Psicología de las Masas**.

LEITENBERG, H.: **Modificación y Terapia de Conducta** (Tomo II: Infancia. Aspectos generales).

GABINETE DE ORIENTACION PSICOLOGICA



Programación de Cursos y Seminarios para el mes de Julio:

(Diploma oficial del ICEUM)

- Curso sobre "PSICOPEDAGOGIA" (25 horas). Del 11 al 15 de Julio de 1983.
- Curso sobre "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PROBLEMAS LECTO-ESCRITORES" (25 horas). Del 11 al 15 de Julio de 1983.
- Curso sobre "PATOLOGIA GENERAL DEL LENGUAJE" (25 horas). Del 11 al 15 de Julio de 1983.
- Curso sobre "GrafoLOGIA PARA EDUCADORES" (25 horas). Del 4 al 8 de Julio de 1983.
- Curso sobre "PRACTICA DE LA REHABILITACION LINGUISTICA EN PREESCOLAR Y CICLO INICIAL" (25 horas). Del 4 al 8 de Julio de 1983.

Todos los Cursos están autorizados por el ICE de la Universidad Complutense.

Grupos reducidos - Enfoque práctico.

Matrícula: 7.000 ptas. - Dto. a colegiados 15%.

Información e inscripción en:

Gabinete de Orientación Psicológica "EOS"

C/ Orense, 12, 1º, oficina 10 (MADRID-20)
Teléfs.: 455 33 28 y 455 39 13.

CURSOS DE VERANO (Teórico-prácticos)

- TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO.
— Duración: 4 al 29 de julio.
— Horas y días: 17,30 a 21,30. Lunes a viernes.
- PSICOMOTRICIDAD Y EXPRESION.
— Duración: 5 al 28 de julio.
— Horas y días: 9 a 14,00. Martes y jueves.
- TECNICAS DE REEDUCACION PSICOMOTRIZ.
— Duración: 4 al 29 de julio.
— Días y horas: 9 a 13,00. Lunes, miércoles y viernes.
- ESTIMULACION PRECOZ.
— Duración: 5 al 28 de julio.
— Horas y días: 17,30 a 21,30. Martes y jueves.

Enviamos programa. Facilitamos residencia en Colegio Mayor. Descuento a estudiantes y profesionales en paro. Certificamos asistencia.

IPETSA: Montera, 39. Madrid-6
Tfnos.: 402 63 28 - 402 63 89

Colegio Oficial de Psicólogos DELEGACION DE MADRID

