



Papeles del Psicólogo Papeles del Colegio

MADRID - DICIEMBRE 1983

Nº 12

*De la psicología
escolar a la
educativa*



M.^a L. Arranz, E. Bassedas, J. Caballero, C. Escudero, F. García, M. García,
T. Huguet, M. Martínez, P. Muñoz, L. Pérez, P. del Río, A. Sterner, R.M. Tena

El uso de la psicología social en la promoción de la salud
Bárbara V. Marín

Psicología rural en los servicios del Insero en Toledo
María del Pilar Moreno

GABINETE DE ORIENTACION PSICOLOGICA



CURSOS NAVIDADES

- Psicopedagogía (del 26 al 30 de Diciembre).
- Patología del Lenguaje (del 26 al 30 de Diciembre).
- Diagnóstico y tratamiento de problemas lecto-escritores (del 2 al 5 de Enero).
- Psicodiagnóstico Clínico (del 2 al 5 de Enero).

MATERIAL DIAGNOSTICO (Castellano y Catalán)

Batería Psicopedagógica EOS: Más de 100 pruebas contrastadas.

MATERIAL REEDUCACION

Fichas de rehabilitación: Problemas de Dislexia-Psicomotricidad.

VARIOS

Prueba de Lenguaje L-1 EOS (Novedad). "Las Drogas: Familia y escuela".

DEPARTAMENTO PSICOLOGIA CLINICA

- Psicodiagnóstico
- Psicoterapia

DEPARTAMENTO PSICOLOGIA INDUSTRIAL

Con casi veinte años de experiencia a nivel Nacional, el Gabinete de Orientación Psicológica EOS es el apoyo más firme en el plano operativo del Orientador español.

C/ Orense, 12, primera planta. Oficina 10. Madrid-20. Tfnos.: 4 55 33 28 y 4 55 39 13.

Sumario

Editorial

- Psicología educativa 1

Revista de prensa 2

A fondo, de la psicología escolar a la educativa

- 1/El camino de los psicólogos escolares en España. De la psicología escolar a la psicología educativa. *Pablo del Río* 5
- 2/Los equipos multiprofesionales. *María Luisa Arranz, Mateo Martínez, Pilar Muñoz, Luis Pérez, Amaya Sterner y Rosa María Tena* 9
- 3/Los equipos psicológicos en Cataluña. *Eulalia Bassegas y Teresa Huguet* 13
- 4/Los servicios psicopedagógicos municipales de Madrid. *Consuelo Escudero* 17
- 5/Marco de intervención comunitaria desde la perspectiva de los gabinetes psicopedagógicos municipales. *Miguel García y Julián Caballero* 23
- 6/El lugar del psicólogo en el campo de la educación. *Félix García* 29

Reforma sanitaria

- Atención primaria y salud mental (2). *J. A. Espino, J. C. Fraile, I. Mateo y A. Moriño* 31

Reflexiones

- El uso de la psicología social en la promoción de la salud. *Bárbara V. Marín* 33

La profesión

- El reconocimiento psicológico en seguridad vial. *Ricardo D. Blasco y Rosser Casas Selvas* 39

Experiencias

- Psicología rural, una realidad entre los servicios del In-serso de Toledo. *María del Pilar Moreno* 41

Encuentros científicos 43

Papeles de los psicólogos

- Las psicologías que nos han legado y sus confluencias necesarias. *Francisco Javier Alba* 50

Información colegial 51

Anuncios breves 53

Entrevista

- José Antonio Espino 54

"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

Psicología educativa

La perspectiva con que nuestra profesión contempla la experiencia escolar nos hace especialmente sensibles a la percepción de los problemas cualitativos de la enseñanza. No se trata sólo de que el ámbito de conocimientos y habilidades que son nuestro patrimonio profesional nos incline a lo cualitativo; se trata también de que la personal experiencia de inserción en el trabajo de muchos psicólogos les ha conducido, de modo casi inevitable, a la valoración de la calidad de la enseñanza: la mayoría iniciaron su contacto con la escuela ocupando, esforzadamente, los huecos que dejaba un enfoque exclusivamente cuantitativo de la política educativa.

El debate sobre la enseñanza estuvo dominado durante bastante tiempo por las alternativas posibles y necesarias para solucionar los problemas cuantitativos de la escuela —infraestructurales, económicos, sindicales, etc.—. La opinión pública, si no toda sí su mayor parte, ignoraba cualquier otro problema.

Un nuevo movimiento por la renovación pedagógica fue formando, contracorriente primero y más fácilmente después, una nueva opinión para la que el énfasis en los problemas cuantitativos de la política educativa no agotaba ni resolvía la cuestión. Los psicólogos escolares han sido parte, desde el comienzo, de este movimiento.

No es una casualidad que el peso de las ideas a favor de la renovación pedagógica haya crecido hasta convertirse en hegemónico. De las necesidades vividas por padres y profesionales y de las experiencias de la vida escolar y de su contacto con las demandas de la vida extraescolar han venido creciendo exigencias a la escuela imposibles de satisfacer si se margina un enfoque psico-socio-pedagógico de la educación. De esas necesidades y de esas experiencias se han nutrido iniciativas hoy convergentes de padres y de las APAS, de educadores, maestros, pedagogos y psicólogos... La calidad de la enseñanza es hoy un problema de primer plano.

La Administración, con su inercia habitual, tardó tiempo en reconocerlo. En realidad no lo hizo hasta que los mecanismos democráticos no se pusieron en marcha, permitiendo renovar la dirección política de la enseñanza; hasta que las elecciones municipales y autonómicas dieron paso a nuevas autoridades al frente de áreas de la educación no hubo un primer reconocimiento oficial de la demanda social de renovación educativa.

Para entonces ya existía una enorme diversidad y riqueza de instituciones, asociaciones, gabinetes, de iniciativas privadas múltiples de vocación asistencial pública. Hoy sería injusto olvidar y menospreciar, en nombre de la distinción entre lo público y lo privado, tantas importantes experiencias surgidas en la difícil etapa de roturación de este campo de trabajo profesional. Ahora que las autoridades están tomándose en serio los problemas cualitativos de la enseñanza, como lo muestra el reconocimiento explícito de los movimientos de renovación pedagógica en la nueva ley promovida por el ministerio Maravall, no sería lógico echar en saco roto las experiencias acumuladas en todas aquellas iniciativas a la hora de coordinar y reorganizar los servicios asistenciales y educativos.

Comienza una nueva fase. Es preciso abrir un debate que resitúe los objetivos de renovación pedagógica contando con las nuevas realidades: ¿qué problemas psico-socio-pedagógicos hay que abordar?, ¿cuál es el mejor camino —político, social, científico, metodológico— para resolverlos?... Dada la complejidad del debate es de preveer importantes diferencias entre distintos grupos, incluso entre distintas perspectivas profesionales: educadores, psicólogos, pedagogos... Además de inevitables, tales diferencias son de desear; sería una lástima que la imprescindible coordinación de los servicios que la autoridad quiere y debe acometer diera lugar al silencio de algunos de los extremos de este debate. Coordinen servicios, —a veces excesivamente atomizados, solapados o repetitivos—, pero no silencien iniciativas enriquecedoras.

Según nuestros datos, hay más psicólogos escolares que psicólogos que se ocupen en cualquier otra área profesional: un 36 por ciento de nuestros colegas operan en este campo. Sus problemas tienen pues un interés fundamental en las actividades del Colegio. A darles la voz, a pedírsela, queremos colaborar con este número de Papeles del Colegio, Psicólogos.

Director:

Adolfo Hernández

Director adjunto:

Carlos Camarero

Redacción:

Alfredo Fierro

Fernando Gállego

Daniel Iribar

(redactor jefe)

Ricardo Lucas

Fotografía:

Joaquín Carrillo

Colaboran en este número:

Francisco Javier Alba, María Luisa Arranz, Eulalia Basesas, Ricardo D. Blasco, Julián Caballero, Roser Casas, Consuelo Escudero, José Antonio Espino, Félix García, Miguel García, J.C. Fraile, Teresa Huguet, Barba V. Marín, A. Moriño, María del Pilar Moreno, Pilar Muñoz, Luis Pérez, Amaya Sterner y Rosa María Tena.

Edición y diseño:

Daniel Iribar

Portada:

Daniel Iribar a partir de un dibujo de Philippe Noyer

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 Álvarez

Juan Carlos Duro

Consuelo Escudero

Luis Llavona

Víctor Pérez

Pablo del Río

Mariana Segura

Encarnación Vázquez

Responsable de Publicaciones y Documentación:

Adolfo Hernández

Economía de la salud en España

Presentamos en la revista de prensa una revisión aparecida en el número 2 de Pensamiento Iberoamericano firmada por Félix Lobo sobre Perspectivas y problemas de la economía de la salud en España.

TRABAJOS CONSIDERADOS: Artells, Juan José: *La economía de la salud en perspectiva*, "Cuadernos de Economía", Vol. 8, núm. 21, Barcelona, 1980; Maynard, A.: *La naturaleza del mercado sanitario*, "Información Comercial Española", núm. 574, Madrid, 1981; Menduña, A.: *Medicina privada versus Servicio Nacional de Salud. Notas para un análisis económico de la cuestión*, "Cuadernos de Economía", Vol. 8, número 21, Barcelona, 1980; Artells, Juan José: *La evaluación económica de programas sanitarios*, "Información Comercial Española", número 574, Madrid, 1981; Cabasés, Juan R.: *La medida de la salud*, "Información Comercial Española", número 574, Madrid, 1981; Galarra, Javier: *La demanda de cuidados médicos*, "Información Comercial Española", núm. 574, Madrid, 1981; Durán, Almudena: *La financiación de los gastos de salud*, "Información Comercial Española", núm. 575-76, Madrid, 1981; Durán, María Angeles: *Estructura social y enfermedad en España*, "Revista de Seguridad Social", núm. 10, Madrid, 1981; Rovira Forns, Juan: *Aspectos económicos de la medicina privada*, "Información Comercial Española", número 575-76, Madrid, 1981; Lobo Aleu, Félix: *La publicidad farmacéutica en España*, "Papers, Revista de Sociología", núm. 14, Barcelona, 1980.

En España el análisis económico de los problemas relacionados con la salud y el sector sanitario está empezando a adquirir carta de naturaleza. Hasta no hace mucho la literatura era relativamente escasa o bien tenía un carácter esporádico —normalmente suscitada por estudios puntuales realizados a impulsos de algún organismo gubernamental—, o bien limitaba su atención a una franja estrecha del espectro, singularmente la industria farmacéutica. En los últimos tiempos la situación está cambiando, los economistas españoles manifiestan un redoblado interés por la economía de la salud y su producción científica expresada en trabajos y publicaciones de variada índole comienza a ser significativa.

El descubrimiento y exploración de esta nueva frontera del análisis económico guarda, naturalmente, relación con una intensa inquietud social que emerge en los años setenta. Existe en la opinión una generalizada sensibilidad por los problemas del sistema español de salud, porque absorbe una masa de recur-

sos muy importantes, que presumiblemente podrían ser empleados de forma más eficiente, y porque satisface las necesidades de la población de manera muy desigual.

Estas preocupaciones son, a su vez, expresión del complejo conflicto de intereses que convergen en el intrincado universo de la asistencia sanitaria española. Dotada de una potente área pública, la transición al régimen democrático, las perspectivas abiertas por la Constitución de 1978 de nuevos equilibrios potenciales de poder entre los distintos grupos sociales, profesionales e industriales (nacionales o transnacionales), y la propia crisis económica hacen que el sistema se vea sometido a un conjunto inusitado de presiones. La transformación política, refuerzan la posibilidad de que la maquinaria sanitaria reoriente su funcionamiento desde los grupos que en el pasado se beneficiaron de ella, hacia los hasta ahora olvidados. Por su parte, la crisis económica seguramente aumenta las necesidades asistenciales de los grupos más duramente golpeados (los parados), pero al mismo tiempo dificulta su financiación. La crisis, además, reorienta hacia las industrias y actividades relacionadas con la salud muchas iniciativas del capital, pues no hay que olvidar que, como se ha dicho brillantemente, es este un sector "vacunado contra depresiones".

Los economistas españoles preocupados por estos asuntos, con no ser muchos, quizá puedan ser clasificados en torno a dos polos. El primero gira alrededor de la Comisión de Economistas de la Salud del Colegio de Economistas de Cataluña. Está integrado por profesionales muy jóvenes y su empuje y entusiasmo son admirables. Han ganado para su causa a otros colegas ubicados predominantemente en la fachada norte de la Península (Universidades de Zaragoza, País Vasco y Oviedo).

El segundo polo al que se debe hacer referencia es el Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social, dependiente del correspondiente Ministerio del Gobierno español y con sede en Madrid. Con muy destacados economistas en su plantilla —entre ellos su director, el profesor doctor don Juan Velarde Fuentes— no podía por menos de hacer importantes contribuciones, publicadas muchas de ellas en la "Revista de Seguridad Social" que edita.

En los economistas españoles de la salud tienen una marcada influencia los autores anglosajones, espe-

cialmente los ingleses. No es ajeno a esa influencia el hecho de que algunos de aquéllos cursaron estudios en las Universidades de York y Aberdeen, en las que se concentra buena parte del esfuerzo investigador británico en la materia. Esta herencia intelectual no es, sin embargo, la única. Por un lado, seguramente cabe constatar una cierta tendencia en España en no centrar tanto la atención en la asistencia sanitaria —y su evaluación microeconómica— y abrir su foco hacia el conjunto de las cuestiones económicas que suscita la salud. Por otro, hay preocupación por los problemas de oferta y el estudio industrial de los diferentes mercados (servicios médicos, cuidados hospitalarios, industria farmacéutica, electromédica). Sobre ella planea la influencia de la escuela de la Organización Industrial y del Institucionalismo.

Los artículos que vamos a mencionar han sido seleccionados de entre los publicados en revistas españolas en los años 1980 y 1981. Consideramos tres grandes grupos: 1) artículos que ofrecen un panorama global de la economía de la salud. 2) Artículos que revisan o discuten teóricamente algún aspecto de la especialidad. 3) Textos que analizan la estructura económico-sanitaria española y que inciden sobre la política económica de la salud en España.

Artículos panorámicos sobre economía de la salud

En el primer trabajo Reseñado de Artells se ofrece un panorama amplio y sintético de la especialidad. La mayoría de los trabajos —según este autor— parten de un modelo, el *sistema sanitario*, que permite contemplar simplificada la realidad a través de tres subsistemas: 1) La representación del nivel de salud de la comunidad, que manifiesta las necesidades sanitarias, la actividad de los productores de servicios sanitarios y la cobertura efectiva de aquéllas. El nivel de salud se expresa por la combinación de un lenguaje clínico y un soporte estadístico. 2) El aparato de producción y distribución de los servicios de salud. 3) Los mecanismos de cobertura del consumo y su financiación. El primer reto para el análisis económico, del que no puede zafarse de ninguna manera, es la medición del producto de los servicios sanitarios, sometida a permanente discusión. Pero la aplicación a la salud de los instrumentos típicos del análisis económico, también ha constituido un auténtico desafío al sentimiento común de que "la salud no tiene precio". Categorías como consumo, inversión, bien público, función de producción, coste de oportunidad, función social de bienestar, etc., han abierto nuevas perspectivas y permitido formular preguntas decisivas.

¿Hasta qué punto los servicios sanitarios son... los mejores medios para incrementar tanto la esperanza como la cualidad de la vida? ¿Habría que tener en cuenta y valorar otros inputs? ¿Qué es lo que se justifica, desde el punto de vista del coste de oportunidad y de la eficiencia, el predominio de la medicina hospitalaria?

Otra de las discusiones fundamentales gira en torno a la naturaleza económica de los servicios sanitarios, y la pertinencia del mercado y del mecanismo de precios para lograr una asignación eficiente de recursos. Por otro lado, la estructura organizativa del sistema sanitario de cada país también influye en los problemas estudiados. En Estados Unidos preocupa grandemente y demanda. En Inglaterra, con su National Health Service, la "teoría de la necesidad", la gestión y planificación territorial y los componentes no monetarios del "sector de acceso" a los servicios, dominan el panorama.

Por el lado de la oferta, destaca Artells entre otras, las investigaciones referidas a la función de producción, a la relación de agencia médico-paciente, variación de los costes hospitalarios, dimensión óptima y economías de escala. Finalmente, en su exposición, considera ineludable la referencia a la evaluación económica de programas sanitarios, dirigida tanto a la valoración —vía mercado— de los recursos utilizados, como a la valoración —vía medida de eficacia técnica y vía precios-sombra— de los resultados. Las técnicas del coste beneficio, coste-efectividad y presupuesto por programas (PPBS) son aquí las relevantes. A juicio del autor, los progresos en todos estos frentes del análisis económico, están haciendo tomar cuerpo a un conjunto de dudas fundamentales acerca de la eficacia social y la equidad del precio comunitario que la sociedad, en los países capitalistas desarrollados, está pagando por el mantenimiento de un sistema sanitario, cuyos efectos parecen diverger de las necesidades sanitarias colectivas. El artículo termina con una excelente bibliografía.

El conocido especialista Alan Maynard, en su contribución a las I Jornadas de Economía de la Salud, publicada por "Información Comercial Española", ofrece otro resumen global de este área de especialización. Comienza aludiendo a esa distinción, tan esencial pero tan olvidada, entre salud, un "output", y sanidad, un "input", que no es el único ni, a veces, el más importante de los que contribuyen a mejorar el nivel de salud. La contemplación de la demanda de asistencia sanitaria con la perspectiva del modelo neoclásico convencional (oferta y demanda independientes e identificables) o con el modelo alternativo (el

demandante es el médico, "agente" del paciente, y con capacidad para crear demanda para sus propios servicios), lleva a atribuir las ineficiencias en la asignación de recursos al paciente-consumidor o al médico-demandante, con distintas repercusiones en cuanto a las medidas correctoras a adoptar. Los mecanismos de racionamiento no monetarios de la demanda (por ejemplo, coste en tiempo de espera) exigen un análisis cuidadoso. Según este autor, los problemas de desigualdad social y geográfica no se resuelven plenamente, aunque desaparezcan las barreras monetarias, como en el caso del Servicio Nacional de Salud británico.

Por el lado de la oferta, la provisión de las disponibilidades futuras de personal, singularmente médicos, es tema clave y a su metodología dedica unos párrafos. La cuestión de la financiación le parece a Maynard que está exigiendo excesiva atención, en comparación con la que merece la forma en que se gasta el dinero.

En la línea defendida por muchos otros autores anglosajones, considera que el objetivo más relevante del economista de la salud es la evaluación de la asistencia sanitaria, y por eso se ocupa del significado de técnicas tales como el coste-efectividad, coste-beneficio y del desarrollo de medidas del "output". Ante la evidencia de que quizá hasta un 70 por 100 de las terapias sanitarias nunca han sido evaluadas de forma científica, lo que prueba que los médicos actúan, generalmente "por intuición y por Dios", concluye este apartado defendiendo que la evaluación clínica y económica es posible e inaplazable, aunque sea deficit y cara.

Por último, revisa los diferentes tipos de incentivos que pueden afectar la conducta de los médicos. Unos se concretan en flujos de información, que llegan hasta la revisión de sus actividades por los colegas que trabajan en la misma organización, o a la auditoría por personas o entidades ajenas a ella. Otros estímulos son de naturaleza financiera. Frente a los sistemas de remuneración por acto médico, salarial y per cápita defiende el método del presupuesto. El trabajo concluye con una completa y actualizada bibliografía.

Artículos sobre temas teóricos específicos

En el artículo reseñado de **Mendiña** se aborda provocativamente la discusión estado-mercado, defendiendo que los argumentos sobre la peculiaridad de los servicios médicos como bienes económicos —ya aludan a la racionalidad, soberanía, incertidumbre o dosis de información de los consumidores— son irrelevantes. Compara luego un Servicio Nacional de Salud Pública con el mercado y, tras aceptar en éste que los servicios médicos no constituyen monopolio y existe un sistema de seguros con información perfectos, argumenta que puede producirnos a un óptimo, y que la presencia de

externalidades no justifica por sí sola la financiación y/o producción de servicios médicos por el sector público.

Por una parte, **Artells**, en consonancia con la importancia que le atribuye en el primer artículo reseñado, dedica otro más reciente a la evaluación económica de programas sanitarios. Insiste, primero, en la pertinencia del análisis económico aplicado a la salud y a los servicios sanitarios, a pesar de las protestas que levanta en ciertos grupos sociales. Discute luego la naturaleza de la evaluación económica y destaca que la escasez de recursos impone elegir entre alternativas, de las cuales ni mucho menos hay que excluir la inacción. Las decisiones más frecuentes se refieren a la forma de alcanzar determinados niveles de salud, y a la determinación del valor social de determinados programas. Si se estima positivo, habrá que estimar cuánto debe ser producido e identificar quién ha de tener acceso a los servicios.

La evaluación económica se rige por el criterio del beneficio social neto, que exige tener en cuenta la totalidad de los beneficios y costes disfrutados o soportados por todos y cada uno de los componentes de la sociedad, al que se suele aplicar el principio de compensación y que presupone la eficiencia técnica. La evaluación económica es distinta y más completa que la financiera, que sólo presta atención a los costes/inputs y está muy relacionada con la evaluación epidemiológica a la que también complementa. Sus fundamentos microeconómicos se encuentran en la moderna teoría del bienestar, cuyos juicios de valor subyacentes explicita **Artells**: el individuo es el mejor juez de su bienestar; el bienestar social es función creciente del bienestar de cada individuo y sólo del de cada uno; aceptación de la distribución social de la renta existente en la realidad. Sus criterios básicos son el de eficiencia social paretiana y el principio compensador de Kaldor-Hicks.

El tercer epígrafe del artículo se dedica a un examen de las técnicas utilizadas: presupuestos por objetivos, análisis coste-efectividad y análisis coste-beneficio. Al comentar el marco operativo del análisis coste-beneficio recoge las precisiones de **Drummond** sobre los criterios posibles de valoración. El más usual es el de beneficio o sacrificio en el bienestar individual (que implica una consideración atomística de la sociedad y la aceptación como un parámetro de la distribución existente de la renta). Pero hay otros criterios posibles de valoración: el del mercado, para recursos y productos para los que existe tal mercado, los juicios de expertos, y por el agente decisor. El cálculo de los costes sociales, se hace aplicando siempre la noción de coste de oportunidad y los flujos temporales de costes y beneficios se actualizan.

El último apartado del artículo que comentamos menciona algunas críticas y alternativas. En primer término, la opinión de quienes piensan que el análisis coste-beneficio supone la despolitización del proceso decisor en el área sanitaria. Después, las ideas de quienes juzgan que las decisiones se adoptan tras un proceso complejo de negociación, alejado de la investigación sistemática y objetiva de costos y beneficios y las plenamente escépticas que señalan el total predominio de la arbitrariedad, el cabileo y el "incrementalismo" presupuestario. Pero, a juicio de **Artells**, las críticas más sólidas son las que afectan a los propios fundamentos de la teoría del bienestar, y a los objetivos hasta ahora perseguidos por la economía de la salud. Entre estos últimos hay que incluir los que sugiere **Best**: la evaluación de los aspectos yatrogénicos del sistema productivo y del "proceso de producción" de la enfermedad. El trabajo se cierra con una amplia bibliografía.

En el artículo reseñado de **Cabases**, se efectúa una cuidadosa revisión de la literatura referida a otro de los campos que más preocupan: la cuantificación y medida de la salud. La tarea viene exigida por la necesidad de contar con un indicador social del nivel de bienestar para evaluar el "output" de los programas sanitarios, como requisito indispensable de su valoración económica en los términos expuestos, por ejemplo, por **Artells** en el texto antes comentado. En la línea marcada por **Culyer Lavers** y **Williams Cabases** indica que el proceso a seguir hasta la obtención de un índice de salud habría de seguir las siguientes fases: 1) definición operativa de salud y elección de las dimensiones de medida. 2) Descripción de los estados de salud resultantes de la combinación de las dimensiones elegidas. 3) Valoración relativa de dichos estados. 4) Obtención del índice de salud.

Para **Cabases** las aportaciones más destacables hay que anotarlas en el haber de cuatro grupos de investigadores. Primero, el de la *Universidad de York*, por haber integrado el enfoque económico con el de otras disciplinas, y haber sentado las bases de una teoría de los indicadores de salud en el marco de los indicadores sociales. Segundo, el equipo de **Bush**, en San Diego (California), por la aplicación de escalas psicométricas y el análisis de validez y fiabilidad de los índices. Tercero, la labor de **G. Torrence**, fundamentando teóricamente los modelos de índices de salud en términos de teoría de la utilidad, tratamiento matemático de los mismos y análisis de nuevas técnicas de escala. Cuarto, el grupo del *Charing Cross Hospital*, de Londres, cuyo trabajo se ha centrado en la evaluación clínica, midiendo el "output" hospitalario.

Como conclusiones más destacables de su trabajo, señala el creciente consenso sobre el concepto opera-

tivo de salud y el tipo de índice de salud teórico ideal; la inmadurez de las medidas obtenidas y la primacía en la literatura de los aspectos de eficiencia, frente a un relativo olvido de los aspectos de equidad. Al final del artículo figura la extensa bibliografía que le sirve de fundamento.

Por último, **Galarraga**, en su artículo reseñado y en el marco de un trabajo aplicado, hace algunas precisiones sobre los conceptos de demanda y oferta de servicios sanitarios, que aluden a problemas permanentes de la economía de la salud. Entre ellas la interpretación de funciones estadísticas de demanda; el nivel de información del consumidor y la relación de agencia entre pacientes y médicos; la virtualidad de los conceptos de "necesidad" y de demanda como "disposición a pagar", y la presencia de rendimientos crecientes a escala, externalidades e incertidumbre.

Artículos sobre la estructura económica de la asistencia sanitaria en España

Entre los trabajos dedicados al análisis de la estructura socioeconómica del sector sanitario español, hay que referirse en primer término al de **Almudena Durán**, que proporciona una visión aproximada, pero compacta y global, de la estructura de la financiación de la salud en España. En un gráfico aparecen representados los distintos agentes del sistema sanitario (financiadores últimos, intermediarios en el pago, establecimientos sanitarios productores de servicios y suministradores de recursos productivos), y los flujos monetarios que circulan entre ellos, estimando que la fracción del Producto Interior Bruto dedicado a gastos de salud asciende al 6 por 100. Otros fenómenos relevantes que desvela son el elevado número de camas de las entidades sin fines de lucro, la amplitud de las competencias de la Seguridad Social española que no sólo financia, sino que también gestiona directamente sus propios hospitales, y la complejidad de la organización hospitalaria española, cuyos centros, dependan de quien dependan, atienden pacientes financiados por gran variedad de entidades. Las fuentes estadísticas utilizadas (encuestas de presupuestos familiares, Contabilidad Nacional, Presupuestos de la Seguridad Social y del Estado, etc.), son sometidas a revisión. Algunos otros problemas centrales de la estructura sanitaria española también merece atención: cotizaciones de la Seguridad Social "versus" impuesto sobre el valor añadido; control del gasto y ticket moderador y sistemas de remuneración del trabajo, especialmente de los médicos. A este respecto anota que los temas de fijación de precios son problemas centrales en la financiación de los sistemas de corte occidental que, sin constituir una organización sanitaria monolítica, tampoco se rigen exclusivamente por leyes de mercado.

OBLIGACIONES FISCALES DE LOS PROFESIONALES

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



CERHSA

Gaztambide, 61, 5º
Madrid-15.

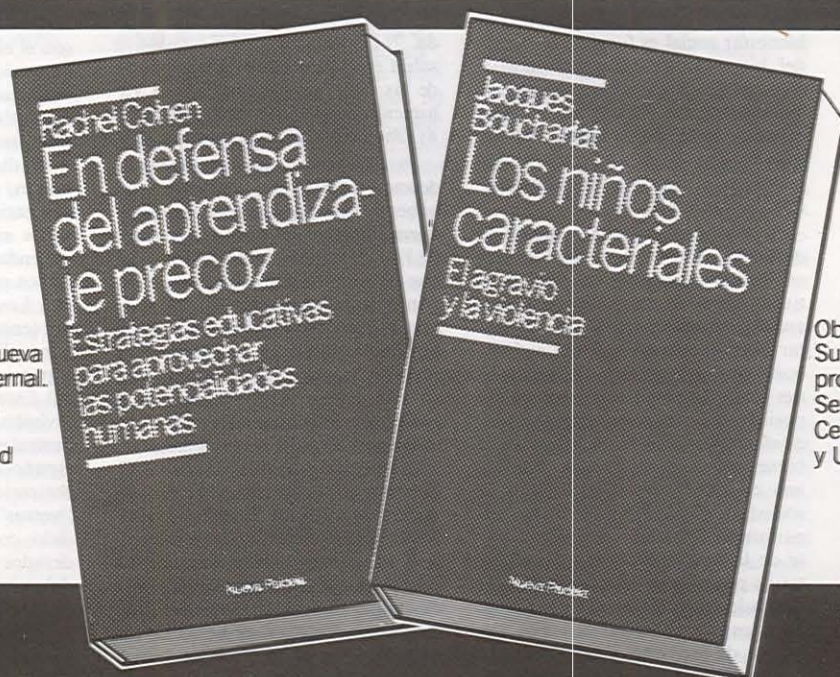
CURSOS FORMACION:

- INTRODUCCION AL ANALISIS TRANSACCIONAL
- RORSCHACH
- GRAFOLOGIA: INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD
- PSICODIAGNOSTICO INFANTIL

Información:

Teléfono: 243 41 77.

Las firmas más importantes de la pedagogía, pediatría y psiquiatría infantil se incorporan a la COLECCION NUEVA PAIDEA



Apasionante alegato que propugna y desarrolla una nueva estrategia en la escuela maternal. Rachel Cohen —su autora—, es doctora en Ciencias de la Educación. En la actualidad trabaja como investigadora en el laboratorio IMAC de la Universidad de París XIII.

Obra de lectura imprescindible. Su autor Jacques Boucharlat es profesor de psiquiatría y jefe del Servicio de Psicoterapia en el Centro Hospitalario Regional y Universitario de Grenoble.

Distribuye



COMERCIAL PLANETA



EDITORIAL PLANETA

BOX



DE LA PSICOLOGIA ESCOLAR A LA EDUCATIVA

1

El camino de los psicólogos escolares en España. De la psicología escolar a la psicología educativa

PABLO DEL RIO

EN 1976, en el marco del Congreso de la S.E.P., en Valladolid y cristalizando en una alternativa coordinada diversas líneas y ya años de trabajo, las Secciones de Psicólogos de los Colegios de Licenciados presentaban un conjunto de informes-propuesta bajo el denominador de lo que más tarde, incorporando el término anglosajón se conocerá como psicología de la intervención pero que, entonces, definido más nítidamente por la deseada validez ecológica y utilidad social de esa intervención, se expresa, comprometidamente, como "psicología, servicio público". La psicología de las por entonces, nueva carrera no se identifica con la trayectoria profesional anterior cualitativamente; tampoco cuantitativamente podría hacerlo, porque el mísero panorama laboral existente no permite siquiera hablar de una profesión. Los psicólogos tienen o creen tener entonces una carrera y no creen tener, pero sí desean crear, una profesión.

No tiene sentido recoger aquí el balance, los análisis y las propuestas entonces formuladas, recogidas y publicadas ya en ese mismo año, sino muy brevemente, situar algunos jalones o juntas que nos traen, desde aquellos planteamientos; sin duda provisionales, aunque ambiciosos, al momento actual. No se trata de refrescar nostálgicamente las raíces, sino de reflexionar sobre el itinerario para ser exigentes con los

planes futuros. Parece urgente hacer una reevaluación urgente de la psicología educativa en el país que rompa una cierta inercia de presente continuo, siempre acechante en la actividad humana. Al tiempo que estos hitos de recapitulación se han dado más recientemente en otras áreas, la psicología educativa lleva un cierto tiempo sin encontrarse masivamente consigo misma. Sin duda uno de los objetivos a cubrir en el próximo Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos será redelinear el mapa de esta psicología y reformular objetivos, estrategias y procedimientos, tarea de algún modo pendiente desde que quedó planteada en las Primeras Jornadas Internacionales de Psicología y Educación en 1979.

Sin duda, este problema es menos acusado en ciertos ámbitos que otros, y el conjunto de artículos que componen este *A fondo* presentan el trabajo en uno de los más, por no decir el más, activo en estos años en esta área. Volveremos sobre ello, pero conviene plantear el marco general, siquiera brevemente. Enumeraremos ya los citados jalones sin ningún rigor ni ordinal ni cardinal: ni son todos los que están, ni están todos los que son; si se establecen aquí injerencias causa-efecto, limitándonos a enumerar unos pocos fenómenos.

Sin duda, el primer factor a recordar es el del crecimiento cuantitativo de la profesión en el ámbito de la psicología

educativa, que fácilmente ha multiplicado por diez el número de profesionales en estos pocos años.

Como reflejo de lo anterior, y a pesar del crecimiento igualmente rápido de otras áreas con gran dinamismo (como las de salud o trabajo), una reciente encuesta del Colegio sitúa en primer lugar el porcentaje de psicólogos que operan en el campo de la educación (36 por 100), seguidos por los que actúan sobre la salud o clínica (35 por 100) y más distanciadas las áreas de psicología del trabajo y de servicios sociales (10 por 100, aproximadamente).

Un efecto colateral de esa relevancia y crecimiento lo provocan jornadas y encuentros masivos que hacen tomar conciencia a los profesionales de esta área de su existencia como bloque y de su importancia (casi 1.500 asistentes a las Primeras Jornadas de Psicología y Educación de 1979, casi 1.000 a las Jornadas de Orientación Educativa de este año).

Este crecimiento cuantitativo no sería justo achacarlo sólo a la oferta o bien a la demanda. Ambas han desempeñado un papel predominante. En primer lugar y sin pecar de inmodestia profesional, el compromiso de los psicólogos infantiles con el servicio social y el ejercicio vocacional por encima del puesto de trabajo remunerado lleva a una "invencción" de la oferta en una primera etapa, creando gabinetes, equipos, despachos en colegios y escuelas, etc., tanto a nivel privado como en centros públicos de uno u otro tipo. A veces con apoyos institucionales, a veces con el de las APAS, entonces ni siquiera así denominadas, muchas veces sin apoyos.

A la presencia activa de estos profesionales se suma la de otros frentes de actividades generados con parecida inventiva y precariedad de apoyos, creando entidades (públicas o privadas pero de servicio público) a nivel de investigación, información, difusión, formación y animación: asociaciones, equipos, colectivos, editoriales, guarderías, etcétera.

Ambos tipos de oferta generan, además de su propio campo de actuación una conciencia pública sobre los problemas psicopedagógicos y los servicios que precisa la comunidad en este ámbito. La demanda comienza así a hacerse notar y crecer establemente, lo que no quiere decir sin dificultades. La psicología, y en concreto la psicología educativa pasan a existir como referentes en los medios de comunicación y en las instancias políticas y democráticas.

La primera cristalización operativa de este estado de conciencia pública y política vendrá cuando la izquierda democrática pueda comenzar a ejercer su poder de gestión pública. No ha sido pues en la Administración Central, sino en los Municipios y Autonomías donde se da la alternativa (difícil, pero real) a los psicólogos escolares. El panorama actual de servicios de psicología educativa expresa claramente este hecho y

en él, el peso de los servicios dependientes de la Administración Central es reducido. Cabría hacer una larga lista y quizá quienes no ejerzan en este ámbito puedan perderse entre las siglas:

— F.M. (Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial).

— S.O.E.V. (Servicios de Orientación Educativa y Vocacional).

— S.P.M. (Servicios Psicopedagógicos Municipales).

— G.P.M. (Gabinetes Psicopedagógicos Municipales).

— S.P.S.M. (Servicios Socio-psicopedagógicos Municipales).

— E.A.P.G. (Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico de la Generalitat).

— C.M.S. (Centros Municipales de Salud).

— C.P.S. (Centros de Promoción de la Salud).

La lista no es sino parcial, pero significativa y la detenemos aquí. Debemos volver más concretamente sobre este punto.

La aparición a la vez de la Psicología Educativa como especialidades en algunas de las Facultades de Psicología no es pues casual. Parece además ser una tendencia en alza. No obstante, el panorama a nivel de formación no deja de parecer muy provisional, aunque ya existente. Volveremos también sobre esto al final.

El desarrollo científico de la propia Psicología Educativa (Psicología Escolar, Psicología de la Instrucción) a nivel internacional que queda reflejado al haber pasado en pocos años a ocupar el segundo lugar de las áreas temáticas en Psychological Abstracts. Este desarrollo no ha sido sólo cuantitativo, como veremos enseguida. En nuestro país este desarrollo se expresa en la aparición de un grupo, constituido por diversos equipos, centros y tendencias, de investigadores, reducido pero ya significativo que comienza a perfilar una psicología educativa con entidad propia en nuestro país. Ejemplo claro puede ser el porcentaje de artículos que "Infancia y Aprendizaje" incluía en 1978 de autores españoles (20 por 100) al porcentaje actual (entre el 80 y el 100 por 100).

Aún habría que añadir un punto aparentemente no profesional, pero de vital importancia para el desarrollo de la Psicología Educativa: la creciente fuerza de los movimientos de educadores por la renovación educativa, recientemente reconocida legalmente en la nueva ley y que, de un modo parecido al caso de los psicólogos se nutre de iniciativas muy diversas (escuelas de verano y asociaciones, revistas, equipos de experiencias e investigación públicas o privadas, nuevos centros a todos los niveles de la enseñanza, etc.). La mayor presencia de la psicología en los planes de formación de los educadores y la propia presencia de psicólogos entre los maestros y en estas iniciativas hace que no podamos considerar ese movimiento como algo paralelo, sino íntimamente vinculado al

nuestro. Ambos han marcado oportunamente el énfasis en que los problemas "cuantitativos" (económicos, sindicales, redistributivos) de la política educativa no agotan ni resuelven la cuestión educativa y que es preciso prestar mayor atención a los problemas cualitativos de la educación ("psico-socio-pedagógicos"); claro que queda por dilucidar cuáles serían éstos y cómo resolverlos mejor, política, social, científica y metodológicamente, y la enorme complejidad del problema explica muchas de las peculiaridades o diferencias entre distintos grupos o posturas entre educadores y psicólogos. Pero, sin duda, el problema no se solventa ya simplemente a nivel buro o tecnocrático o socio-económico, que tuvo y retuvo su cuota de relevancia.

Estos factores (debo insistir que no sólo ellos, pero no es lugar para mayor extensión) dibujan una nueva situación en que, probablemente lo más urgente sea el conjuntarlos en una actividad comprensiva y coherente. Sin duda existen bases para ello, puesto que quizá el principal fruto de la experiencia acumulada en estos pocos, pero ya no escasos años es el de la necesidad de una reflexión y coordinación de esfuerzos.

En este número de la revista y en esta sección de *A fondo* se describe, como bastante riqueza y significatividad y a pesar de algunas ausencias siempre inevitables por tiempo y espacio, pero en todo caso sentidas, la labor, planteamientos y actuaciones de buena parte de los grupos institucionales de intervención en psicología educativa en todo el país.

— *Equipos Multiprofesionales*, por la Comisión de Redacción y seguimiento de conclusiones de las Primeras Jornadas de Estudio de los E. M.

— *Equipos psicopedagógicos en Cataluña*, por miembros de dos SEMAP, Eulalia Bassedas y Teresa Huguet.

— *Servicios Psicopedagógicos Municipales de Madrid*, por Consuelo Escudero, miembro de S.P.M. de Getafe y vocal de la Junta Rectora del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Asimismo, del equipo de Getafe, Félix García Villanueva reflexiona sobre el lugar del psicólogo en el campo de la educación.

— *Gabinetes Psicopedagógicos Municipales*, por Miguel García Aya, por el Área de Acción comunitaria de la Consellería de Sanidad, Trabajo y S. S. de la Generalitat de la Comunidad Valenciana y Juan Caballero, del G.P.M. de Canals.

— Además, las conclusiones del primer encuentro de los *Servicios de Apoyo a la Escuela* de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Sería difícil y en todo caso prolijo o innecesario sintetizar el contenido de estos artículos, algo que cada lector podrá hacer con su propio bagaje de conocimientos y planteamientos. Creemos, sin embargo, que su lectura es alentadora. En todos ellos se aprecian y defienden dos hechos que pueden re-

sultar cruciales para el desarrollo de la psicología educativa española.

En primer lugar, la conciencia muy profunda y extendida de la necesidad de pasar a una etapa de coordinación de los servicios, a veces atomizados, solapados o repetitivos una vez ya que la situación política del país lo posibilita.

A este respecto no podemos dejar de llamar la atención sobre la enorme diversidad y riqueza de muchas instituciones, asociaciones, gabinetes e iniciativas privadas de vocación asistencial pública, creadas en esa etapa de roturación del campo de trabajo profesional y que hoy sería injusto menospreciar u olvidar a la hora de coordinar y reorganizar los servicios educativos y asistenciales. La distinción formalista jurídica entre "público"/"privado" no sería, dada nuestra particular historia reciente, adecuada para optimizar y aprovechar la oferta profesional existente.

En segundo lugar, la coincidencia en determinadas constataciones o comprensiones, nudos de conciencia, por parte de la mayoría de los servicios, no por la comunidad de origen o de formación, sino debido a su experiencia y al contacto ya prolongado en la realidad humana en las diversas comunidades.

- Necesidad de vincular a niños y al proceso de escolarización al medio en que vive, interviniendo también sobre los factores circundantes = maestros, padres, comunidad de barrio, cultura y medios de comunicación de masas, extendiendo la educación a la educación informal o extraescolar.

- Mayor énfasis en la "prevención que en la asistencia", sin abandonar ésta.

- Mayor énfasis en los procesos que en las medidas de nivel, tanto a nivel de comprender el desarrollo individualizado de cada niño como al de abordar más a fondo los mecanismos de la enseñanza-aprendizaje.

Curiosamente, a nivel general y en la mayoría de los países se aprecia una parecida ampliación de las preocupaciones teóricas, metodológicas y prácticas de la psicología educativa. Los dos términos de la denominación se están redefiniendo de hecho al hacerlo, psicología y educación. No es sin duda ajena a este hecho la creciente influencia de las tesis constructivistas de Piaget. Si el hombre es lo que aprende la educación es lo que construye y explica al hombre. Eso ya se sabía, pero no estaba operacionalizado científicamente. Al hacerse tal cosa la Psicología Educativa se ha visto obligada a ampliar su foco incorporando todos los aspectos de enseñanza-aprendizaje del medio humano, formales o informales, personales o masivos. Pero este esfuerzo a cambio le ha permitido alcanzar una mayor pertinencia para explicar e intervenir en los procesos educativos de muy diverso tipo y con una declarada vocación por la validez ecológica de esa construcción del hombre.

No es este el lugar de realizar un



balance o de trazar un mapa de los conocimientos y procedimientos que integrarían esta nueva psicología educativa, aunque su difusión, comprobación y debate por la mayor parte de los psicólogos que trabajan en el área sería conveniente.

Nos remitimos al artículo de C. Coll: *Psicología de la Educación: ciencia, tecnología y actividad técnico práctica* (Estudios de la Psicología 14-15) y al libro del mismo autor *Psicología genética y aprendizajes escolares* (Siglo XXI, Madrid 1983). Baste para dar idea de los nuevos planteamientos generales y abiertos de la psicología educativa la definición que da Cremin (1980) de la educación: "El esfuerzo deliberado, sistemático y sostenido para transmitir, evocar o adquirir conocimientos, valores, actitudes, destrezas o sensibilidades, así como cualquier aprendizaje que se siga del esfuerzo, directo o indirecto, voluntario o involuntario".

La educación, como objetivo no sólo de escolarización sino de construcción y desarrollo humano permanente, se perfila así como un objetivo esencial e inexcusable para el psicólogo tanto como para el educador, y su ámbito impregna todos los contextos en que se gesta y desenvuelve la conducta humana. Ocurre así que muchos clínicos "educan" ahora para curar o que los medios de comunicación de masas e incluso la publicidad deben plantearse sus consecuencias educativas e involuntarias. La prevención en psicología educativa pasa a ser una tautología: prevenir es educar y no otra cosa. El modelo clínico de asistencia al "caso", incluso sustituido por el de prevención-

**La educación,
objetivo no sólo
de escolarización,
sino de desarrollo
humano.**

educación de la salud se queda corto para cubrir los objetivos educativos que ahora se plantean. Todo ello sin embargo es preciso desarrollarlo sin "imperialismos" ni intereses dentro de la propia psicología, ni externos respecto a otras disciplinas. Del mismo modo que no es prudente subsumir la escuela en el modelo de salud, no es prudente subsumir ciertas terapias cognitivas en el de la educación, como señala Gresham (1981). Ni sería prudente cortocircuitar el desarrollo de la psicología social, de servicios sociales y calidad de vida, acaparando la cultura familiar para la psicología educativa. La garantía de un crecimiento fuerte es que este sea equilibrado y todos los sectores aporten sus desarrollos específicos. Esto no es obstáculo, no obstante, para superar esa atomización del sujeto y la sociedad en taifas de especialismos. Creemos que no es preciso insistir en ello.

Un replanteamiento así, que se ve nítidamente emerger tanto por la conciencia que los nuevos servicios han madurado de la globalidad de los hechos psicosociales en educación, como por la riqueza de problemas, evidencias, indicadores, instrumentos y programas generados en la psicología educativa recientemente, obliga a realizar en nuestro país un esfuerzo conjunto por reordenar, coordinar y actualizar nuestra Psicología Educativa.

Para ello sería preciso actualizar los conocimientos de referencia de los profesionales de la intervención, impregnar de la conciencia sobre la realidad que estos tienen a la Universidad y la investigación y coordinar los esfuerzos de investigación y reciclaje, intervención educativa y asistencial, animación o generación de una cultura educativa social, de modo que la riqueza conceptual no desemboque en un mapa sin hitos, itinerarios y referentes claros para todos.

Parece claro que el objetivo básico del Colegio Oficial de Psicólogos debería ser al menos, como organismo puente, el intentar establecer plataformas de diálogo para esta coordinación y articular un plan de formación universitaria de post-gradó especialización así como un plan permanente de reciclaje de los profesionales que fertilice la síntesis teoría-práctica; ambos situados a nivel universitario para licenciados y doctores en psicología.

Creemos que esto permitirá conjuntar un corpus conceptual e instrumental útil para las necesidades de la psicología educativa en nuestro país tanto a nivel de investigación, como de formación y por último (pero quizá en primer lugar) aunque no deberían separarse, de intervención.

Sólo un plan así, que devuelva a los profesionales un papel en el futuro de la especialidad y les permita ejercer una influencia más o menos directa en los planes de la Universidad al tiempo que les posibilite el recibir que esta tenga de más pertinente para su práctica de un modo continuado, puede permitirnos confiar en una rama de Psicología Educativa que vincule carrera y profesión en una comunidad de fortalecimiento mutuo en la que la práctica y la investigación sean bueyes del mismo carro en el camino de la construcción humana.

Confiamos en que este primer escarapate sobre algunos de los servicios y reflexiones en psicología educativa dé lugar en breve plazo a un dossier de este boletín sobre este problema de la formación permanente y la investigación en nuestra área.

No antes sin embargo de que pueda recabarse mediante un cuestionario a todos los profesionales los problemas y necesidades formativas e instrumentales y en que pueda recogerse los hechos e intenciones en planes formativos de la Universidad en nuestra área.



PABLO DEL RÍO

El camino de los psicólogos escolares en España. De la psicología escolar a la psicología educativa.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 12, diciembre, 1983. Págs. 5 a 8.

A. Alvarez y P. del Río. Otras psicología escolar en España. En "Psicología Servicio Público". Pablo del Río, editor. Madrid, 1976.

A. Alvarez y P. del Río. De la educación extra-escolar a los programas de intervención familiar. Cuadernos de Pedagogía, 101, mayo 1983.

C. Coll y M. Forns (els). Áreas de intervención de la Psicología. Horsori, Barcelona, 1980.

E. Bassedas, C. Coll y M. Rossell. Formación universitaria y actividad profesio-

sional: un intento de integración en el ámbito de la psicología educacional.

C. Coll. Psicología de la educación: ciencia, tecnología y actividad técnico-práctica. Estudios de Psicología, n.º 14-15, 1983.

Grupo de investigaciones psicopedagógicas: las aportaciones de la psicología al estudio de los procesos educativos. Infancia y Aprendizaje, 10, 1980.

P. del Río. Una psicología con apellido español: un derecho y una necesidad. Infancia y Aprendizaje, n.º 21, 1983.

Los Equipos Multiprofesionales

MARIA LUISA ARRANZ CARRILLO, MATEO MARTINEZ ISAAC, PILAR MUÑOZ DELEITO, LUZ PEREZ SANCHEZ, AMAYA STERNER y ROSA MARIA TENA (*)

LOS Equipos Multiprofesionales como servicios comunitarios creados por el I.N.E.E. (Instituto Nacional de Educación Especial) fueron regulados en su funcionamiento, creación y composición por la O.M. del 9-9-82, publicada en el "B.O.E." el 15 de septiembre del 82. Hasta entonces funcionaban según la circular de la Subsecretaría del M.E.C. (Ministerio de Educación y Ciencia) del 22 de julio de 1981. Esta respondía a los principios que establecía el Plan Nacional de Educación Especial de 1978, que son sectorización de los Servicios, normalización, integración y enseñanza individualizada.

Podríamos convenir que los Equipos Multiprofesionales (E.M.) constituyen el soporte de los principios del Plan, ya que sin un enfoque sectorizado la normalización de los servicios, la atención y enseñanza individualizada y la integración escolar y social no podría llevarse a cabo.

La falta de éxitos en la población infantil o adolescente se debe fundamentalmente a la consideración de ésta en su distintas parcelas, tomándola como problemas aislados de tipo psicológico, educativo, social o médico, y no en su globalidad, y para ello es necesario la globalidad en su intervención.

Este es el paso previo para llevar a cabo los cuatro principios fundamentales sobre los que se sustentan nuestros equipos.

Mediante la sectorización se pretende conseguir no sólo atender a las necesidades que se presentan, sino atenderlas allí donde se producen y conforme se manifiestan.

Con la misma se intenta ofrecer una atención muy directa a alumnos, profesores y padres, no perdiendo de vista las variables socioculturales que están incidiendo en el aprendizaje y la vida del niño: medio escolar, medio familiar y entorno social.

De este modo los E.M. aparecen como un intento de paliar las diferencias provenientes, por un lado del hecho geográfico, por la concentración y dispersión de población, y por otro de las necesidades y tipo de población que allí se asienta. La existencia de equipos sectorizados potencia la valoración global no sólo de las capacidades, sino también de las necesidades de la población escolar, facilitando una coordinación entre todos los Servicios y atenciones que pueden necesitar dentro del Sector.

Solamente trabajando en total conexión con el núcleo de población en que

se actúa es posible llegar a plantear un proceso de normalización, integración y atención individualizada.

Los E.M. en un enfoque sectorizado suponen una descentralización importante y devolución de una gran cantidad de iniciativa al hábitat socio-comunitario sujeto y objeto de sus servicios; y técnicamente suponen el abandono de planteamientos individuales excesivamente ligados a la profesión por la adquisición de una actitud experimental y un enriquecimiento de grupo.

Este enfoque interdisciplinar de los Equipos Multiprofesionales exige que no se adopten normas rígidas e iguales para todos ellos por lo que cada Equipo debe elaborar su propio plan de trabajo atendiendo a las necesidades de su comunidad.

Según la O.M. anteriormente citada la composición de los Equipos en la actualidad es de siete miembros, dos asistentes sociales, dos pedagogos, dos psicólogos y un médico. Preveándose en ella que también formara parte del Equipo un administrativo, no habiéndose llevado a cabo esto hasta el momento.

Una labor eficaz de estos Servicios dentro de la Comunidad no puede realizarse sin tener en cuenta el conocimiento real y más rico posible de su ámbito de actuación, especialmente en lo que concierne a la situación y equipamiento del sistema educativo, sin olvidar las áreas social, sanitaria y de otros servicios, aprovechando al máximo los recursos existentes y favoreciendo la creación de aquellos que se consideren necesarios para ponerlos al Servicio de la Comunidad.

De esta forma los Equipos Multiprofesionales aparecen como un intento de paliar las diferencias provenientes por un lado del hecho geográfico, por la concentración y dispersión de población y por otro de las necesidades y tipo de población que allí se asienta.

La existencia de equipos sectorizados potencia la valoración global no sólo de las capacidades, sino también de las necesidades de la población escolar, facilitando la coordinación de todos los servicios y atenciones dentro del sector.

Tras esta fundamentación de la sectorización de los Equipos, existen otras

(*) Forman la Comisión de Redacción y Seguimiento de Conclusiones de las Primeras Jornadas de Estudio de los Equipos Multiprofesionales y pertenecen respectivamente a: Equipo Multiprofesional de Carabanchel, Alcorcón, Parla, Tetuán, Alcalá y Getafe.

inherentes al propio modo de trabajar que conforman el típico quehacer de nuestra actuación. Actuar de acuerdo a un enfoque interdisciplinar que sea eficaz y esté bien estructurado es una tarea que plantea en su comienzo algunos problemas que han de ser eliminados. Abandonar el personalismo que supone el trabajo individual y elaborar un planteamiento filosófico común.

El E.M., por tanto, se fundamenta en la cohesión de sus miembros y la capacidad de crítica para sus propias actuaciones. La indefinición de sus tareas y la falta de entendimiento entre sus miembros o entre éstos y las direcciones de los mismos impide o entorpece su marcha.

Las funciones que venimos realizando y que están reguladas por la O.M. del 9-9-82, anteriormente citada, son:

PREVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA
DETECCIÓN Y CANALIZACIÓN,
VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO

Prevención social y educativa

Entre las tareas primordiales del E.M. destacamos ésta que hace referencia a la Prevención Social y Educativa, pues consideramos fundamental el incidir en este aspecto para evitar al máximo los trastornos y/o retrasos en el desarrollo, refiriéndonos tanto al ámbito familiar y escolar como al medio social más próximo. Todo ello supone una modificación y estructuración de las condiciones que provoca y pueden provocar los problemas, y abarcará tanto la información a las familias y profesionales cuya acción incida de alguna manera en el niño, como una atención directa que permita adecuar el ambiente escolar y familiar a las necesidades del niño, evitando así cualquier tipo de marginación.

Hablar de prevención significa hablar del contexto donde el niño crece y vive. Y esto concierne en primer lugar a la familia, pero no sólo a la familia. Cualquier decisión de abordaje de la problemática infantil, ya sea individual o familiar, es fundamental incluir el síntoma en un contexto más amplio.

Desde este punto de vista todos los servicios existentes en la comunidad encargados de esto han de coordinarse entre ellos en el trabajo, aunque cada uno en su especialidad, a fin de que la realidad del niño con problemas no sea desmenuzada según necesidades del servicio, o la edad del niño, o el tipo de actuación propuesto.

Así pues hablamos de dos maneras de abordar la Prevención:

- a) Prevención socio-educativa.
- b) Prevención socio-sanitaria.

Detección-canalización-valoración y seguimiento

Otra de las funciones a desempeñar es la detección de cualquier tipo de problemas planteado en un momento dado en el proceso de desarrollo de los

niños, desterrando la idea de que el niño es el único depositario de problemas. No podemos hablar del niño y su problemático, sino que debemos entender el significado que asume en el sistema de relaciones.

Una vez detectado el problema, el E.M. estudiará interdisciplinariamente el caso, de modo que se tomen unos acuerdos unitarios respecto a la canalización y orientación adecuada a cada caso, elaborándose el P.D.I. (Programa de Desarrollo Individual). Hay que tener presente que el Servicio de Valoración no presupone en todos los casos una exploración exhaustiva y estándar desde el punto de vista psicopedagógico, social y médico.

En los casos en que la valoración atiende a un caso individual seguirá las siguientes fases:

1. Análisis previo a realizar en cada caso enfocando el problema en forma global, sistematizando la información y recogida de datos y teniendo en cuenta las repercusiones que pueden ocasionar los problemas a nivel individual o relación (familia, escuela, etc.). Analizándose los antecedentes escolares si los hubiese, estudiando los datos aportados por los profesionales relacionados con el niño y conociendo el medio familiar y social en que se desenvuelve.

2. Posteriormente a este análisis, el E.M. siempre que lo considere oportuno realizará una exploración en profundidad que abarcará todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para un conocimiento exhaustivo del problema.

3. Después de la recogida de datos, estudio y exploración sistemática (recordamos que ésta última no tiene que ser exhaustiva en todos los casos), el E.M. procede al estudio de los datos recogidos por cada profesional para pasar a analizar globalmente dicha información concluyendo en la Síntesis Multiprofesional.

De acuerdo con las síntesis multiprofesionales y las orientaciones dadas, el E.M. elabora en los casos en que lo considere necesario, un Programa de Desarrollo Individual (P.D.I.) conjuntamente con el profesor, padres y otros profesionales. Este programa abarca las áreas en que el niño ha presentado mayores posibilidades para su desarrollo.

El P.D.I. es la adecuación a cada sujeto de los contenidos del diseño curricular y debe ser aplicado en el marco institucional más adecuado.

Una vez cumplidos los objetivos de detección, valoración, orientación y canalización del problema y para garantizar el éxito del P.D.I. se realiza el seguimiento que tiene diferentes características dependiendo de múltiples factores, ubicación del sujeto, problemática del caso, etc. El seguimiento se hace con el fin de confirmar el P.D.I. y con él de analizar, secuenciar, evaluar y mantener la acción del E.M. con cada sujeto y los servicios de apoyo complementarios, padres y profesores.

Cuando nos referimos al trabajo institucional, partiendo de la base de que la mayoría de los problemas y/o fracasos escolares que se producen en la escuela, es la misma escuela, la causa, como elemento fundamental, creemos que ha de ser la misma institución escolar la que ofrezca soluciones para la readaptación y el cambio.

Como bien sabemos el actual sistema educativo no responde a las necesidades de los niños, existiendo un desajuste entre los métodos oficiales de enseñanza y los mecanismos naturales por los que el niño accede al conocimiento de la realidad, de ahí que veamos prioritario desarrollar un trabajo de debate y discusión a nivel de grupos de trabajo, seminarios, etc. con profesores, para reflexionar sobre objetivos, métodos y los cambios que han de producirse y conseguir los recursos necesarios para llevar a cabo la renovación pedagógica que haga posible una enseñanza de calidad.

En este proyecto pedagógico se plantea, entre otros, los siguientes aspectos:

A Pedagógico.

- a) Revisión de objetivos y métodos pedagógicos.
- b) Línea pedagógica general del centro.
- c) Aspectos de infraestructura, instalaciones, ratio, departamentos...
- d) Formación del profesorado.
- e) Estabilidad del profesorado.
- f) Participación de los padres en la escuela.
- g) Tipo de dirección de centro.
- h) Etcétera.

B Institucional.

Los cambios que han de producirse en la escuela suponen una actitud por parte de toda la Institución Escolar, padres, profesores, alumno. En cuanto a los profesores es preciso que exista una estrecha vinculación de todo el colectivo de maestros en cada uno de los centros escolares.

Los grupos y seminarios que funcionan han de vincular sus proyectos al resto de los compañeros a nivel de claustro o por niveles con un debate permanente que profundice en los grandes problemas que hoy tiene la escuela.

La detección/prevención, lo individual y lo colectivo implican una metodología específica, ya que los problemas individuales (pedagógicos o psicológicos) han de enmarcarse en un contexto social.

Problemas con los que nos hemos ido encontrando a lo largo de nuestros tres años de funcionamiento

Podríamos diferenciar varios tipos de dificultades básicas con las que nos hemos encontrado.

— De tipo funcional o estructural, aquí incluiríamos la desproporción que existe entre el número de componentes de un equipo y las necesidades que plantea el sector donde trabaja. Esta falta de proporcionalidad supone que halla una demanda que sobrepasa la posibilidad de oferta del equipo. La coordinación de los diversos grupos de trabajo que inciden en el campo educativo paliarían en buena medida este problema.

— Un segundo problema se refiere a la propia ubicación física del equipo. Una buena parte de ellos están situados en centros públicos ordinarios o de educación especial, esta circunstancia obliga por una parte a no disponer de todo el espacio que se necesita para el desarrollo normal de sus funciones y por otra a una interferencia de dos entidades (colegio y equipo) con objetivos distintos que pueden llegar a perturbar la dinámica establecida por cada cual, llegando en ocasiones a ser visto como una misma cosa por la población.

— La independencia técnica, que no siempre es respetada, independencia que como profesionales debemos exigir, requisito imprescindible sin el cual la marcha del equipo se vería seriamente dañada.

— El cuarto problema con que nos encontramos fue articular toda la filosofía de los E.M. con las funciones que nos asignaba la O.M. del 9-9-82. Es por ello por lo que los E.M. constituyeron una Comisión Técnica formada por un miembro de cada uno de los Equipos, a través de la que podemos canalizar cualquier problemática que afecte al buen funcionamiento de los Equipos. Mediante las discusiones de trabajo que tuvimos durante todo el curso 82-83 vimos la necesidad de celebrar unas Jornadas a nivel nacional para unificar criterios, clarificar situaciones, replantear modos de actuación, etc. A esto se añadió que en junio de 1983 se celebró en Madrid el primer encuentro de los Servicios de Apoyo a la Escuela de la Comunidad Autónoma, a las que asistimos E.M. junto con S.P.M. y S.O.E.V., en ellas vimos la necesidad de coordinación de los servicios, en un corto plazo, para posteriormente llegar a la integración de los mismos. (En la actualidad existe ya una experiencia de integración a todos los niveles entre E.M. y S.P.M. en Getafe.)

Las primeras Jornadas de Estudio de los Equipos Multiprofesionales se celebraron en Madrid del 18 al 22 de julio del 83 para los equipos de Madrid y del 26 al 29 del mismo mes para los equipos de provincias.

Posteriormente se constituyó la Comisión de Redacción y Seguimiento de las Conclusiones de dichas Jornadas que actualmente siguen trabajando, y a las que además de pertenecer los abajo firmantes, está constituida por un representante de los Equipos de Avila, de Rioja, de Albacete, de Toledo y el ilustrísimo señor subdirector general de Educación Especial, don Carlos Ortiz.



El resumen de las conclusiones sobre aspectos generales del funcionamiento de los Equipos Multiprofesionales es el que a continuación exponemos:

Los Equipos Multiprofesionales nos definimos como Servicios Técnicos Sociocomunitarios de Apoyo a la Escuela.

Características de este Servicio:

- Sectorización: deberá responder no sólo a criterios geográficos, sino también socioeconómicos y otros que definan o configuren una determinada comunidad.

- Ubicación: estos Servicios estarán situados en un lugar independiente, fuera de los Centros Escolares y que resulte de fácil acceso a la población.

- Composición: como criterio general los E.M. deberán estar formados básicamente por: asistentes sociales, pedagogos, médicos, psicólogos y administrativo adecuando el número de profesionales así como la inclusión de otros especialistas a las necesidades y población del sector.

***Sectorización,
ubicación, composición,
dependencia y ámbito
de actuación caracterizan
al equipo.***

Cada E.M. elegirá entre sus miembros un portavoz responsable que le representará ante la Comunidad y otros organismos.

- Dependencia: para un mejor funcionamiento de estos servicios se considera que la dependencia debe ser de un solo organismo, y a todos los efectos laborales, administrativos y técnicos.

Dentro de este organismo se propone la creación de la figura de un coordinador de todos los Equipos y que desaparezca la dirección independiente para cada E.M. participando en la elección de este coordinador los miembros de estos equipos. Asimismo los E.E.M.M. nombrarán una representación de entre sus miembros que participe en la elaboración de los Planes Generales de Actuación de estos Servicios.

- Ambito de actuación: la actuación de los E.M. está dirigida a todos y cada uno de los sujetos que deben estar integrados en la comunidad educativa:

- Escuelas Infantiles (0 a 6 años)
- Preescolar
- E.G.B.
- Enseñanzas Medias e Integradas

Queremos aclarar que incluimos dentro del Sistema Educativo tanto la Enseñanza Ordinaria como la llamada Educación Especial, partiendo del principio de integración.

Funciones

1. *Actuación de la Institución Escolar*
 - Prevención
 - Valoración
 - Orientación, P.D.I. y Seguimiento
 - Escolarización
 - Canalización
 - Dinamización de la Comunidad Educativa
2. *Prevención Socio Educativa*
 - Detección precoz de sujetos de alto riesgo
 - Canalización y seguimiento de los mismos
 - Colaboración en Campañas de prevención
 - Participación en Escuelas de Padres
 - Colaboración con Movimientos Ciudadanos, ligados y relacionados con la Escuela.
3. *Orientación de Recursos Comunitarios.*
4. *Información a las autoridades competentes de los recursos necesarios para la comunidad.*
5. *Investigaciones*

La actuación de los E.M. como Servicios Técnicos para la comunidad tiene como finalidad potenciar y promover los cambios necesarios en la Escuela para que ésta responda adecuadamente a las necesidades educativas, tanto en el ámbito propiamente escolar como en el familiar y social para conseguir:

 - Una escuela para todos
 - Una escuela abierta a la comunidad
 - Una escuela integradora.



Los Equipos Psicopedagógicos en Cataluña

EULALIA BASSEDAS I BALLUS y
TERESA HUGUET I COMELLES (*)

1 Origen e historia de la atención psicopedagógica en las escuelas. Panorámica general sobre los diversos equipos e instituciones psicopedagógicas.

La escuela pública en Cataluña ha estado durante mucho tiempo alejada de la mayoría de intentos de renovación escolar y ha constituido un núcleo cerrado al que no llegaban iniciativas de innovación que tenían lugar en otras instituciones educativas. En ella, los maestros a menudo se encontraban con una serie de dificultades para poder atender a la gran cantidad de problemas de todo tipo que se presentaban. Estas dificultades, por diversas causas, eran más acuciantes, sobre todo en zonas industriales del cinturón de Barcelona. Entre ellas destaca el gran incremento de población de los municipios ubicados en esa zona en sólo diez años, a causa de la inmigración. Este fenómeno agravó los problemas debido a la gran escasez de infraestructura de todo tipo para atender a la población escolar, por otra parte enormemente necesitada habida cuenta de los bajos niveles socio-económicos y culturales.

Ante esta situación y gracias a los fuertes movimientos reivindicativos ciudadanos (APA, AAVV,...), la presión de maestros y profesionales de los Ayuntamientos —entre otros— en 1973 dos poblaciones de la comarca del Baix Llobregat (Cornellá y Esplugues del Llobregat) inician la experiencia de la formación de un Servicio Psicopedagógico Municipal. Ya en su inicio, estos servicios se ven en la necesidad de plantear su labor desde una perspectiva al mismo tiempos social y psicopedagógica. A partir de esta primera experiencia, y gracias a la sensibilización de los Ayuntamientos en los temas educativos y sociales, a finales de la década de los setenta son muchos los consistorios que incluyen la creación de un Servicio Psicopedagógico en su programa de actuación. Así, las iniciativas llegan a alcanzar una extensión considerable, sobre todo en las zonas industriales próximas a Barcelona y a otras grandes poblaciones. Durante los años 1979-80-81 son muchos los Ayuntamientos que deciden poner en funcionamiento este tipo de servicios de ámbito local, asumiendo competencias que no les son atribuidas por ley. La necesidad de poner en común las experiencias e intentar unificar los criterios de actuación, lleva a los servicios a constituirse en "Colectivo de Equipos Socio-Psico-

pedagógicos Municipales" a mediados de 1980. (1)

Paralelamente, y como consecuencia de la puesta en marcha del Plan Nacional de Educación Especial, en 1980 diversas instituciones y entidades catalanas se dirigen al INEE solicitando su reconversión como Equipos Multiprofesionales. Durante la misma época se realizan los traspasos en materia de enseñanza a la Generalitat de Cataluña, que participa en la constitución de los cinco primeros equipos. A partir de esta fecha se han puesto en funcionamiento varios equipos más; éstos han sufrido una serie de reestructuraciones que comentaremos más adelante, lo que les ha llevado a modificar su denominación. Actualmente se llaman Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP). (2)

Aunque situados a distintos niveles de incidencia existen también otros servicios de apoyo a las escuelas. Por un lado nos referimos a los equipos que han realizado una valiosa labor en el proceso de integración de niños con déficits sensoriales (ciegos y sordos) en la escuela ordinaria. Estos equipos han llevado a cabo una orientación a los maestros y a la escuela en general, pero centrada únicamente en las dificultades específicas y en el modo de integración de algunos niños en particular.

Algunos de estos equipos dependen de instituciones públicas, si bien la mayoría son de iniciativa privada y han realizado su trabajo tanto en la escuela pública como en la privada. Finalmente, cabe señalar la existencia de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional (SOEV) —creados por O.M. de 30 de abril de 1977—, que debido a su falta de recursos humanos ha incidido muy poco en las escuelas públicas de Cataluña. A partir de mayor de 1983 los SOEV y un equipo de ayuda para la integración escolar (Gabinete de Integración Escolar de Invidentes - GIEI) están integrados en los EAP.

2. Características diferenciales y objetivos de los distintos equipos psicopedagógicos.

Actualmente los equipos psicopedagógicos que más incidencia tienen a nivel de las escuelas públicas de Cataluña son los Equipos Socio-Psicopeda-

(*) Los autores son miembros del Servei Municipal d'Assessorament Psicopedagògic (SEMAP) de Sant Boi y de Sant Just, respectivamente.

gógicos Municipales y los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica de la Generalitat.

Si bien se observa un progresivo acercamiento en la concepción y manera de abordar el trabajo psicopedagógico en la institución escolar, se constatan diferencias claras entre los EAP y los Servicios Psicopedagógicos Municipales, diferencias cuyo origen reside en las iniciativas y planteamientos que los han generado.

Los Equipos Socio-Psicopedagógicos Municipales surgen, como ya hemos explicado, en momentos y realidades sociopolíticas distintas entre sí; por esta razón no responden a un planteamiento único y común, sino que cada uno tiene unas características propias en función de la realidad concreta que lo ha originado y también en función de la formación y composición del equipo. A pesar de estas diferencias hay unos postulados comunes que se discuten y revisan en las sesiones del Colectivo que los agrupa.

La mayoría de estos equipos dependen de la Concejalía de Enseñanza de los Ayuntamientos, si bien algunos están aún ubicados en las áreas de Servicios Sociales o de Sanidad.

La comisión de los equipos es en general pluridisciplinar y habitualmente los forman psicólogos clínicos, psicólogos escolares, pedagogos y trabajadores sociales. Algún equipo (Esplugues, L'Hospitalet) cuenta además con asistencia médica. El número total de profesionales depende de la política municipal y oscila entre dos y diez. Señalemos aún que algunos equipos (Sant Boi de Llobregat y Sant Just Desvern), en función de convenios especiales entre el Ayuntamiento y la Universidad, acogen también licenciados en prácticas mediante la adjudicación de becas anuales y reciben colaboración permanente de profesores de Psicología de la Educación de la Universidad de Barcelona.

Los equipos municipales son servicios públicos y como tales atienden exclusiva o prioritariamente a las escuelas públicas y a las necesidades de toda la población implicada en la tarea educativa. Su labor es en cierto modo compensatoria de las desigualdades culturales y sociales y, por lo tanto, dirigen prioritariamente sus esfuerzos hacia los grupos con más carencia, intentando paralelamente modificar las causas institucionales que las perpetúan o aumentan. Ponen énfasis en el trabajo preventivo, tanto a nivel educativo como a nivel social, intentando evitar al máximo la aparición de trastornos o retrasos en el desarrollo de los niños y detectando precozmente los problemas para intentar solucionarlos lo antes posible. Colaboran con la institución escolar y con la comunidad para mejorar la calidad de la enseñanza, desarrollando tareas de investigación, programación, planificación educativa y formación de padres y maestros. A pesar de priorizar los aspectos preventi-

vos e institucionales, también atienden a los niños que presentan problemáticas específicas realizando un trabajo asistencial.

Los Equipos Psicopedagógicos Municipales circunscriben su actuación al ámbito municipal y reivindican la municipalización como un enfoque de trabajo que permite un contacto directo con la población y una coordinación permanente con las instancias políticas y con los recursos municipales al servicio de la comunidad.

Los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica de la Generalitat (EAP), que en su origen dependían del Servicio de Educación Especial del Departamento de Enseñanza de la Generalitat, en fecha 20 de mayo de 1983 pasan a depender de la Dirección General de Enseñanza Primaria. Este cambio comporta una modificación sustancial en los objetivos y las líneas de actuación. En un principio los EAP estaban destinados a atender básicamente las necesidades que comporta la educación especial ya sea en los centros ordinarios de E.G.B., a través de las aulas de educación especial, ya sea en centros de educación especial. A partir de mayo de 1983 y con el cambio de dependencia, adoptan un enfoque preventivo, dirigiendo su atención no sólo a la población escolar que recibe o debería recibir algún tipo de educación especial, sino a toda la institución, colaborando con los profesores para mejorar la calidad de la enseñanza.

Estos equipos son también pluridisciplinarios, compuestos por psicólogos clínicos y escolares, pedagogos, trabajadores sociales y médico.

El ámbito territorial de actuación de estos equipos es el de un sector de población de unos 250.000 habitantes, según los casos abarcan parte de un municipio o distintos municipios.

Las funciones que los EAP desarrollan en este ámbito según la orden antes citada, se concretan en:

- Prevención educativa en el medio escolar, familiar y social.
- Detección precoz de problemas o retrasos en el desarrollo psicopedagógico del niño.
- Valoración multidisciplinar de las necesidades educativas de los niños con trastornos, teniendo en cuenta las variables escolares, familiares y sociales.
- Elaboración y seguimiento de programas de desarrollo individual para estos niños.
- Orientación escolar, personal y vocacional de los alumnos.
- Asesoramiento y ayuda técnica a los profesores de E.G.B. y de E.E.
- Contribución como técnicos en la realización del diseño de necesidades concretas del sector donde se ubica.

El documento prevee que la concreción de estas funciones se realizará a través de un plan de trabajo anual en el que cada equipo priorice las tareas que llevará a cabo según las necesidades de

la zona en la que se ubique. Este plan debe ser aprobado por una Comisión central creada con el fin de coordinar y controlar la actuación de los distintos equipos.

Actualmente coexisten en Cataluña estos dos tipos de iniciativas, cuyos objetivos se concretan en una tarea de prevención a nivel educativo y social. Ante este estado de cosas parece necesario señalar la conveniencia de un proyecto de planificación global que coordine los objetivos y actuaciones de los distintos equipos con el fin de evitar posibles vacíos o solapamientos a nivel de intervención. Preveiendo estos problemas, la Generalitat en una orden de 23 de enero de 1983, disponía una serie de requisitos para que los equipos municipales o dependientes de otras entidades públicas o privadas pudiesen ser homologados y convertidos en equipos de la Generalitat. Al no ofrecer contrapartidas económicas han sido muy pocos los municipios que han solicitado dicha homologación. Por el momento, no se ha iniciado aún un proceso de coordinación o cooperación a nivel global, aunque se ha establecido una coordinación puntual entre los EAP y los Equipos Municipales que trabajan en una misma zona geográfica.

3. Análisis de los diferentes modelos de intervención.

Al analizar los distintos enfoques y maneras de entender el trabajo de un equipo psicopedagógico, podemos separar a grandes rasgos dos modelos básicos de intervención. Estos modelos, en la práctica, no se dan casi nunca "puros", sino que en realidad toman aspectos de ambos, haciendo en todo caso mayor énfasis en uno de ellos.

Hecha esta salvedad, podemos diferenciar básicamente un modelo asistencial y un modelo preventivo.

En el *modelo asistencial o clínico* se prioriza la vertiente psicológica del trabajo psicopedagógico. La intervención de los profesionales del equipo se realiza directamente sobre los niños, diagnosticando y orientando los casos con problemas de aprendizaje o de comportamiento. Se realizan pues actuaciones correctivas para intentar superar los déficits de estos niños; en algunos casos se realizan reeducaciones o terapias, pero no se tienen en cuenta los factores institucionales que causan o inciden en ese fracaso escolar.

El *modelo preventivo* también llamado modelo institucional es prioritario para la mayoría de los equipos. Se concede mayor peso específico a la vertiente educativa, con la convicción de que el objetivo principal del trabajo es mejorar la calidad de la enseñanza y prevenir el fracaso escolar. La intervención en este caso no se dirige al niño de una forma directa, sino indirectamente, a través del trabajo conjunto con profesores y con padres, colaboración indispensable si se pretende realmente incidir a este nivel. Así pues el papel del psicólogo en la institución es el de impulsar la renovación pedagógica co-

laborando en la metodología del aprendizaje, en las programaciones, en las coordinaciones de ciclos y en la formación de padres y maestros.

En las III Jornadas sobre el trabajo socio-psicopedagógico en los municipios celebradas en Barcelona en junio de 1983, se abrió un proceso de reflexión y se subrayó la necesidad de un trabajo preventivo no solamente a nivel institucional sino también a nivel comunitario. Este nuevo modelo comunitario hacia el que tienden algunos de los equipos no está aún suficientemente desarrollado y su puesta en práctica, en todo caso, no relega el modo institucional. Con la adopción de este modelo se pretende dar prioridad a la vertiente social del hecho educativo, dirigiendo la intervención hacia la comunidad y el entorno escolar y potenciando una relación dinámica entre la escuela y su entorno. Se subraya la necesidad de intervenir y participar en la planificación educativa global del Ayuntamiento y en general en todos aquellos aspectos de la política educativa que puedan tener influencia en la comunidad.

4. Tendencias actuales y perspectivas de futuro.

La intervención del equipo psicopedagógico en las escuelas puede entenderse desde diversas expectativas. Según la importancia que se dé a un factor y otro de los que inciden en la problemática escolar y la composición e historial del equipo, la orientación del trabajo se verá diferenciada.

En la actualidad, en los equipos psicopedagógicos catalanes la tendencia mayoritaria es la de enfocar el trabajo en un marco preventivo. Como ya hemos visto esto significa, a grandes rasgos, abordar los problemas de la escuela de manera amplia y buscar las soluciones teniendo en cuenta todos los factores que inciden en la comunidad en la que nos situamos. Las conclusiones de las III Jornadas así lo expresan. En ellas se puso de manifiesto la necesidad de trabajar en la escuela teniendo siempre muy en cuenta la comunidad en la que está inserta: necesidad de que los maestros conozcan y adecuen los objetivos a la realidad social; de encontrar los modos de intervención de los padres y vecinos en la escuela; de que el municipio tenga atribuciones para influir en la organización y funcionamiento de la escuela; de coordinación con todos los estamentos que ofrecen servicios al alumno; de dar un enfoque pluridisciplinar a la problemática escolar; de plantearse la integración escolar de todos los niños...

Aun siendo particularmente útil disponer de un marco general que englobe una perspectiva pluridisciplinar, es absolutamente necesario delimitar los objetivos y métodos de trabajo de los equipos. Ante la gran demanda de intervenciones que hace la comunidad, es imprescindible, en nuestra opinión, que los servicios psicopedagógicos realicen un esfuerzo de reflexión para definir los límites de sus actuaciones. Muchos de



ellos, han centrado su trabajo en la institución escolar y han buscado líneas de actuación y de coordinación con otros servicios o personas que están trabajando en el mismo municipio. De este modo se lleva a cabo un trabajo institucional, sin olvidar un marco de referencia de modelo comunitario.

A nuestro modo de ver, esto imprime un carácter determinado al tipo de tareas que llevan a cabo los profesionales de los servicios socio-psicopedagógicos (psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales) en las escuelas. Nuestra práctica nos ha mostrado que el servicio, que debe asumir también las demandas de casos individuales (algunos que presentan retrasos en su aprendizaje) pueda acogerlas dando unas vías de solución más allá de las estrictamente correctivas. Esto es, analizando las dificultades en un marco más amplio, y buscando soluciones que involucren al mismo tiempo a padres y maestros. De este modo, trabajando preferentemente con ellos, se aborda la problemática con un carácter más preventivo.

Igualmente es muy necesario actuar de modo que pueda llegarse a conocer al máximo las causas de la aparición de los trastornos y dificultades en los alumnos. Esto implica incidir de lleno en la metodología educativa, en los objetivos de la enseñanza, es decir, en el modo de llevar a cabo el proceso de

**La tendencia
mayoritaria
enfoca el trabajo
en un marco preventivo.**

enseñanza-aprendizaje. Para alcanzar estos objetivos es imprescindible que los profesionales del servicio trabajen de manera absolutamente coordinada con los maestros de la escuela. Esto permitirá plantearse la metodología didáctica y experimentar nuevas maneras de enseñar con el fin de llevar a cabo la renovación de la escuela. Estos objetivos implican llevar a cabo una tarea de investigación y búsqueda de nuevos instrumentos de intervención psicopedagógica. La psicología, particularmente, no debe emplear única y exclusivamente los instrumentos de la psicología clínica; es necesario que encuentre sus propios instrumentos de trabajo que le sean útiles desde la perspectiva institucional y comunitaria que ha adoptado. Esta búsqueda puede y debe llevarse a cabo en el interior de los servicios, contando con la experiencia diaria del trabajo en la escuela y recogiendo los diversos enfoques del trabajo socio-psicopedagógico.

Debemos ser al mismo tiempo conscientes de que la escuela no puede dar solución a toda la problemática que en ella se encuentra. Por ello se hace necesaria, como hemos señalado más arriba, una estrecha coordinación entre el servicio psicopedagógico y otros servicios de la comunidad: centros de psicología clínica, servicios sanitarios y sociales, entre otros. Al mismo tiempo cabe señalar que el servicio debe intentar que el municipio pueda ofrecer a la comunidad los recursos necesarios, así como insistir ante las instancias pertinentes de la administración pública con el fin de que ésta disponga los medios necesarios por aula, estabilidad del claustro de profesores, garantizar el trabajo de equipo en la escuela, obligatoriedad de la enseñanza de los cuatro a los dieciséis años, etc.).

Una vez analizado el panorama actual del trabajo socio-psicopedagógico en las escuelas, sólo nos resta señalar que, como queda recogido en las jornadas anteriormente mencionadas, es imprescindible abordar en un futuro no lejano la formación permanente de los integrantes de los servicios a partir de la reflexión de los instrumentos de trabajo

comunitario y de intervención psicopedagógica. Estamos convencidos que únicamente esta reflexión permitirá progresivamente definir, clarificar y unificar el trabajo socio-psicopedagógico en los municipios.

Barcelona, 11 de noviembre de 1983

(1) El Colectivo agrupa actualmente los Servicios Psicopedagógicos Municipales de las siguientes poblaciones: Argentona, Badalona, Balsareny, Castellbisbal, Castelldefels, Mancomunitat de Ciudad Badia, Cornellá del Llobregat, Esplugues del Llobregat, Esparraguera, Gavá, Mancomunitat de la Garrotxa (Girona), L'Hospitalet del Llobregat, Igualada, Mongat, Molins de Rei, Olesa de Montserrat, Ripoll (Girona), Ripolllet, Rubí, Sant Boi de Llobregat, Sant Cugat, Sant Feliu de Llobregat, Sant Joan Despi, Sant Just Desvern, Sant Vicenç dels Horts, Sitges, Vallirana, Valls (Tarragona), Vilaseca i Salou (Tarragona), Vilassar de Mar.

(2) En la actualidad funcionan los siguientes: Girona I, Lleida I, Tarragona I, Badalona, Barcelona districte IX, Cornellá-Esplugues-Sant Joan Despi, Barcelona Zona Franca, Maresme, Osona, Sabadell, Santa Coloma, Terrassa, Barcelona Coordinació municipal d'Educació Especial, Martorell, Barcelona districte IX nord, Sant Adrià-La Mina, Vallès Oriental-Granollers, Manresa, Garraf-Vilanova, Provincia de Barcelona de Cecs, Lleida II, Tarragona II, Girona II, El Prat de Llobregat, Montornès del Vallès.



Bibliografía

EULALIA BASSEDAS I BALLUS Y TERESA HUGUET I CORMELLES

Los Equipos Psicopedagógicos en Cataluña

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 12, diciembre, 1983. Págs. 13 a 16.

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. L'Atenció psicològica infantil a Catalunya. Materials, 1983 mayo, n.º 1.

Coll, C. Los servicios psicopedagógicos municipales. El País, 7 junio 1983.

Conclusiones de las "III Jornadas sobre trabajo sociopsicopedagógico en los municipios". Barcelona, 9, 10, 11 junio 1983.

Generalitat de Catalunya. Els equips multiprofessionals a Catalunya. Posta

en marxa i situació actual. 23 junio 1981. (Documento de trabajo del Departamento de Enseñanza de la Dirección General de Enseñanza Primaria. Servicio de Educación Especial).

Orden de 20 de mayo de 1983, publicada en el "Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOG)", el 13 de julio 1983.

Renau, D. y otros. Los equipos sociopsicopedagógicos municipales. Cuadernos de Pedagogía, 1981, 84, 74-77.

Los Servicios Psicopedagógicos Municipales de Madrid

CONSUELO ESCUDERO (*)

EN términos generales, la iniciativa de crear los Servicios Psicológicos Municipales, ha partido del concejal de Educación o Cultura de cada municipio concreto, ante la problemática del fracaso escolar. Desde el año 1980, fecha de apertura del primer servicio, se han ido incrementando paulatinamente hasta la actualidad. Los problemas de todo tipo que han ido atravesando (teóricos, técnicos y políticos) han sido múltiples como todos sabemos. El objetivo de este trabajo es reflejar mínimamente este recorrido.

Actualmente hay 14 servicios en funcionamiento, diferenciando los de Madrid capital, que dependen de las respectivas Juntas de Distrito; y el resto en la periferia, que dependen del Ayuntamiento directamente, o bien de Fundaciones y Patronatos. Esta diferencia marca también distintas problemáticas en torno al funcionamiento, presupuestos, institucionalización, etc. Las Juntas de Distrito no disponen de presupuestos propios para los S.P.M. Por lo tanto, las posibilidades a la hora de elaborar programas de intervención se ven muy recortadas por problemas económicos que no se pueden prever fácilmente desde un principio; ya que no se sabe exactamente de qué partidas se podrá disponer o no a lo largo del año.

La precariedad económica limita también las posibilidades de contratos para los profesionales que todavía hoy siguen con arrendamiento de servicios, o contratos administrativos por seis meses o un año. Estas condiciones dificultan una inestabilidad que entorpece su institucionalización definitiva, repercutiendo indudablemente a la hora de elaborar programas de trabajo que dentro del campo comunitario en educación, implican un tiempo de puesta en marcha y desarrollo, para poder evaluar resultados mínimos. Ya que la elaboración de los programas supone una articulación del tiempo a corto, medio y largo plazo.

Los Servicios de la periferia al tener una dependencia más directa, disponen de presupuestos fijos, que aunque bien pueden ser limitados, permiten estructurar un trabajo de mayor amplitud y seguridad; siendo su situación más clara, aunque solamente tres disponen de contratos laborales indefinidos. Tienen abierta una vía administrativa con sus respectivos Ayuntamientos, facilitando así la comunicación e información directa y la puesta en marcha de los programas.

La mayoría de los servicios, aun con las diferencias propias de cada distrito o municipio, surgieron como decía al principio, por la preocupación de cada Concejalía, ante el elevado índice de fracaso escolar. Es decir, ante la aparición y aumento constante y progresivo, de un síntoma que denunciaba fallos importantes en la Institución Escolar.

Si desde este momento presente analizamos la trayectoria de los centros, única manera de entender coherentemente un proceso, veremos que en un principio, los programas y objetivos se centraron prioritariamente alrededor de este síntoma. No se tenía en esos momentos una visión de conjunto ya que, al crearse cada servicio en fechas distintas, dependiendo de las necesidades y posibilidades de cada zona, no existía un proyecto común que unificara criterios y por lo tanto actuaban aisladamente. Además se inauguraba un campo nuevo de trabajo (el comunitario) desde una historia profesional y académica que partía de la tradicional psicología escolar. A esto se añadía la ausencia por parte de los Ayuntamientos de un proyecto político claro en torno a los centros.

Estas características hacían que se partiera de una experiencia escasa ante problemas teórico-técnicos y políticos nuevos. Sin embargo, como contrapartida la apertura de los servicios constituía la primera iniciativa en el campo comunitario, configurándose como experiencia piloto.

Por lo tanto toda esta serie de circunstancias llevaron a trabajar en esta etapa inicial, el síntoma del fracaso escolar, desde la perspectiva individual del alumno, dando más peso en los programas al área asistencial, diagnósticos, orientaciones, rehabilitaciones, etcétera. Sin embargo, a nivel teórico se entendía que el síntoma no se podía centrar exclusivamente en el niño, por lo que se iniciaron también una serie de actividades no asistenciales con padres y maestros.

En este primer período se realizaron las Primeras Jornadas sobre Psicología y Municipios, celebradas en la Delegación de Madrid del C.O.P., el 11 y 12 de junio de 1981.

(*) Consuelo Escudero, miembro de la Junta Rectora de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, forma parte del equipo del S.P.M. de Getafe.

Las jornadas reunieron a todos los profesionales de los Servicios Municipales, tanto de los S.P.M., como de los Centros Municipales de Salud y C.P.S.

Era urgente iniciar una toma de contacto para intercambiar experiencias y acabar con el desconcierto, desconocimiento y falta de definición del trabajo a desarrollar.

En las jornadas se constató la desconexión y falta de homogeneidad en la organización de los servicios, y la falta de un proyecto coherente para su organización y funcionamiento, tanto por parte de los Ayuntamientos como de los profesionales.

Es interesante señalar algunas de las conclusiones a las que se llegaron en esta primera reflexión conjunta; ya que aún hoy siguen estando en plena vigencia.

Se constató la práctica inexistencia por parte de los *Ministerios de Educación y Ciencia, Sanidad y Seguridad Social*, de servicios asistenciales que cubrieran las necesidades de la población en el terreno psicopedagógico y de salud mental.

Así mismo se vio la necesidad de que los recursos y competencias en materia educativa y sanitaria pasaran a la Administración Local en un proceso descentralizador, ya que la falta de competencias de las Corporaciones locales en materia de educación dejaba en manos de la Administración Central, a través de los inspectores de zona, la decisión para poder o no intervenir en los colegios; y la puesta en marcha real de los programas de trabajo.

Se configuró como objetivo fundamental de los Servicios Municipales, la prevención y promoción de salud. Como vías para mejorar la calidad de vida; lo que en el campo de la educación implicaba trabajar las funciones y cometidos de la Institución Escolar dentro de la comunidad.

Dentro de este planteamiento era imprescindible que los Servicios Municipales trabajaran coordinadamente entre ellos y en contacto con otras instituciones sanitarias, educativas y sociales, potenciando y aprovechando los recursos existentes en la comunidad. Sin crear duplicidades ni solapamientos de actividades.

Si estudiamos con detenimiento estas conclusiones, veremos que dentro del proceso histórico de los servicios, suponían que la mayoría de los profesionales se planteaban ya el salto teórico-técnico que era preciso articular, para comenzar a delimitar el campo de trabajo en torno a lo comunitario.

Este cambio de perspectiva, el propio trabajo y los problemas cotidianos surgidos de él, abrían entre otras la problemática de la *prevención frente a la asistencia*. No sólo había que definir conceptualmente los dos términos, sino además articularlos en los programas de intervención. Esta polémica cambiaba radicalmente el sentido y objetivos de la asistencia, ya que descentraba el trabajo del síntoma individualizado al-

rededor del niño y lo situaba como un emergente institucional, que desvelaba el funcionamiento de la estructura escolar, donde actuaban diferentes grupos (padres, profesores y alumnos), con roles, tareas y objetivos distintos.

Surgía además el interrogante, de los canales de comunicación a doble vía, entre escuela y comunidad; creándose interferencias dado los diversos roles que cumplían los sujetos implicados en una y otra.

Por otro lado, la prevención no suponía sólo establecer una metodología de funcionamiento, antes de que el síntoma o las dificultades concretas surgieran, o para prevenirlas; sino además, y lo que es más importante, promover en los sujetos, grupos e instituciones de la comunidad un espacio de reflexión que los llevará a adquirir mayores datos e información sobre su propio funcionamiento.

Este profundo cambio de perspectiva en el trabajo, llevaba al replanteamiento de los equipos.

Desde su apertura, la mayoría de los centros tenían un equipo mínimo, compuesto por psicólogos o psicopedagogos. La orientación *comunitaria* precisaba una nueva estructura de *equipos interdisciplinarios (pedagogos, psicólogos, asistentes sociales...)* para poder organizar el trabajo desde las distintas perspectivas que juegan en un contexto social concreto y que englobarán con mayor precisión, lo que significaba la institución escolar dentro de la comunidad.

Estas jornadas abrieron una nueva etapa de discusión y sirvieron para institucionalizar los contactos entre los centros; además de empezar a delimitar las competencias necesarias a nivel de la Administración Local frente a la Central. A partir de ellas se organizó, en el C.O.P., la Comisión de Psicología y Municipios, que aglutinaba a todos los servicios municipales, como espacio que serviría para clarificar todos los temas debatidos y discutir otros nuevos.

A partir de este momento los contactos y reuniones se multiplicaron. En noviembre de 1982 se celebraron, de nuevo en la Delegación de Madrid del C.O.P., organizadas y convocadas por la Comisión de Psicología y Municipios; unas reuniones de trabajo internas sobre salud y educación en el ámbito comunitario. El objetivo era profundizar en los interrogantes abiertos y poner en común experiencias concretas de trabajo que sirvieran, no sólo como intercambio de información, sino, lo más importante, como material de reflexión para clarificar el rol profesional del psicólogo y de los equipos en el ámbito comunitario. La priorización y recorte de objetivos y la metodología de trabajo más apropiada.

En este sentido, dentro de los programas, se priorizaba la línea preventiva de actuación y se veía la necesidad de diferenciar objetivos *dentro y fuera* de la *institución escolar*.

Dentro de la estructura escolar y

como objetivo a largo plazo, se configuraba la *renovación pedagógica* a través del cumplimiento de otros objetivos a corto y medio plazo. Como eran el cambio de *relaciones maestro-alumno-padres*. Se priorizaban además las áreas de *preescolar y ciclo inicial*. Fuera de la institución era preciso trabajar las *relaciones escuela-comunidad*.

Por lo tanto, la participación de la Institución Escolar en la práctica del trabajo comunitario y el lugar de los profesionales, tendría que ser definido por el campo de intervención concreto, delimitando el rol social y su limitación con lo político.

Como técnica de trabajo más útil, se consideraba la *metodología grupal*, por ser la más abarcativa en cuanto a lugar de confluencia de aspectos psicológicos, pedagógicos y sociales en un mismo contexto.

Por último se señalaba la confusa situación en la que se encontraban los servicios municipales, ya que la futura autonomía de Madrid iba a modificar la situación política entre la Administración Local y la Central.

Mientras tanto y ya a partir de septiembre de 1982, la Administración Central había puesto en marcha desde el Instituto Nacional de Educación Especial, los equipos multiprofesionales, que tenían un campo de trabajo y unas competencias similares a las de los S.P.M. Empezaron a trabajar además, en las localidades donde ya existían S.P.M. Este hecho, complicó la ya difícil y confusa situación, ya que actuaban dos servicios con programas y funciones prácticamente iguales, pero dependiendo de niveles administrativos diferentes. Lo cual llevaba a que se solaparan actividades, ya que en un principio actuaban por separado. Esto suponía una gran confusión para la población y un desperdicio de recursos comunitarios. No se sabía por otro lado si esta situación sería transitoria o permanente, ya que la futura Comunidad Autónoma de Madrid tendría que asumir competencias a nivel educativo, pero todavía no se tenía perfilado un proyecto en torno a los servicios.

Ante la incertidumbre creada, la todavía Diputación Provincial de Madrid organizó entre los meses de enero-abril pasados, unas reuniones de trabajo con todos los profesionales de los S.P.M. El objetivo era intentar clarificar el futuro proyecto de trabajo con vistas a la autonomía, competencias y posible institucionalización de los servicios. Estas reuniones concluyeron en unas jornadas de trabajo en las que participaron, vista la urgente necesidad de coordinación, los equipos multiprofesionales del I.N.E.E. y los S.O.E.V., del Ministerio de Educación.

Este primer encuentro de los Servicios de Apoyo a la Escuela, patrocinado por la Nueva Conserjería de Educación y Juventud de la Comunidad Autónoma de Madrid, celebrado en junio de 1983; supuso una importante clarificación en el complicado proceso de los Servicios.

Por primera vez, profesionales de los tres servicios, S.P.M., Multiprofesionales y S.O.E.V., se reunieron y pusieron en común el trabajo que realizaban, dificultades y proyectos, y llegaron a conclusiones que abrían la posibilidad de coordinar y unificar en un proyecto común futuro el trabajo.

Las conclusiones finales, además de recoger toda la problemática en torno a la educación han servido como punto de referencia común para todo el trabajo que se ha ido realizando hasta ahora.

Se veía la importancia y necesidad de avanzar hacia un proyecto de integración común de "Servicio de Apoyo a la Escuela" que clarificara la confusión existente y donde ya no hubiera un equipo para cada ámbito de actuación, con su propio proyecto, sino uno global y único. Los equipos deberían estructurarse en torno a los Ayuntamientos o Distritos Municipales, para que la intervención se realizara a partir de problemas reales.

Asimismo, estos Servicios se conciben como servicios socio-comunitarios, destinados a la estructura educativa, concretada en los distintos centros escolares, y a su relación con la comunidad.

Este enfoque teórico-técnico lleva como consecuencia primar definitivamente la prevención frente a la asistencia. Es decir, trabajar sobre la institución escolar como promotora del desarrollo. Utilizando para ello una metodología grupal, orientada en torno a la familia y a la relación padres-escuela, a los maestros y a la comunidad; como todos aquellos implicados en el proceso educativo. Se ampliaba así, el concepto de educación reconociendo un lugar importante, al lado de la escuela, a la vida cultural de los barrios, asociaciones y grupos informales de la zona.

Se veía finalmente la importancia de asesorar teóricamente a Municipios, Ayuntamientos, Comunidad Autónoma,



ma, etc., en la elaboración de la política educativa y la coordinación con los distintos servicios y profesionales que actuaban en la comunidad. Con estos dos últimos puntos se avanzaba un paso más en el proceso de definición de los equipos y sus relaciones tanto con la comunidad como con la Administración.

Para que este proyecto de trabajo se pudiera hacer realidad, se perfiló un programa de coordinación, hasta la integración definitiva, articulado a través de comisiones a distintos niveles admi-

CONSUELO ESCUDERO

Los Servicios Psicopedagógicos Municipales de Madrid.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 12, diciembre, 1983. Págs. 17 a 20.

Material de trabajo y conclusiones de las Primeras Jornadas sobre Psicología y Municipios. Delegación de Madrid del COP. Madrid, 11 y 12 de junio de 1981.

Material de trabajo y conclusiones de las Reuniones internas de trabajo sobre Salud y Educación en el ámbito comunitario. Delegación de Madrid del COP. Madrid, 19 y 20 de noviembre de 1982.

Papeles del Colegio. Revista de la Delegación de Madrid del COP, n.º 1, 8 y 10.

"Análisis de la situación y cometidos del psicólogo en los Servicios Municipales de la Provincia de Madrid." Infor-

me elaborado por la Comisión de Psicología y Municipios. COP, Madrid 1983.

C. Escudero. "El equipo multidisciplinario". *Revista Clínica y análisis grupal*, n.º 29. Madrid 1981.

Material de trabajo y conclusiones del Primer encuentro de los Servicios de Apoyo de la Escuela. Consejería de Educación y Juventud. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid, 28 y 29 de junio de 1983.

Material de trabajo y conclusiones de las Jornadas de Orientación Educativa. Madrid, 6, 7 y 8 de octubre de 1983.

nistrativos (local, autonómico y central).

Las conclusiones y resultados de estas jornadas cierran un largo proceso de cuestionamiento y discusión, a nivel teórico, técnico y político; y abren una nueva etapa que supone un mejor aprovechamiento de los recursos existentes hoy día en la comunidad y una mejor distribución de los equipos en función de necesidades y prioridades de la población.

Asimismo, suponen un paso adelante en la delimitación del campo comunitario en torno a la Institución escolar, y ponen en primer plano la urgente institucionalización de los Servicios con una legislación única que los regule.

El proceso no se ha detenido aquí, ya

que en este nuevo período, en la ya larga historia de los centros, se han establecido coordinaciones entre los equipos, y ya hay una localidad (Getafe), donde se está realizando la integración.

En las Jornadas de Orientación Educativa, celebradas en Madrid el 6, 7 y 8 de octubre pasado se realizaron tres mesas directamente relacionadas con el tema en cuestión, la número 3 "Equipos multiprofesionales, servicios de orientación y grupos de apoyo", la número 5 "Planificación de los servicios psicopedagógicos, propuesta de coordinación de los existentes" y la número 6 "Psicopedagogía y municipios, programas de intervención educativa de ámbito comunitario". Además del tra-

bajo y elaboración de conclusiones de las mesas, hay que señalar el deseo y voluntad de la Comunidad Autónoma de Madrid, presente en las Jornadas, de asumir desde la Consejería de Educación y Juventud, estos servicios y su unificación en una misma red educativa.

Mientras se configura el transvase de competencias de la Administración Central a la Autonómica, sería preciso que los profesionales realizaran desde cada zona, proyectos concretos que basados en el trabajo cotidiano, aporten soluciones reales. Sirviendo de material de elaboración para la Administración, y para que el proceso siga adelante.

COMO COMPLEMENTO AL ARTICULO DE CONSUELO ESCUDERO, REPRODUCIMOS A CONTINUACION LAS CONCLUSIONES DEL PRIMER ENCUENTRO DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA ESCUELA DE LA COMUNICACION AUTONOMA DE MADRID; DE ESTE ENCUENTRO YA PRESENTAMOS UNA RESEÑA EN NUMERO ANTERIOR DE PAPELES DEL COLEGIO, PSICOLOGOS.

Conclusiones del primer encuentro de los Servicios de Apoyo a la Escuela de la Comunidad Autónoma de Madrid

LOS equipos de Apoyo a la Escuela: Servicio de Orientación Escolar y Vocacional (S.O.E.V.), Equipos Multiprofesionales (E.M.) y Servicios Psicopedagógicos Municipales (S.P.M.) de la Comunidad Autónoma de Madrid, han celebrado el primer encuentro de coordinación con el objeto de llegar a una mayor racionalización y eficacia en el trabajo de dichos servicios, durante los días 27, 28 y 29 de junio.

El contenido de dicho Encuentro se ha dividido en cuatro grandes temas:

1. Situación de la provincia de Madrid.
2. Mapa de las necesidades escolares de Madrid.
3. Proyecto-marco de los equipos.
4. Propuesta de coordinación.

Las conclusiones a las que se ha llegado en estas jornadas de trabajo son las que se expresan a continuación.

Situación de la provincia de Madrid

Tras la exposición de la ponencia presentada por los señores don Antonio Muñoz Sedano y don Antonio González Soler, el grupo de trabajo constituido en torno a este tema ha concluido, como principio general, que la educación infantil es "responsabilidad de toda la Comunidad y no únicamente de la Escuela". La concepción de que la escuela es el único agente educativo, conlleva que se convierta en una institución cerrada y se desligue del resto de la comunidad.

Aunque serían muchos los aspectos educativos a analizar, el presente do-

cumento se va a centrar en aquellos factores que pueden incidir en la mejora de la calidad de la enseñanza y, de alguna manera, paliar el problema del Fracaso Escolar, ya que estos Servicios de Apoyo a la Escuela se crearon para tal fin.

El alto índice de fracaso escolar constatado claramente en los datos presentados por los ponentes hace pensar que esto no puede deberse a problemas patológicos individuales, sino que de alguna manera La Escuela y la Comunidad están generando su propio fracaso escolar. Partiendo de esta premisa, se señalan algunos de los aspectos que inciden en este fenómeno, ofreciendo a continuación propuestas de solución a los mismos.

Los factores que influyen en el fracaso escolar son múltiples y están estrechamente interrelacionados; no obstante, se van a citar bajo una clasificación artificial, pero posiblemente operativa.

A. Factores sociales

— Al hablar de la región de Madrid hay que señalar tres zonas con características propias y diferenciadas: Madrid capital, Madrid periferia industrial y zona rural de la provincia. Las diferencias socio-culturales de estas poblaciones son grandes, y como consecuencia no todos los niños llegan a la escolaridad en igualdad de condiciones. El punto de partida no es el mismo.

— Los padres son los primeros agentes educativos del niño, la falta de formación e información de los padres sobre el proceso educativo infantil es un condicionante posterior en el período escolar.

B. Factores escolares

— Ausencia de Preescolar (cuatro a seis años) gratuito y obligatorio.

— En algunos de los centros públicos donde existe preescolar, así como en algunos de los preescolares privados que han proliferado por la ausencia de los anteriores se observan las siguientes deficiencias:

- Ausencia de proyecto pedagógico.
- Descordinación del preescolar con el resto del Ciclo inicial (primer y segundo niveles).
- Deficiente formación específica del profesorado de preescolar.
- Insuficiente orientación de la Inspección al Preescolar.
- Fuerte demanda social por parte de padres y profesores para un aprendizaje prematuro de la lectura y escritura, no respetando los niveles de maduración del niño.

— Movilidad del Profesorado de E.G.B., la enorme movilidad del profesorado lleva como consecuencia negativa el que impide se realice un proyecto pedagógico continuado, y no permite que cada Centro Escolar vaya definiendo su propio estilo.

— Ausencia de criterios de adscripción del profesorado, en la adjudicación de cursos a los profesores de un centro; frecuentemente el único criterio que se considera es el de la antigüedad de los mismos, y no las necesidades de los Centros y la especialización de los maestros.

— Falta de motivación y estímulo de los profesores.

— Ausencia de trabajo en equipo y coordinación entre los profesores del centro.

— Ausencia de reciclaje obligatorio para el profesorado a cargo de los Entes Públicos.

— Errónea concepción de la especialización, concebida ésta como una especialización en asignaturas y no en ciclos evolutivos del niño.

— Rigidez en la estructura de los

centros, permaneciendo todavía la división por clases y cursos.

— El papel del director, con frecuencia, como mero administrativo y burócrata y no como dinamizador de la labor educativa del centro.

— Y, por último, y como consecuencia de todo ello, existe una falta de autonomía real de los centros, para determinar los objetivos en función de las necesidades de la Comunidad Educativa en la que se insertan.

Propuestas de solución

— Promoción de Escuelas Infantiles de cero a cuatro años con un carácter eminentemente educativo y no asistencial, que palién las enormes diferencias socio-culturales.

— Creación de Escuelas de Padres, desde todos los Servicios de Apoyo y centros escolares que contribuyen a una mayor formación de los padres en su función educativa.

— Campañas patrocinadas por los entes públicos desde los medios de comunicación, especialmente TVE, dirigidas a padres, y que sean un complemento de las escuelas de padres.

— Coordinación real y efectiva de todos los Servicios Sociales públicos para incidir preventivamente en todos los aspectos de salud y medio ambiente del niño.

— Preescolar obligatorio y gratuito desde los cuatro años.

— Formación específica del profesorado de preescolar, así como un programa de reciclaje continuo.

— Sensibilización al profesorado de la importancia de dicha etapa en el resto de la escolaridad.

— Acercamiento de la escuela a la comunidad.

— Modificación de la regulación sobre movilidad del profesorado y distribución de cursos en los centros, atendiendo a las necesidades de los mismos y a la mayor rentabilidad de los recursos humanos existentes.

— Modificar el sistema de valoración y de incentivos de los maestros, de tal manera que se tenga en cuenta el interés de los mismos por su formación permanente.

— Reciclaje gratuito del profesorado y valoración del mismo, a efectos de promoción.

— Definición del director como coordinador y dinamizador de los centros.

— Facilitar la autonomía de los centros para determinar los objetivos mínimos en función de su realidad.

— Dotación a los centros de profesores de apoyo especializados. Reciclaje continuo de los mismos y regulación de sus funciones.

— Reestructuración y racionalización de los servicios de apoyo a la escuela existentes y creación de nuevos equipos en las zonas más deprimidas. Reciclaje continuo de dichos profesionales.



Mapa de las necesidades escolares de Madrid

Este grupo de trabajo señaló la urgente necesidad de completar el estudio del mapa escolar presentado por: doña Carmen Ferrero y don Lázaro González, incluyendo también todos los servicios dependientes de otros organismos (INSERSO, INEM, Centros Asistenciales que imparten escolaridad obligatoria).

Asimismo, estos Servicios de Apoyo a la Escuela, de carácter principalmente preventivo, señalaron la laguna asistencial existente y se ofrecieron a elaborar un listado de necesidades asistenciales de apoyo a la escuela, por municipios o distritos municipales, que puedan canalizarse a través de la Comunidad Autónoma.

Una vez conocidos los recursos existentes, se vio la necesidad de elaborar un mapa escolar de las necesidades, en el que se prioricen las zonas de acción preferente en base a una política de adecuación compensatoria para las zonas deprimidas, basado en unos indicadores de necesidad, que contemplen, tanto las características socio-demográficas como el número de recursos pedagógicos, sanitarios y culturales con que cuenta cada zona.

A la hora de intentar dar una respuesta a las necesidades planteadas, se vio que, para optimizar la efectividad de estos servicios, habría que tender a la creación de un equipo de apoyo a la escuela de 6 a 7 profesionales (psicólogos, pedagogos, asistentes sociales, administrativos y otros profesionales), por cada 50.000 habitantes en zonas metropolitanas, y un equipo por cada 25.000 habitantes en las zonas rurales. Actualmente, y como objetivo a corto plazo, sería el crear al menos un equipo de apoyo a la escuela por cada municipio, distrito municipal o zona comarcal.

Para lograr un criterio de racionalización de estos servicios se ha considerado muy importante el tener en cuenta:

1. Dentro del marco de la coordina-

ción de todos los servicios de apoyo a la escuela en cada municipio, que se tenga en cuenta un criterio de cobertura de las necesidades existentes en ese municipio.

2. Que se racionalicen los servicios que ya existan, redistribuyéndolos en las zonas donde no los haya, según las áreas catalogadas como de acción preferente; siguiendo este mismo criterio para la creación de nuevos servicios. Para ello se apunta la necesidad de una Comisión asesora.

Proyecto marco de los equipos

Tras la presentación de los documentos de trabajo por los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional (SOEV), Equipos Multiprofesionales del INEE (E.M.) y los Servicios Psicopedagógicos Municipales (S.P.M.), y pese a las discrepancias lógicas que a la hora de elaborar un proyecto-marco único se plantean —estos equipos son creados en momentos históricos y determinados y con diferentes perspectivas—, los servicios coinciden en:

1. La importancia y necesidad de avanzar hacia un proyecto común de "Servicio de apoyo a la escuela", donde ya no haya un equipo (E.M., SOEV, S.P.M.) para cada ámbito de actuación con su propio proyecto, sino un proyecto global y único que el nuevo "Servicio de apoyo a la escuela" adapte el municipio o distrito en el que intervenga.

2. La necesidad de estructurar los equipos en torno a los Ayuntamientos o distritos municipales, —al ámbito municipal—, para que su intervención se haga a partir de problemas y necesidades reales allí donde se plantean.

En cualquier caso, estos "Servicios de apoyo a la escuela" se conciben como servicios sociales destinados al área escolar y comunitaria y enfocados hacia la mejora de la calidad de la enseñanza.

Por ello, y como principios básicos, los Servicios:

aj Deben primar la prevención frente a la asistencia. Su finalidad no es tanto apoyar al niño con problemas dentro de la escuela, sino apoyar a la estructura de la escuela para que pueda ser instancia promotora de desarrollo y aprendizaje, y no genere esos "niños-problema".

bj Han de promover la integración frente a la marginación. La desintegración escolar actual —entre estos factores— es fruto de una idea de escuela donde prima lo cognoscitivo, medido como índice de conocimientos académicos adquiridos y no como capacidad de razonar, en detrimento de lo afectivo, físico, social.

Este criterio unificador "conocimientos" y clasificador, cada día dirige más y más niños a educación especial.

Promover la integración supone favorecer dentro de la escuela proyectos y programas donde lo físico, emocional, social e intelectual está compensado, de un lado, a la par que animar todas aquellas experiencias de integración de niños disminuidos.

cj Promover el acercamiento de la comunidad a los problemas de la escuela, la apertura de la escuela a la comunidad, e incidir en los aspectos educativos de esta última.

El hecho educativo no es exclusivo de la institución escolar, por ello, estos Servicios ni deben ser sólo para la escuela, ni sólo para la comunidad.

dj Realizar un trabajo de investigación y evaluación continua, por la ausencia de datos tanto sobre los resultados de las técnicas educativas, como de lo que al cabo del tiempo queda de lo adquirido en la escuela.

ej Asesorar técnicamente a municipios, Ayuntamientos, etc., en la elaboración de la política educativa que éstos lleven a efecto, así como realizar el trabajo comunitario en coordinación con los distintos servicios y profesionales que actúan en la comunidad (C.P.S., U.P., Polideportivos, etc.).

Propuesta de coordinación

Oídas las opiniones de los potentes: don Carlos Ortiz, don Zacarías Ramo y don Lázaro González, y después del conocimiento de experiencias de coordinación llevadas a cabo en la provincia, los distintos grupos de apoyo llegamos a las siguientes conclusiones:

1.º Se ve la necesidad de que los distintos grupos convengan en el único servicio, con la debida legislación que los regule.

Integración que se lograría después de un período de coordinación y colaboración mutua entre los distintos servicios de la zona, distrito o municipio.

2.º Durante el curso 1983-84 se establece la necesidad de confeccionar un plan de trabajo común, partiendo de la realidad de cada población. Compromiso al que llegan los distintos servicios haciendo hincapié en que ese plan con-

junto se limite a una zona geográfica concreta.

Al finalizar el curso se expondrían las experiencias de coordinación para avanzar hacia la integración definitiva.

En cuanto a la forma de orientar la coordinación durante el curso 1983-84, los servicios de apoyo pensamos lo siguiente:

1. A nivel municipal se constituiría una Comisión compuesta por un representante de cada servicio (SOEV, Multiprofesional y Psicopedagógico), más el Inspector responsable del SOEV, Inspector responsable del E. Multiprofesional y concejal delegado de Enseñanza del Municipio; comisión cuya competencia sería la de confeccionar y seguir el plan conjunto de los distintos equipos.

2. Igualmente, a nivel de zona rural, y distrito municipal, se constituiría una Comisión compuesta por un representante de cada servicio, más el inspector responsable del SOEV, inspector responsable del E.M. y el concejal responsable de educación de la zona o distrito. La competencia sería igualmente la de confeccionar y seguir el plan conjunto de los distintos equipos.

3. A nivel de la Comunidad Autónoma se constituiría una Comisión coordinadora y de seguimiento de los Equipos de Apoyo, compuestos por los siguientes representantes:

- Un representante de la Comunidad Autónoma.
- Un representante de la Administración Local.
- Un representante del INEE.
- Un representante de la Inspección de E.B.E.
- Un representante del SOEV.
- Un representante de los Servicios Psicopedagógicos Municipales.
- Un representante de los Equipos Multiprofesionales.

Las competencias serían las siguientes:

aj Recibir y estudiar los proyectos de coordinación de los equipos, elaborados en el municipio, distrito o zona.

bj Promover nuevos proyectos de coordinación en áreas y actividades específicas.

cj Informar a la Consejería de Educación y a la Dirección Provincial de E. y C. de la marcha de los proyectos de coordinación.

dj Estimular e impulsar cuantas actividades signifiquen una mejor colaboración en el ámbito de los servicios y equipos de apoyo.

ej Organizar nuevos encuentros de todos los equipos para evaluar los objetivos.

Finalmente, pensamos que esta coordinación evitaría el solapamiento de actividades entre los servicios, redundaría en un mejor aprovechamiento de los mismos. Asimismo, podría solicitar la colaboración de otros servicios, como los centros de promoción de la salud, y redistribuiría los equipos en función de las necesidades y prioridades de la población.



Marco de intervención comunitaria desde la perspectiva de los gabinetes psicopedagógicos municipales

MIGUEL GARCIA AYA y JUAN CABALLERO BAEZA (*)

La puesta en marcha de GPM (desde hace unos siete u ocho años) se produjo en un momento de cambio social, en el cual se configuraban los estertores de una organización política autoritaria y los inicios de una organización social más cercana a la de los países llamados occidentales. En este momento y entre otras, surgió un amplio repertorio de posibilidades de asistencia socio-comunitaria totalmente inexistente hasta ese momento. Surgieron entonces, apoyadas por los partidos políticos más progresistas, programas de intervención a nivel de servicios que intentaban hacer llegar a la población general muchos servicios habituales en esos países a los que nos queríamos parecer, pero que en el nuestro, hasta ese momento sólo llegaban a grupos muy minoritarios.

En ese momento había un conjunto de instituciones que se ocupaban, de forma insuficiente de asumir las tareas de asistencia psicopedagógica y sanitaria a la población. Estas instituciones, y centrándonos concretamente en el campo escolar mostraban muchos aspectos en crisis: el fracaso escolar era alarmante y creciente, las directrices marcadas en la L.G.E. eran irrealizables en la práctica y en definitiva se mostraban incapaces de asumir con éxito su función social de educación. Por otro lado carecían de cualquier servicio de apoyo psicopedagógico eficaz, mientras que paralelamente la Universidad lanzaba al mercado un colectivo cada vez mayor de psicólogos y pedagogos sin trabajo o con un reducido campo de ejercicio privado de la profesión.

En este momento son precisamente las Corporaciones municipales y la Administración local en general quienes manifestaron sensibilidad ante la demanda social de una mejor asistencia psicopedagógica por varias razones y entre otras, porque en aquellos momentos las alternativas políticas de izquierda (más sensibilizadas en principio ante estos planteamientos) gobernaban ya mayoritariamente en las Corporaciones locales y desde aquellas pensaron cubrir servicios adonde la Administración central no llegaba (junto con los GPM, centros de salud, equipos de servicios sociales, etc.). Los Ayuntamientos se hicieron cargo también de

estos servicios, porque al estar mucho más cerca de la población pueden recibir con menos distorsiones las demandas de la misma y que por sus propias características pueden responder con mayor eficacia y rapidez a estas demandas.

Esta situación ha desembocado en el momento presente en una profusión de centros asistenciales municipales que realizan su trabajo en términos municipales cuya coordinación e integración en estructuras coordinadas superiores de régimen comarcal o provincial se ve en el momento como necesaria, aunque pensamos que nunca debería perder su carácter municipal por todas las ventajas que este carácter significa.

Marco administrativo: Surge entonces la necesidad de dar una forma administrativa concreta a esta situación de necesidad de nuevos servicios. Desde las instancias políticas no se concretaba mucho más el posible trabajo a realizar por la falta de recursos creados, así como por la falta de propuestas de trabajo, se empieza a crear un sistema de contratación dotados de una provisionalidad y de una falta de adecuación jurídica tal que ponen en entredicho la eficacia del trabajo a realizar. Se van produciendo paulatinamente y en estas condiciones nuevas contrataciones de estos servicios con un gran nivel de espontaneidad y de descoordinación sin prever las posibilidades futuras de ordenación de estos servicios. Los ámbitos de actuación son muy variados, van desde zonas rurales a zonas periféricas de cinturón industrial, mancomunidad de varios municipios pequeños, diferencias que obligan a análisis distintos y a organizaciones distintas del trabajo.

Por citar un hecho que refleja esta ausencia de análisis previos recordamos aquí el conflicto recientemente surgido entre el Ayuntamiento de San Fernando de Henares (Madrid) y el equipo encargado del Servicio Municipal de

(*) Miguel García Aya, Dirección General de Servicios Sociales de la Conselleria de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social de la Generalitat de la Comunidad Valenciana, Área de Acción Comunitaria. Juan Caballero, Gabinete Psicopedagógico Municipal de Canals, Valencia.

Psicopedagogía y Salud Mental en dicha localidad, que parece que va a concluir con la retirada de unos contratos de trabajo a un equipo al que parece que no se le ha entendido en su labor.

De la misma forma, los servicios provinciales ya creados se muestran incapaces por exceso de trabajo, por falta de planteamientos comunitarios o de programas de intervención social o de prevención de iniciar la coordinación de estos nuevos servicios y de ofrecer un trabajo eficaz en su ámbito de actuación.

De esta forma los GPM se lanzan al ruedo recogiendo una demanda muy específica (solucionar el problema del fracaso escolar, diagnóstico de los niños con problemas), pero sin concretar los caminos de solución fuera de la institución escolar. Se empiezan a utilizar los recursos de la Psicología escolar, la Psicología clínica y la Pedagogía, que muy pronto se manifiestan insuficientes y que hay que completarlos con planteamientos comunitarios.

Puede surgir muy pronto la reflexión entre lo que se nos pide hacer, lo que podemos hacer y lo que debemos hacer en aras de la eficacia de nuestros trabajos, reflexión que posibilita una ampliación y una modificación del enfoque inicial en cuanto que se va a intentar elevar el punto de mira, distanciarse suficientemente de la demanda concreta para actuar o tener en cuenta al menos todos los factores que pueden influir desde dentro y desde fuera en la problemática de la enseñanza. Pues se nos ha hecho evidente, poco a poco, la insuficiencia de un planteamiento estrictamente escolar y que el nivel de intervención si no consigue saltar por encima de la escuela y hacerse notar en la comunidad como tal estamos parcializando y desenfocando las raíces del problema.

Este distanciamiento va a posibilitar en definitiva una reubicación del gabinete como equipo de intervención municipal y le permite colocarse en un lugar más adecuado dentro de los equipos asistenciales comunitarios. Este viraje se puede inscribir en un movimiento pendular donde se puede llegar a una situación de confusión en la que no se sepa muy bien cuáles son las funciones del GPM, que se confunden con otros equipos y dé la impresión de que el equipo toma un lugar "por encima de" y que hace de todo. Es un paso al que se llega partiendo de unos esquemas poco válidos y que nos puede acercar a unos esquemas de trabajo mejores.

Campo y formas de intervención

La escuela: Son las instituciones escolares donde se establece (por la demanda inicial) el campo de trabajo de los GPM y dirigido directamente a los escolarizados y muy en particular a aquellos que no se adecuan (responden adecuadamente) a los objetivos de aquellas.

En este momento surgen nuevas cuestiones a valorar: La demanda de la escuela puede no ser la misma que la del Ayuntamiento y es seguro que va a tener unos matices completamente diferentes, la presencia de los GPM va a depender de que se les permita la entrada al centro por el director o incluso por cada uno de los profesores a su respectiva clase, problemas o inconvenientes que pueden presentar la propia inspección, variables en definitiva que se refieren a los problemas que surgen en una institución ante la inclusión de un nuevo servicio que en muchos casos es vivido con cierta aprensión por la propia institución y ante la falta de pertenencias claras a los Ayuntamientos en lo que se refiera la participación de los mismos en las instituciones escolares, no claras por lo menos en todo aquello que no es manutención, limpieza o la presencia un tanto simbólica en los consejos escolares.

Esto hace que la presencia de los GPM sea vivida ambivalentemente y en el peor de los casos disociadamente como un intrusismo de un equipo con funciones de control o de denuncia, o como el equipo salvador que se va a hacer depositario y responsable de los fracasados y, en fin, de la angustia existente en la escuela. A partir de aquí y en la medida en la que el equipo se va haciendo consciente de este sentimiento al fin y al cabo resistencial se va lanzando a una actividad de desmonte de esos sentimientos que permita un trabajo del equipo.

El GPM hecha mano de los recursos que le facilitan algunas disciplinas (psicología escolar, psicología clínica y pedagogía) para dar cuerpo a su labor en la escuela y los utiliza para irse introduciendo, poco a poco, en la escuela y que su presencia sea tenida en cuenta cada vez más en la marcha del centro y va ampliando su labor y va proponiendo tareas que en un principio no fueron pedidas y que se veían con cierto recelo: participación en claustros, programaciones escolares, observaciones en clase, etc.

Paralelamente extiende su campo de acción a profesores y padres con cursos de formación, charlas, reuniones de ciclo o nivel. El sentido de esto es ir actuando en la institución como tal, se trata de hacer ver que el GPM puede efectuar unas tareas de prevención que mejoren cualitativamente el funcionamiento de la escuela. Es a partir de aquí cuando se puede iniciar un trabajo que enmarque la actuación de la escuela como promotora de salud y como entidad educadora en su sentido más amplio de la comunidad.

No vamos a entrar aquí en el conjunto de actividades concretas a realizar, únicamente señalar que va a ir en la dirección de promover y facilitar estructuras que aumenten el nivel de comunicación dentro de la institución, el análisis de problemas y la puesta en marcha de estructuras que vayan a agilizar y dinamizar el funcionamiento de la escuela.

Únicamente señalar el gran campo de trabajo que se abre al GPM en cuanto a facilitar y proponer estructuras del trabajo que recojan adecuadamente los niños fracasados en sus distintos niveles (fracaso en la adquisición de la lecto-escritura, fracaso de adaptación y en la preadolescencia con los niños de segunda etapa, promocionar la integración de todos los niños que a esas alturas se van quedando cada vez más afuera del proceso educativo, la posible reintegración de estos niños pasa por una adaptación de los contenidos escolares a su nivel y por la creación de estructuras que permiten que estos grupos, ya marginados intervengan en la marcha de la institución y puedan encontrar en la misma unas actividades interesantes para ellos.

En este sentido queremos destacar la importancia de conseguir el compromiso por parte de la escuela de aprovechar al máximo sus propios recursos, así como la puesta en marcha adecuada de las iniciativas propuestas por el GPM en cuanto que si la misma escuela no se hace corresponsable de su propio fracaso en la parte que le corresponde y realiza una labor seria la eficacia de las iniciativas propuestas va a ser mínima.

Especial atención queremos dedicar al trabajo a realizar con las APAS a las que consideramos grupos correctores de la dinámica enferma de la escuela y cuyas funciones no tanto como grupo de control económico o disciplinar (cuyas funciones pueden ser en muchos casos regresivas), sino como grupo participante en la reforma educativa activa es imprescindible.

Finalmente y dentro del trabajo en la escuela pensamos que no hay que perder de vista que este trabajo va a tener sentido comunitario siempre que el objetivo final sea el de la integración de la escuela en la comunidad social y que su labor educadora se entronque con todas las instituciones próximas y en la misma comunidad.

Otras enseñanzas: La escuela (EGB) no es la única institución o estructura de la comunidad que se encarga de la educación. El instituto de BUP y los centros de FP quedan, en lo que nosotros sabemos, lejos por el momento de la actividad del GPM, pero otras enseñanzas con mayor vinculación al Ayuntamiento pueden estar mucho más cerca del campo de acción del GPM: enseñanza de adultos (graduado escolar, alfabetización, talleres, etc.).

Pensamos que el equipo debe recoger estas iniciativas o proponerlas cuando se sienta la necesidad de las mismas aportando una labor de planificación que integre estas enseñanzas como parte de las estructuras formativas del municipio, implicadas y contextualizadas en el resto de las actividades culturales de la comunidad.

Estas enseñanzas por su precariedad de recursos y por su carácter de provisionalidad hay que valorarlas como una estructura intermedia que posibilite la reintegración de sus alumnos en las

enseñanzas más oficiales o en el mundo laboral con criterios muy flexibles de admisión y de salida.

Otro aspecto a valorar en el trabajo con estas enseñanzas es la posibilidad de incluir en las mismas planteamientos renovadores en cuanto que su proceso de institucionalización es menor que el de las enseñanzas más oficiales, y pueden actuar de cuña movilizada en la metodología educativa.

Actividades de formación e información

Va a ser posible en el contacto con la escuela o más propiamente con los mismos niños (como emergentes o como síntomas) donde se van a poder detectar desequilibrios o deficiencias de formación o información de la comunidad cuyos síntomas va a ser trastornos más o menos graves de la personalidad generalizados o deficiencias del desarrollo pedagógico. Aquí el GPM puede de nuevo distanciarse de la escuela y dirigir hacia la comunidad una línea de servicios que vayan a medio plazo a subsanar estos problemas. El campo de intervención se dirige entonces hacia los miembros de la comunidad tratando de fomentar el interés por actividades culturales o pedagógicas (que se piensa que únicamente van a estar en la escuela) en el sentido de dotar a la comunidad de unos conocimientos y unos recursos de los que pueden carecer.

Es fácil aquí encontrar cuadros psicopatológicos generalizados en los niños (enuresis, insomnios y terrores nocturnos, fobias escolares, etc.) cuya lectura social es la de un desfase entre las exigencias que tienen esos niños y sus propias capacidades, en el sentido de que están sometidos a un stress excesivo, a una tensión tan fuerte que ante la cual el niño elabora mecanismos de corte patológico. Aquí se impone una educación social en el sentido de adecuar estas exigencias sociales al nivel evolutivo del niño, disminuir esta tensión a la que se haya sometido para permitirle elaborar mecanismos de adaptación con un menor coste psíquico.

Introducimos aquí el trabajo de GPM en las acciones preventivas de salud mental dentro de las cuales el GPM es un equipo más, que debe colaborar a la mejoría general y cualitativa del nivel de vida y de la salud en general.

Es desde esta perspectiva que vamos a poder superar la aparente contradicción entre asistencia y prevención en cuanto a la polémica sobre si calar más una u otra en el trabajo diario. Con actividades de este tipo integramos ambas como las dos caras de una misma moneda sin tener que privilegiar una en menoscabo de la otra.

PROGRAMAS DE INTEGRACION: Es en este nivel de trabajo donde podemos aprovechar al máximo las cualidades del equipo puente que tiene el GPM por sus peculiares características de formación.



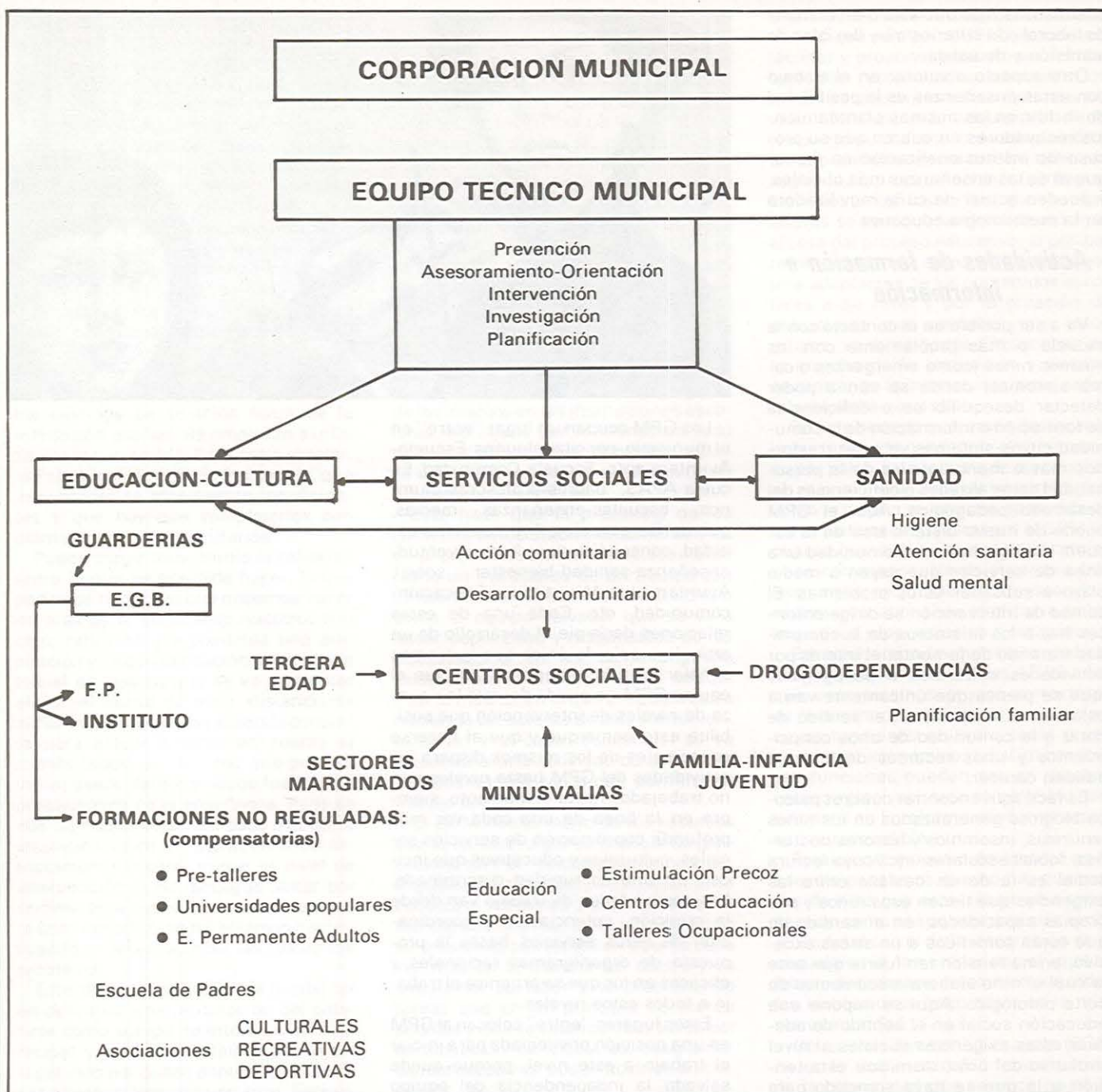
Los GPM ocupan un lugar "entre" en el municipio, por citar algunos: Escuela-Ayuntamiento, Escuela-Comunidad, Escuela-APAS, padres-profesores-alumnos, escuelas-enseñanzas medias, guarderías-escuelas, Ayuntamiento-salud, concejalías de cultura-juventud-enseñanza-sanidad-bienestar social, Ayuntamiento-Ministerio Educación-comunidad, etc. Cada una de estas relaciones daría pie al desarrollo de un artículo propio, lo único que queremos señalar aquí la importancia de que el equipo GPM no pierda de vista la riqueza de niveles de intervención que posibilita este enmarque y que al hacerse conscientes de los mismos dispara las actividades del GPM hasta niveles aún no trabajados hasta el momento, siempre en la línea de una cada vez más profunda coordinación de servicios sociales, culturales y educativos que inciden en una comunidad determinada. Las posibilidades de trabajo van desde la creación, potenciación y coordinación de estos servicios hasta la propuesta de organigramas racionales y eficaces en los que se organice el trabajo a todos estos niveles.

Estos lugares "entre" colocan al GPM en una posición privilegiada para iniciar el trabajo a este nivel, porque queda salvada la independencia del equipo incluso frente al Ayuntamiento, entidad contratante, debido a la inhibición que por lo menos en un primer momento y por falta de alternativas presentan generalmente los políticos frente al técnico psicopedagógico y es una buena ocasión para proponer formas alternativas de trabajo.

De todas formas y para no pecar de ingenuos también vemos que este lugar "entre" también lleva implícito el peligro de que por desarraigo del gabinete, por falta de anclajes sociales la labor del gabinete se diluya en una serie de propuestas que no enganchen a nadie y cuya resonancia social y comunitaria sea nula, posiblemente su potencia como equipo impulsor de planteamientos renovadores pueda estar en que sus iniciativas correspondan a necesidades reales y sentidas por la comunidad.

MODELO DE INTERVENCION: Finalmente y a modo de resumen vamos a

**En el trabajo
con los niños
se detectan
deficiencias
de la comunidad.**



enumerar y definir mínimamente los paradigmas en base a los cuales pensamos que se puede estructurar la labor de un GPM, a los que añadiremos un organigrama tipo como propuesta general de trabajo.

INVESTIGACION: Es imposible planificar un trabajo a ciegas, en ese sentido pensamos que las labores de investigación de un GPM deben ocupar una parte muy importante del tiempo de trabajo del mismo dirigidas a recoger datos sociales, psicopedagógicos y de necesidades de la población, datos que vayan dirigidos a poder planificar un trabajo que tenga que ver con la realidad concreta y con necesidades ya existentes en la comunidad, de nada vale trabajar en base a lo que unos pocos (GPM, profesores, inspección, Ayuntamiento) consideran las necesidades de la comunidad, necesidades ya explícitas

o mostradas en los trabajos de investigación realizados. Los GPM deben contar con unos instrumentos constantes y ágiles por los que captar las necesidades del momento que en una comunidad dinámica van a ir cambiando con cierta rapidez, aquí donde los oídos y los ojos del GPM deben estar muy abiertos para captar el estado actual de la demanda para recogerla, entenderla y devolverla adecuando el trabajo a la misma. Ante la cual si bien hay que mostrar la sensibilidad suficiente para captarla es imprescindible en un segundo momento distanciarse lo suficiente como para analizarla adecuadamente lo que tenga de angustia, necesidad real, pseudonecesidad o racionalización.

Dentro de las labores de investigación queremos incluir aspectos de la misma, dirigidos a la evaluación de la rentabilidad social del Equipo y de los

recursos de los que se vaya dotando y de los servicios que genere.

INTEGRACION: En cuanto que posiblemente el GPM deba trabajar en un medio social cuyos servicios se encuentren muy disociados, una labor previa para la propia eficacia del GPM tiene que ser el tratar de disminuir este nivel de disociación. Se podría objetar que esta no es una labor que corresponda al GPM y que se puede encontrar con obstáculos insalvables, siendo cierta esta objeción no podemos por menos que insistir en que el GPM debe tratar de concienciar y sensibilizar en esta línea empezando por la propia casa (Ayuntamiento o el mismo GPM o equipos afines) y aunque no ofrezca resultados inmediatos el ambiente puede ir cambiando paulatinamente.

La integración puede abordarse a muchos niveles desde la de los servi-

cios más o menos afines, hasta una integración social en el más amplio sentido. Por razones de la demanda inicial por ejemplo, el trabajo del GPM se va a dirigir a grupos sociales marginales (niños fracasados en los primeros niveles de la escolaridad, preadolescentes marginados con un alto riesgo al menos predelinuencial, familias inadaptadas con niveles socioeconómicos muy bajos,...) y es respecto a estos grupos donde hay necesariamente que dar la vuelta a la demanda y analizar las situaciones no tanto en función del propio fracaso de esos grupos por sí mismos, sino más bien en cuanto que la propia comunidad y sus instituciones se manifiestan incapaces de la integración de ellos, devolviendo de esta forma una intervención o al menos una reflexión comunitaria, que coloca el problema de la integración-adaptación en su verdadera dimensión.

MOVILIZACIÓN: Queremos hacer explícita aquí este concepto crucial a nuestro entender de la actividad del GPM. Nuestra breve experiencia nos ha hecho ya perder una gran dosis de ingenuidad (inocencia) que nos haría pensar que estos planteamientos son fáciles de desarrollar y nos hace pensar en la resistencia al cambio con que nos vamos a encontrar a la hora de intentar desarrollar un trabajo como es el expuesto en estas líneas. Las instituciones presentan, ya es sabido, una gran dificultad para cambiar, para evolucionar y no podemos dejar de ser conscientes y señalar que el trabajo así planteado de un GPM va dirigido fundamentalmente a activar las posibilidades de cambio comunitarias y a su vez va en contra (de rebote y no por deseo propio) de los principios conservadores de la misma comunidad. Y es en este sentido que la activación de los elementos más dinámicos de la comunidad se hace imprescindible para desarrollar nuestro trabajo. Es así que queremos señalar que el GPM tiene que apoyarse en los elementos comunitarios más dinámicos para poder desarrollar su trabajo así como ir haciendo una corrosiva labor de denuncia de esos elementos que por activa o por pasiva permiten y luchan por que las "cosas sigan igual" con más o menos consciencia. Es evidente que hay que utilizar y servirse de esos elementos más dinámicos y con menos resistencia al cambio para ir movilizándolo a la comunidad en su conjunto hacia un más coherente planteamiento psicopedagógico-social.

En este sentido la labor de puesta en marcha de los elementos más dinámicos es fundamental cuando sabemos que la sociedad no evoluciona en bloque, sino "arrastrada" por aquellos elementos de la misma, que por las razones que sean son más propicios a luchar y a poner en práctica las renovaciones.

Así pensamos que la difícil labor de los GPM está en actuar en sus respectivas comunidades como equipo potenciador y propulsor de los cambios ne-



cesarios en el sistema educativo aumentando esfuerzos por la renovación pedagógica.

Planificación de objetivos

Después del anterior análisis, intentaremos realizar una aproximación general al campo de trabajo que se abre a los equipos que trabajan en el campo municipal.

Indudablemente, hay diversos factores que pueden modificar, obviamente, la actuación de dichos profesionales. De ninguna manera se pretende marcar líneas de trabajo, imponer criterios o direccionar intervenciones, será el propio estudio de la situación concreta en la que se incrusta la labor de los equipos lo que pueda hacer resaltar unas primeras necesidades, unos objetivos más prioritarios y un desarrollo metodológico de actuación que pueda sentar las bases de programa de actuación global, con una dimensión temporal y con una adecuación de relaciones y recursos necesarios que permitan sustentar el trabajo a realizar.

De una manera o de otra, la interconexión de actividades, personas e instituciones en el marco municipal se hace más palpable. La actuación de un determinado campo, llámese escuela, familia, calle, determinada asociación o grupo marginal, lleva inmediatamente a situar esa pequeña célula de trabajo, dentro de un mapa de relaciones establecidas, que impiden el acceso a la problemática de esa instancia de actuación sin contar con más ramificaciones y unos enraizamientos que o se logran descubrir y se incluyen en el plan de actuación, o conducen a una actividad profesional de parcheo que, aunque agrade en primeros momentos, desalienta en tanto y en cuanto no permite poner en marcha las bases que impidan que el problema se desarrolle nuevamente, incluso de manera más extendida o profunda.

Así, poco a poco, surge el tema de la coordinación. Claros son los casos de profesionales, de equipos técnicos, de

***La interconexión
de actividades,
personas y actividades
se hace más palpable
en el marco municipal.***

gabinetes que, centrando su labor en un campo determinado, necesitan ponerse en contacto con otros trabajadores municipales para analizar conjuntamente la problemática, buscar soluciones más globales y diseñar modelos de actuación que no dejen desamparadas las intenciones de prevención, investigación y resolución por falta de medios profesionales, temporales, o de propia competencia para la actuación de las áreas.

También nos encontramos con las dificultades de coordinación en una segunda fase, bien por motivos administrativos, por diversos enfoques técnicos e incluso por salvaguardar espacios de intervención que se pueden llegar a considerar propios, negando con ello la necesaria interrelación, al ser las problemáticas siempre, de alguna manera, globales.

Después de estas primeras consideraciones, es necesario definir ampliamente el campo municipal que se brinda a los equipos psicopedagógicos.

Al principio, analizábamos el profundo vacío municipal existente, en lo que concierne a profesionales ocupados de temas como bienestar social, salud mental, calidad de vida, servicios sanitarios, escolares, animación sociocultural, tiempo libre-cocio, etc.

Si las corporaciones locales tienen, al menos en la mayoría de los casos, concejales-ponentes en muchas de las áreas arriba indicadas, no por ello se concluye, ni una preocupación real por esos temas ni lo que a veces es más importante, un plan de inversiones que posibilite las voluntades.

No es menos cierto, que el listado de temas propuestos, presentan unas implicaciones subyacentes entre áreas que de alguna forma deberían reclamar una programación de actuaciones, cuanto menos, conexiones.

A tenor de esto, no cabe sino el pensar en la amplia gama de posibilidades de realización en lo que concierne al trabajo abarcable por equipos municipales.

Así, una plataforma de técnicos provenientes de formación en Medicina, Psicología, Pedagogía (dentro de vertientes de trabajo social y comunitario), maestros, asistentes sociales, sociólogos y apoyados suficientemente por monitores, rehabilitadores, educadores voluntariado social, etcétera, podrían acometer de forma global las actuaciones conducentes a la consecución de planes de salud mental, bienestar social y desarrollo comunitario, con todo lo que de repercusión inmediata suponen en lo concerniente a la calidad de vida de las comunidades.

Indudablemente, estos planteamientos pueden parecer utópicos o al menos exagerados para la actual coyuntura socioeconómica por la que atraviesa el país.

Pero, somos conscientes de que aunque el equipamiento técnico-básico tenga que ir desarrollándose en las medidas de las posibilidades económi-

cas, una planificación de recursos adecuada y una administración eficaz de los mismos, puede adelantar en gran medida la viabilidad de estos programas de actuación concreta.

Por tanto, partiendo de una posible integración de profesionales municipales que superen los ámbitos de la coordinación, de una elaboración de los objetivos a conseguir desarrollados metodológicamente, y una redistribución de las funciones y actuaciones de cada integrante del grupo municipal, posibilitaría sin que de ninguna manera queáramos ser exhaustivos, el acceso a diversas áreas de actuación que muchas veces se quedan descolgadas de los planes actualmente llevados a la práctica.

En definitiva, nos encontraríamos con el basamento técnico que, coordinado con las voluntades de la Administración Pública, permitieran trabajar de forma unificada en los sectores de Sanidad, Educación-Cultura y Servicios Sociales, y en donde los objetivos de sociedad educativa, animación sociocultural, desarrollo ciudadano integrante, etc., no parecieran lejanos y carentes de sentido práctico.

Dentro de este marco de intervención encontraríamos la prevención (campañas de divulgación, vacunación, higiene escolar, ambiental y familiar, campañas de mentalización educativa, de potenciación de propios recursos culturales, de formación y práctica psicodeportiva, etc.), la activación a diversos niveles, como por ejemplo:

- Planificación (familiar-educativa, de recursos sociales...).

- Asistencia (médico-sanitaria, psicopedagógica, social).

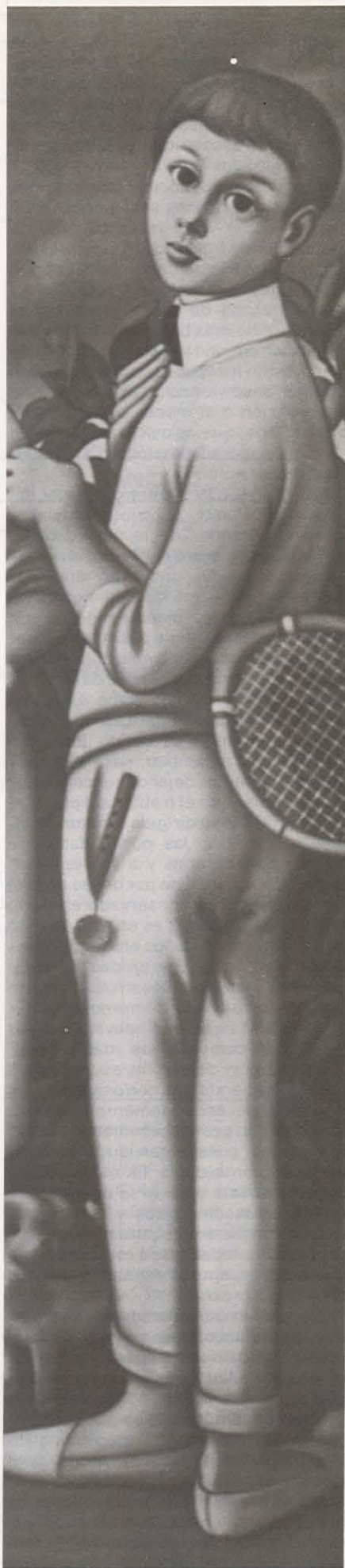
- Investigación (sociología y más concretizada ámbitos y estilos de actuación).

Todo esto tendría una serie de instrumentos o de medios que posibilitaran la declaración de principios anteriormente reseñada.

Así las escuelas de padres, la formación permanente de adultos, las Universidades populares, los centros sociales, la potenciación y asesoramiento del asociacionismo cultural, deportivo y de grupos con especificidad de planteamientos, la intervención de sectores poblacionales típicamente discriminados y con los sectores evolutivos más claramente perjudicados y con más riesgo de anomia y un largo etcétera de concretizaciones y de posibilidades innovadoras serían puestas en práctica, previo estudio de las necesidades propias de cada zona de actuación, atendiendo a su realidad específica.

No podemos olvidar que cualquier tipo de proyecto global es pretencioso y que además hay que perfilarlo a nivel concreto en el lugar donde se intente explicitar.

Los problemas no son, desgraciadamente, sólo de aplicación. Al comienzo del trabajo ya se han señalado, si no todos por lo menos algunos de los que consideramos de gran importancia.



El lugar del psicólogo en el campo de la educación

FELIX G^a-VILLANOVA ZURITA (*)

EL trabajo de un psicólogo en el ámbito comunitario en materia de educación requiere una metodología de trabajo que permita intervenir sobre sectores sociales organizados, sobre comunidades ya establecidas, sobre instituciones con una tarea definida y que de alguna manera conforman o están conformadas por una superestructura de tipo administrativo, jurídico, político, etc., donde el interjuego de los grupos y las instituciones va más allá de lo individual, donde el individuo está actuando un papel con otros presupuestos diferentes a los de la psicología individual.

Sabemos que todos los grupos humanos tienen leyes de funcionamiento que les diferencian específicamente de las del campo individual. Es necesario más un tipo de aparato teórico-técnico que de alguna manera responda a lo grupal, comunitario, social.

No se trataría tanto de hacer traducciones de una teoría que define al hombre en términos de conductas o de afectos para adaptarse a las nuevas necesidades que surgen en la sociedad, y que a veces extrañan por el intento de definir con términos conocidos situaciones nuevas que no entran esencialmente en los presupuestos de dichas técnicas, sino más bien aceptar la importancia que cada una de ellas tiene en el campo específico en que trabaja.

Según estos presupuestos nuestro trabajo no tratará tanto de crear, como así ha sido, agentes de cambio, monitores de trabajos específicos cuanto de permitir que la movilidad de las instituciones y los grupos que están alrededor de la educación y la enseñanza eviten la estereotipia en sus dinámicas y por tanto la "patología". Organizar una sociedad donde un gabinete preparando a personas que preparan, generando generadores, supone, desde este punto de vista, una concepción estratigráfica y jerarquizada de la sociedad en la que el poder (por ejemplo, determinada concepción educativa) está siempre ordenado categóricamente en un punto alto de la pirámide generalmente al lado de la cabeza de otros poderes simultáneos y ello ordena instantáneamente el propio modo en que se van a tratar los problemas que aparezcan.

Va a ser necesario para el especialista una distancia marcada por la forma de intervención. A menudo tropezamos en el ámbito comunitario con un juego de poderes institucionales o de influencias, por formación o responsabilidad, que suponen un compromiso para la

actuación de los psicólogos, pedagogos, etcétera, de los diferentes equipos y que pone en cuestión la objetividad de las programaciones y en especial la manera de llevarlas a cabo.

Si consideramos que la sociedad, sus grupos e instituciones tienen dentro de sí la posibilidad del cambio y, por tanto, de nuevos aprendizajes menos rígidos y más abstractos, nuestra función como técnicos consistirá en movilizar y dinamizar la adjudicación de roles, liderazgos y depositaciones en todas y cada una de las órdenes institucionales relacionadas con el campo de la educación, de modo que su intercambio, su falta de lugar fijo, permita el enriquecimiento de todos los miembros de una colectividad y también la ruptura de la estereotipia que permita el aprendizaje, aunque esto sea poco brillante y descontextualizado en la dinámica del poder para los profesionales que lo llevan a cabo.

El lugar de un técnico que interviene en el tema de la educación en el campo comunitario está en otro sitio, tiene un sitio propio que se define en el grupo, en la formación de la estructura de los grupos, salta fuera de toda ideología, de toda asimilación a otra institución, aunque haya otros modelos, que he citado anteriormente, en los que se organizan lugares intermedios que quizá sirvan más para satisfacer el narcisismo de los especialistas con la ilusión de que generar cambio y renovación supone mover a los individuos olvidando la inserción de éstos en lo grupal, social.

Por otro lado, en nuestra práctica diaria tropezamos permanentemente con la dificultad que tienen los servicios que atienden los problemas de la educación para llevar a cabo ciertos aspectos de los programas como, por ejemplo, la asistencia (diagnóstico básicamente) de casos individuales quizá por estar diseñados siempre según el modelo médico: niño que se atiende, niño al que hay que darle algo para arreglar algo, y esto entra en contradicción con el sentido preventivo que todo trabajo comunitario debe tener.

Todos sabemos la dificultad que supone la movilización del profesorado, la estimulación por un interés pedagógico incluso; también es notable el comentario general sobre las asociaciones de padres por su posición siempre extrema por exceso o por defecto. Tendríamos

(*) Del Servicio Psicopedagógico Municipal de Getafe.

que cuestionarnos pues ¿quién tiene que decir donde está el camino que los demás deben seguir? ¿El técnico, el sujeto o los grupos humanos que marcan un proceso histórico?

En el trasfondo de todas estas actitudes que existen a veces en los profesionales aparece una desvalorización y desesperanza en la confianza del hombre a avanzar en un proceso así como una concepción de valores estáticos, en el sentido de no permitir la diversidad de las resoluciones de las distintas partes implicadas, lo cual no permite la integración de las diferencias de los mismos.

Es sabido y no cuestionado el apriori de cómo tiene que funcionar un APA, de cómo son los claustros, de cómo y cuáles son los grupos de profesores más conservadores, pero todo esto se hace desde una escala de valores de corte actualmente progresista, y que es también la nuestra, o sea con la imposición de nuestra imagen interna tecnificada sin tener en cuenta que en la mayor parte de los casos el psicólogo por el hecho de su presencia misma agudiza toda la normativa moral, individual y grupal y eso es también una estereotipia que tiene sus consecuencias; de esa manera se presenta como técnica una concepción de lo que es por ejemplo la renovación pedagógica, eliminando de un plumazo en los demás un aprendizaje propio y asumido y borrando de la escena a todos los profesores, padres y niños, que se encuentren en lugares diferentes del proceso, olvidando que la marginalidad es una forma de reasegurar la norma en los otros y que evita el cuestionamiento sobre uno mismo.

Un profesional desde el campo comunitario que trabaja en educación no debe quizá definirse sobre ciertos criterios públicamente, por muy en candelero que estén, porque no es quien para calificar o descalificar a parte de la población sobre la que trabaja. Su lugar está en el trabajo de las resistencias al cambio que impiden el aprendizaje y cuyo resultado será entre otros la mejora de la calidad de la enseñanza así como de la vida, pero como consecuencia, no como fin, teniendo en cuenta además que cada niño está, a su vez, inmerso en un contexto familiar, nuevamente grupal y cualquier punto en una estructura comporta a toda la estructura; tendríamos que tener en cuenta también que hay ciertas leyes de autoconservación de las estructuras, no en vano un síntoma como la dislexia, el fracaso escolar, etc., cumple una función que identifica a todo un colectivo y con un beneficio secundario digno de tener en cuenta.

Por otra parte, la función del psicólogo en la actualidad se ve sesgada en los servicios comunitarios por la dependencia contractual de la administración, lo cual fuerza aún más a hacer programas descontextuados de toda función preventiva, largos en su cumplimiento, pero además que den unos

resultados no sólo cuantificables numéricamente, sino de cierta buena cara o presentación por razones obvias, lo cual mina la propia cohesión a veces de los equipos con su tarea y cuestiona el rol profesional al interno de la comunidad en la que trabajamos.

Desde el lugar de la experiencia concreta, en este orden de cosas, quiero

destacar la necesidad de la interdisciplinariedad de los programas de trabajo, evitando el fraccionamiento de los sujetos en función de su sintomatología por entender que en el proceso de aparición de un síntoma, la etiología, nos muestra una policausalidad para la cual nada mejor que un grupo de especialistas en el campo comunitario.



Las páginas de este a fondo han sido ilustradas con dibujos de Philippe Noyer



Atención Primaria y Salud Mental (II)

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

COMO se comentaba en la primera parte de este trabajo el modelo de enlace, es el que resulta más adecuado para conseguir una integración óptima de la Salud Mental en la atención primaria de salud.

De este modo el Equipo de Atención Primaria de Salud (EAPS) está constituido por profesionales que atienden la primera línea, debiendo estar capacitado para resolver un buen número de los problemas emocionales y psicológicos que los pacientes presentan; aunque los especialistas en Salud Mental no se integran orgánicamente en el EAPS, éste ha de contar con la colaboración estrecha de los Equipos de Salud Mental (ESM). Por ello son los ESM los encargados de prestar atención a la patología psiquiátrica y emocional que necesita de una intervención especializada.

Servicios especializados en Salud Mental

Atendiendo a los criterios expuestos y considerando la ordenación conviene que se recoja en el borrador de la Ley General de Sanidad que el núcleo de los Servicios especializados en Salud Mental sería la Unidad de Salud Mental que atendería a un Área de Salud (≈ 200.000 habitantes) (fig. 1) encargándose de las labores asistenciales, docentes, epidemiológicas y de investigación.

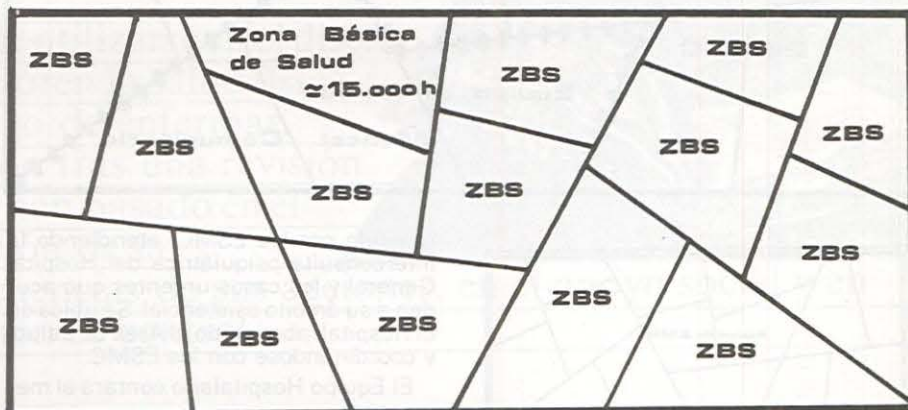


Fig. 1 **AREA DE SALUD**
 ≈ 200.000 H.

De este modo, el conjunto de profesionales de la Unidad de Salud Mental, sanitarios y no sanitarios, responsables de la atención especializada de los individuos con trastornos emocionales y psiquiátricos relevantes constituirían los Equipos de Salud Mental.

Dichos Equipos de Salud Mental tendrían dos ámbitos de actuación: comunitario y hospitalario, atendidos respectivamente, por los Equipos de Salud Mental Comunitarios y por el Equipo de Salud Mental Hospitalario (fig. 2).

**AREA
DE
SALUD**

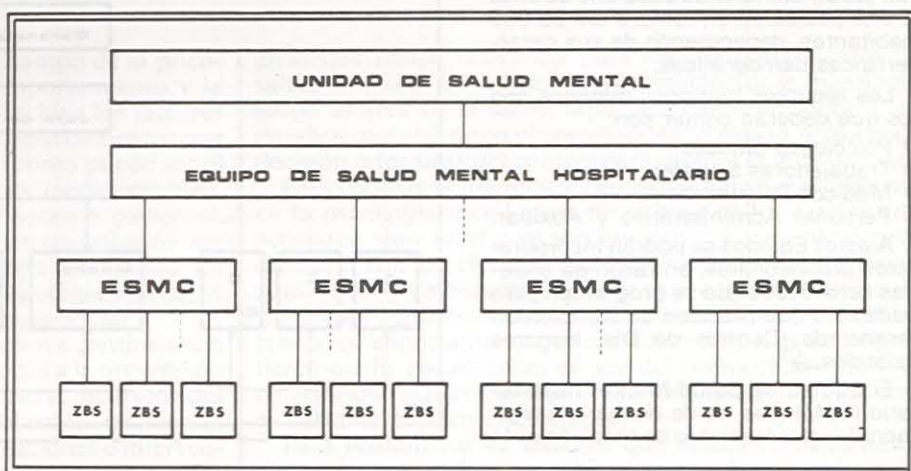


Fig. 2

El tratamiento de los problemas emocionales y psiquiátricos, por sus propias características ha de realizarse en el seno de la Comunidad; esta actuación ha de ser el eje de los recursos de Salud Mental (SM), constituyendo un importante mecanismo de reducción de la necesidad de internamiento.

En este esquema el ESMC (fig. 3) se ocupa de todo paciente remitido por los EAPS, de seguimiento y control evolutivo de los pacientes dados de alta del medio hospitalario (ESMH) (fig. 4), así como de dar apoyo y asesoramiento al EAP; participará con los EAPS y el Equipo de Salud Mental Hospitalario, así como con cualquier otra instancia asistencial o social, en aquellos programas específicos del Área de Salud que derivan de las características poblacionales a las que atiende.

Miembros de la Secretaría Permanente de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica: (*) Médico-psiquiatra; (**) Psicólogo clínico.

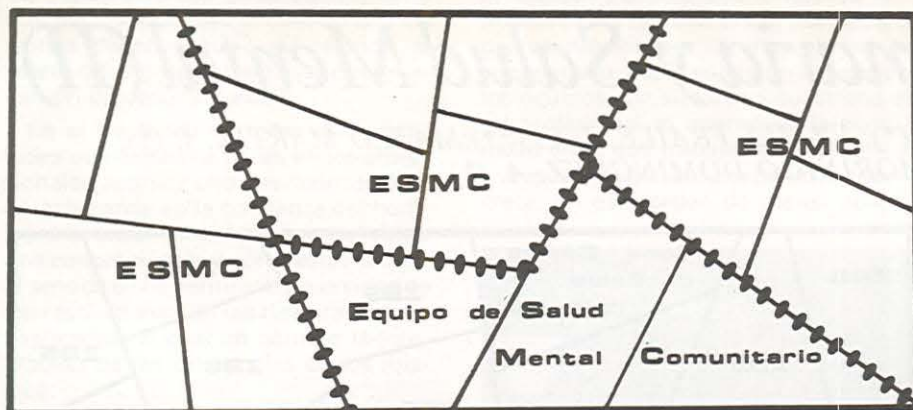


Fig. 3

≈ 50.000 H.
EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS



EQUIPO DE SALUD MENTAL HOSPITALARIO

Fig. 4 ≈ 200.000 H.

Estos Equipos podrán ubicarse físicamente en los Centros Integrados de Atención Primaria (CIAP), o en otras instituciones extrahospitalarias.

La actividad de los ESMC abarcará, por tanto, varias Zonas Básicas de Salud (ZBS), atendiendo cada uno de ellos a una población en torno a los 50.000 habitantes, dependiendo de sus características demográficas.

Los recursos humanos mínimos con los que deberán contar son:

- Psicólogos Clínicos
- Trabajadores Sociales
- Médicos Psiquiatras y
- Personal Administrativo y Auxiliar.

A estos Equipos se podrán incorporar otros profesionales, en razón de aquellas actividades que se programen para pacientes que precisen de atención diferenciada (Centros de Día, Hogares asistidos...).

El Equipo de Salud Mental Hospitalario (ESMH) se ha de ocupar en régimen de internamiento de todo paciente

remitido por los ESMC, atendiendo la interconsulta psiquiátrica del Hospital General y los casos urgentes que acudan a su ámbito asistencial. Se ubica en el Hospital, abarcando el Área de Salud, y coordinándose con los ESMC.

El Equipo Hospitalario contará al menos con:

- Médicos Psiquiatras
- Psicólogos Clínicos
- Personal de Enfermería
- Trabajadores Sociales
- Terapeutas Ocupacionales y
- Personal Administrativo y Auxiliar.

El internamiento teniendo en cuenta la realidad asistencial de nuestro país se realizaría en los Hospitales Generales y Psiquiátricos que cuenten con estructuras e índices de rendimiento apropiados, vinculándose funcional-

mente, en el segundo caso, al Hospital General.

La existencia de enfermos crónicos y alteraciones mentales que, en la actualidad cursan con un importante deterioro psíquico, precisan que se favorezcan todas las alternativas terapéuticas tendientes a reducir al máximo los factores de encronización y a rehabilitar e integrar en la sociedad a los pacientes institucionalizados.

Para un adecuado desarrollo de las funciones de los Equipos de Salud Mental (ESM), cada Unidad de Salud Mental dispondrá de un Jefe de Unidad, vinculado al Gerente del Área de Salud con dedicación exclusiva a sus funciones, que abarcará las áreas clínica, docente y de investigación, de Salud Pública y de Organización y Gestión (fig. 5).

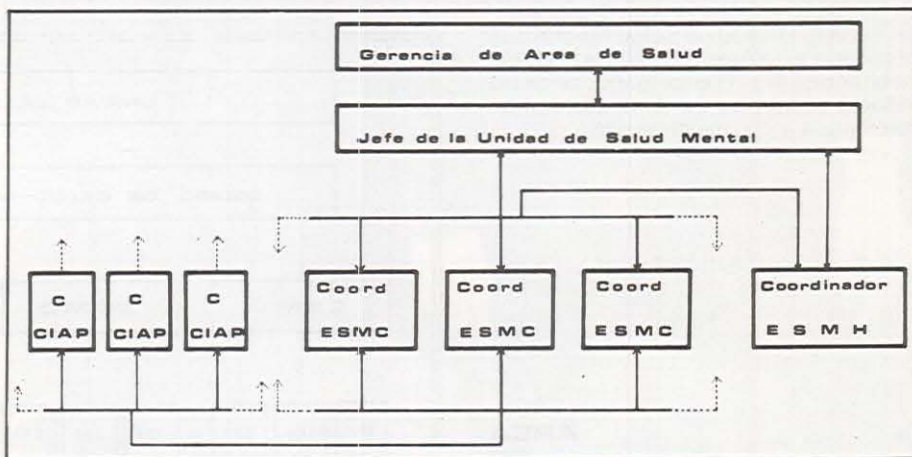


Fig. 5

J. A. ESPINO, J. C. FRAILE, I. MATEO y A. MORIÑO

"Atención Primaria y Salud Mental" (2).

Revista "Papeles del Colegio, Psicólogos". Madrid, Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 12, noviembre, 1983, Págs. 31 y 32.

Atención Primaria de Salud: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS), septiembre, 1978. O.M.S. Ginebra, 1978. ISBN 92-354128-5

Goldberg, D. & Huxley, P. Mental illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock publications, London, 1980.

Mason, P. Mental Health in Primary Care. Working group on first Contact Mental Health Care. Tampere, April, 1983. WHO (united, ICP/MNH 059 (1) (10).

Williams, P. The interface between Psychiatry and General Practice. SK & F Publications. Vol. 2. Number 7; London, 1979.

Psychiatry and Primary medical care. Report a Working Group (Oslo 1973). Regional Office for Europe, World Health Organization. Copenhagen 1973. EURO 5427 I.

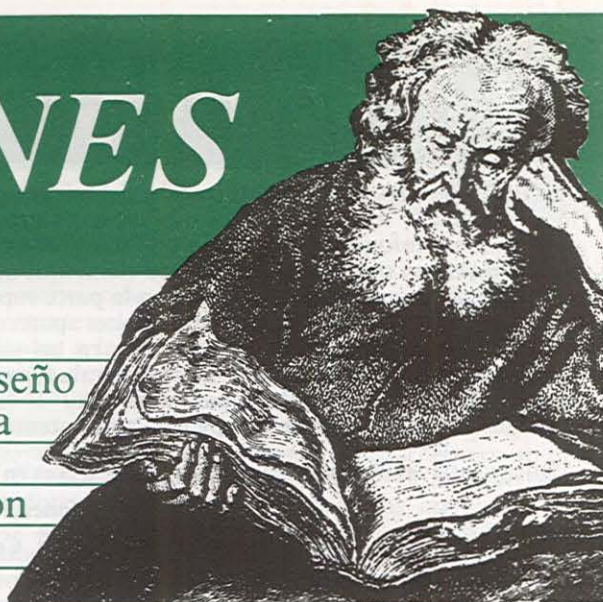
Langsley, D. Primary Care And Psychiatry. Social Psychiatry (1982). 17: 89-94.

Cada ESMC contará con un coordinador que tendrá entre sus funciones el establecimiento de relaciones fluidas y actividades de interés común con los EAPS de las ZBS, adscritas a su ámbito.

Asimismo, deberá existir una figura de coordinación en el ESMH. Los responsables de los Equipos Comunitarios y el Hospitalario, estarán vinculados al Jefe de la Unidad de Salud Mental, colaborando con él en las tareas de Dirección, Organización y Gestión.

Así la atención a cada Área de Salud estaría por un lado unificada (Unidad de Salud Mental, Área de Salud) y por otro diversificada (diferentes equipos de Salud Mental), unidad organizativa y diversidad funcional.

REFLEXIONES



La psicología social puede utilizarse en el diseño de intervenciones que mejoren la salud física y que disminuyan el riesgo de enfermar. Llegamos a esa conclusión tras una revisión de investigaciones que se han basado en el miedo, en la concienciación de la persona sobre las consecuencias de sus acciones, en el apoyo social y en el aumento de la percepción de control.

EL USO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL EN LA PROMOCION DE LA SALUD

Bárbara V. Marín (1)

LA psicología de la salud es un nuevo campo de la psicología a caballo entre la ciencia del comportamiento y la salud física del individuo o del grupo. Incluye los factores psicológicos en las enfermedades, los comportamientos que mejoran o ponen en peligro a la salud (como puede ser el ejercicio, el comer demasiado o el tomar los medicamentos), las interacciones entre proveedor de servicios y pacientes, etcétera. Varias ramas de la psicología han contribuido con sus técnicas y conocimientos a este campo tan amplio, en particular la psicología fisiológica, la psicología clínica, el análisis del comportamiento y la psicología social.

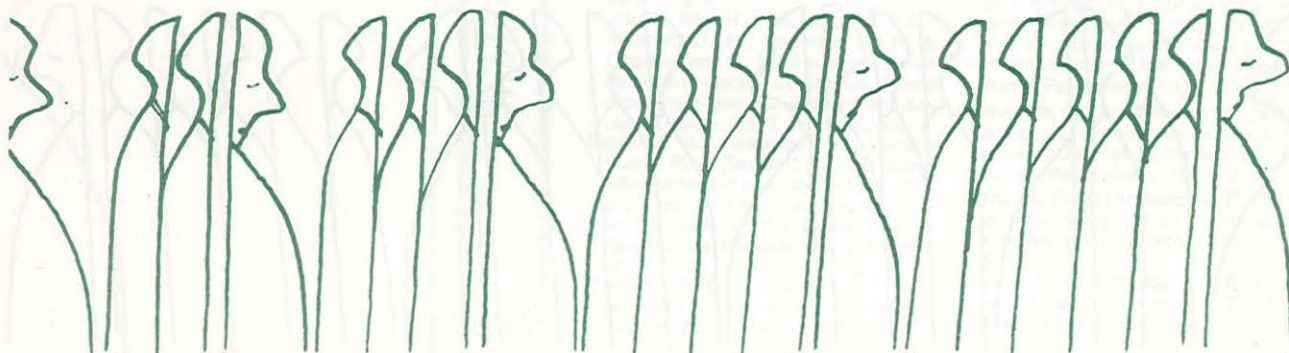
La revisión de la literatura que abordamos a continuación abarca la contribución de la psicología social a la prevención y disminución de problemas de la salud. No se incluyen aquí las técnicas basadas en la modificación del comportamiento, aunque obviamente hay muchas investigaciones e intervenciones que se basan en esa técnica u otras teorías psicológicas

que tienen relevancia para los comportamientos de salud. Como es tan amplia la contribución de la psicología social al área de la salud, aquí la revisión se limita a los estudios que utilizaron el apoyo social, el miedo, técnicas de decisión o técnicas del control para diseñar la intervención.

Esta revisión es diferente de las que se hacen comunmente en la psicología social, pues no se basa en los cambios de actitudes, sino en el comportamiento. La variable dependiente, o sea, los efectos de la intervención que se reflejan aquí son los cambios en la salud o en el comportamiento de salud (por ejemplo, el fumar o dejar de fumar). Esta diferencia es importante, porque muchos investigadores prefieren medir las actitudes en vez del comportamiento y la correlación entre comportamiento y actitudes muchas veces es bastante baja en este campo.

Para resumir los 42 estudios que hemos revisado hasta ahora, hemos hecho una tabla. Los estudios tuvieron que llenar los requisitos de ser basados en una teoría de la psicología social, y de incluir una intervención que tenía el propósito de cambiar un comportamiento relacionado con la salud. La tabla está organizada de la siguiente manera: las teorías que se han utilizado están divididas en las que tienen un enfoque social y las que tienen un enfoque cognos-

(1) Bárbara V. Marín, Ph. D. Health Psychology Program, University of California, San Francisco. Copias de este artículo se pueden obtener escribiendo a la siguiente dirección: Bárbara Marín, Ph. D., 1350 3rd. Ave., Health Psychology Program, UCSF, San Francisco, CA 94143. La autora agradece a Starr Silver sus valiosas aportaciones en este trabajo.



REFLEXIONES

citivo. El apoyo social y la utilización del miedo son netamente sociales, mientras que el uso de la percepción del control es un enfoque cognoscitivo. El uso de las técnicas de decisión está en medio, porque abarca elementos de ambos enfoques. Estas categorías aparecen en la parte superior de la tabla. Los resultados de las intervenciones aparecen por el lado izquierdo de la tabla y se dividen en las siguientes categorías: intervenciones para mejorar la salud, para evitar futuros problemas de salud, para disminuir el riesgo de enfermarse y para resolver problemas ya existentes.

Algunas Intervenciones Psicosociales y sus Efectos en la Salud

EFECTOS	Intervenciones			
	Enfoq. Sociales	Enfoq. Cognitivos	Que Utilizan	
	MIEDO	APOYO SOCIAL	DECISION	CONTROL
MEJORAR SALUD				
La Nutrición			= + (3)	
El Ejercicio			= (2)	
La Vejez			— + (4)	
EVITAR PROBLEMAS				
Higiene dental	— (7)			
Inoculación de Tétano	0 = (3)			
Obtener Chequeo	0 (3)			
BAJAR RIESGO				
Dejar de Fumar	0 = (7)	+ (2)		
Hacer Dieta	= (2)	= (1)	= (1)	
RESOLVER PROBLEMAS				
Recup. de Cirugía				= + (7)
TOTAL DE ESTUDIOS	22	3	6	11

+ Efectos Fuertes
= Efectos Moderados
0 Poco Efecto
— Efectos Nocivos

Números en paréntesis significan en número de estudios en cada categoría.

El Miedo

COMO pude comprobar, el miedo se ha utilizado con mayor frecuencia que cualquier otra estrategia. Pero hay que tener en cuenta que cuando se habla del miedo estamos hablando de dos estrategias principales y que no tienen la misma eficacia. Mirando la tabla se nota que el miedo ha tenido efectos moderados en ciertos estudios y efectos nulos en otros.

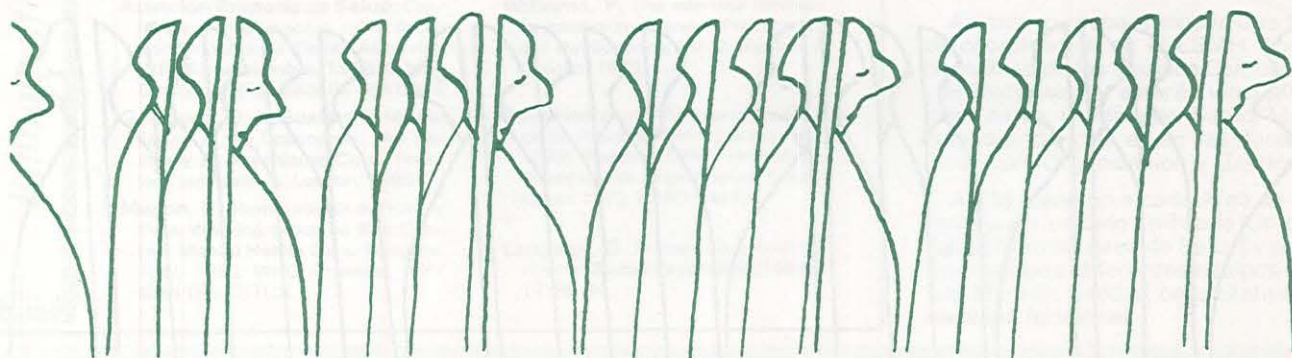
La estrategia de darle miedo a la gente para cambiar su actitud y su comportamiento se basa en el trabajo de Janis y Feshbach (1953), en el que proponen que el miedo crea tensión emocional que motiva a la gente a cambiar sus actitudes y comportamientos. Esta teoría se ha plasmado en estrategias con mayor o menor eficacia. Una estrategia frecuente ha sido la de crear comunicaciones persuasivas utilizando películas, diapositivas, o presentaciones verbales que asustan en diferentes grados. Por ejemplo, varios estudios han trabajado con fumadores mostrándoles una película de la Sociedad Norteamericana del Cáncer (Leventhal & Niles, 1964; Leventhal & Watts, 1966; Watts & Pa-

gano, 1967). Esa película explica los peligros de fumar, da ciertas estadísticas y habla del caso de un paciente canceroso. Los sujetos expuestos a la intervención moderadamente atemorizadora sólo vieron esas partes; pero los expuestos a la intervención altamente atemorizadora también vieron como parte de la misma película una intervención quirúrgica sangrienta en la que se le extraía un pulmón canceroso a un paciente.

La estrategia de variar la cantidad de miedo a que se expone a los sujetos se ha utilizado para persuadir a la gente de utilizar mejor la higiene dental (Dembroski, Lasater & Ramírez, 1978; Evans, Rozelle, Lasater, Dembroski & Allen, 1970; Evans, Facelle, Noblitt & Williams, 1975; Goldstein, 1959; Haefner, 1965; Janis & Feshbach, 1953; Ramírez & Lasater, 1977), de dejar de fumar (Leventhal et al., 1967), de hacerse una radiografía para ver si tiene cáncer (Leventhal & Niles, 1964; Leventhal & Watts, 1966), de hacerse un examen médico (Haefner & Kirscht, 1970), de inocularse contra el tétano (Dabbs & Leventhal, 1966; Leventhal, Jones & Trembly, 1966; Leventhal, Singer & Jones, 1965) y de perder peso (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner & Drachman, 1977; Skilbeck, Tulips & Ley, 1977). Desafortunadamente esa estrategia ha tenido resultados bastante pobres sobre el comportamiento. Por ejemplo, en los tres estudios que se han hecho para persuadir a los sujetos de que debían inocularse contra el tétano, sólo del 6 al 28 por 100 de las personas que fueron sometidos a estímulos atemorizadores sobre el tétano se inocularon más tarde. Por lo general, pocas personas de las sometidas a esos estímulos cambiaron su comportamiento, aún a corto plazo. Otra crítica importante de estos estudios es que generalmente no midieron el comportamiento a largo plazo. Pocos investigadores continuaron sus mediciones más allá de un mes después de la intervención. En la tabla estos estudios aparecen en la primera columna en las líneas de higiene dental, inoculación contra el tétano, hacerse un examen médico, dejar de fumar y hacer dieta. En todos los casos los resultados fueron bastante pobres. El total de estudios que hemos revisado donde utilizaron esa estrategia de persuasión fue 18.

Parece curioso que se haya trabajado tanto con un método que tiene relativamente pocos efectos en el comportamiento, porque creyeron que la actitud era una versión del comportamiento que se medía más fácilmente. Estos estudios han demostrado el peligro de ese enfoque porque frecuentemente produjeron cambios interesantes en las actitudes que no concordaron con los cambios en el comportamiento. Como método para mejorar el comportamiento de la gente con su salud la técnica de crear miedo por medio de estímulos escritos o visuales ha tenido pocos resultados.

Otros investigadores han utilizado el miedo para cambiar el comportamiento y han tenido más éxito. En este caso utilizaron una estrategia llamada juego de roles emocionales. El objetivo de la intervención era el de combatir las defensas del sujeto, especialmente la defensa cognoscitiva del *no me puede pasar a mí*. Por ejemplo, una intervención consiste en que el sujeto toma el papel de paciente con cáncer y el experimentador u otro sujeto toma el papel del médico





(e.g., Janis & Mann, 1965; Streltzer & Koch, 1968). El paciente/sujeto oye al médico decirle que los exámenes han descubierto un tumor sospechoso y que lo tendrá que operar. El "médico" da todos los detalles de la operación y alienta al paciente a vocalizar todos sus sentimientos. El juego de roles puede durar hasta una hora y los sujetos se involucran bastante. Aunque no se ha utilizado en tantas circunstancias como la estrategia anteriormente mencionada, esta estrategia generalmente ha dado mejores resultados. Los investigadores señalaron que lograron una disminución en la cantidad de cigarrillos fumados que varía según el estudio entre cuatro cigarrillos y un paquete diario. Seis estudios que utilizan esta técnica están incluidos en la columna *miedo bajo dejar de fumar* (Elms, 1966; Janis & Mann, 1965; Mann, 1967; Nowlis & Janis, 1966; Platt, Krassen & Mausner, 1969; Streltzer & Koch, 1968).

Hay algunas críticas importantes que se debería de hacer a esta técnica. Una es que como en el caso anterior no se han medido los efectos a largo plazo, aunque un estudio midió los efectos después de cuatro meses. También es importante mencionar que la estrategia sólo ha sido utilizada para persuadir a la gente a dejar de fumar. Una pregunta importante para futuros investigadores es la de si la estrategia también se puede utilizar para cambiar otros comportamientos. Teóricamente sería eficaz en cualquier situación en la que alguien está utilizando racionalizaciones defensivas para no cuidarse la salud (como puede ser el caso de una persona hipertensiva u obesa que no sigue el régimen médico).

Apoyo Social

AUNQUE existen docenas de teorías en la psicología social, pocas han sido utilizadas para cambiar el comportamiento del sujeto con su salud. A veces se han hecho intervenciones psicosociales sin mucha base teórica. Uno de los ejemplos más interesantes es el estudio de Janis y Hoffman (1970; 1982). Estos investigadores trabajaban con clientes que querían dejar de fumar. Estudiaron tres grupos que se diferenciaban solamente en el contacto mantenido con otro cliente fumador. Todos los clientes recibieron información sobre algunas tácticas que ayudan cuando la gente quiere dejar de fumar, mantuvieron un listado de la cantidad de cigarrillos fumados, y vieron la película de miedo descrita anteriormente. Pero un grupo tenía que contactar a su pareja (otro cliente fumador) todos los días durante diez minutos, mientras que otro grupo sólo lo contactaba

semanalmente en la clínica y otro grupo tenía una pareja distinta en cada sesión. Midieron a los seis meses los efectos de esta intervención sencilla, al año y después de diez años. Es importante aclarar que por lo general las intervenciones para ayudar a la gente a dejar de fumar tienen un efecto moderado a corto plazo, y los efectos a largo plazo han sido pocos (estamos hablando aquí de una variedad de técnicas del comportamiento y/o psicosociales que por lo general disminuyen la cantidad de consumo de cigarrillos en un 10 a 25 por 100 (Leventhal & Cleary, 1980). En cambio estos investigadores encontraron que mientras que a los seis meses el grupo control y el de poco contacto habían regresado a su nivel de fumar anterior, el grupo de mucho contacto bajó de un promedio de 30 cigarrillos al día, antes de la intervención, a 7 al día, a los seis meses, y 8 al día un año después. En un seguimiento después de diez años, encontraron que 9 de los 10 en el grupo de alto contacto habían dejado de fumar ya hace mucho tiempo, mientras que los clientes de los otros grupos mantenían su consumo casi al par de su consumo antes de la intervención. Estos resultados son bastante prometedores y merecen más atención de la que han recibido.

El apoyo social también ha sido utilizado con clientes en una clínica para bajar de peso y aquí también encontraron mayor pérdida de peso con mayor contacto con la pareja (Nowell & Janis, 1982). Los sujetos de mayor contacto perdieron casi 4 kilos en nueve semanas, mientras que los en el grupo de poco contacto perdieron 2 kilos en nueve semanas. En general, el apoyo social puede ser una intervención eficaz, pero se ha trabajado poco en el área. Otra crítica importante es que no hay una teoría para guiar la investigación en el área. No sabemos cuáles son los factores en el apoyo social que están ayudando a la gente a persistir en sus decisiones y mantener los comportamientos difíciles.

Técnicas de Decisión

LOS psicólogos sociales han utilizado otras metodologías persuasivas para cambiar los comportamientos de salud. Una estrategia pionera en el área fue la de los grupos de decisión (Lewin, 1947). En ese caso Lewin utilizó la misma dinámica del grupo para cambiar los comportamientos. En los experimentos, el objetivo era cambiar los alimentos utilizados por las amas de casa. Por ejemplo, quería convencerlas de que utilizaran más vísceras y más leche en

Bibliografía

BARBARA V. MARIN

"El uso de la psicología social en la promoción de la salud".

Revista "Papeles del Colegio, Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 12, noviembre 1983. Págs. 33 a 38.

Andrew, J. M. Recovery from surgery with and without preparatory instruction, for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 15, 223-226.

Auerbach, S. M., Kendall, P. C., Cuttler, H. F. & Levitt, N. R. Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 809-818.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P. & Drachman, R. H. The Health Belief Model and dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 1977, 18, 348-366.

Bavelas, A., Festinger, L., Woodward, P. & Zander, A. The relative effectiveness of a lecture method and a group decision for changing food habits. *Bulletin of the Committee on Food Habits*, National Research Council.

Colten, M. E. & Janis, I. L. Effects of moderate self-disclosure and the balance-sheet procedure. En I. Janis

(Ed.), *Counseling on personal decisions: Theory and field research on helping relationships*. New Haven, CT: Yale University Press, 1982.

Dabbs, J. M. & Leventhal, H. Effects of varying the recommendations in a fear-arousing communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 4, 525-531.

Dembroski, T. M., Lasater, T. M. & Ramirez, A. Communicator similarity, fear-arousing communications, and compliance with health care recommendations. *Journal of Applied Social Psychology*, 1978, 8, 254-269.

Elms, A. C. The influence of fantasy ability on attitude change through role playing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 4, 36-43.

Elms, R. R. & Leonard, R. C. Effects of nursing approaches during admission. *Nursing Research*, 1966, 15, 39-48.

Evans, R. I., Rozelle, R. M., Lasater, T. M., Demboski, T. M. & Allen, B. P. Fear arousal, persuasion,

REFLEXIONES

polvo en sus comidas. En estos experimentos llevados a cabo en los años 40, al grupo experimental se le presentó el problema de la falta de carnes como consecuencia de la segunda guerra mundial y se les sugirió el uso más frecuente de las vísceras. Los sujetos formaron grupos para discutir las razones por las cuales no utilizaban más vísceras (como, por ejemplo, que a la familia no le gustaba, que son difíciles de cocinar, etc.). El líder contestó a las inquietudes y dio recetas para solucionar esos problemas. Al final, el líder llevó al grupo a un consenso de utilizar más vísceras y los miembros del grupo hicieron un compromiso público. El grupo control recibió la misma información, pero sin discusión y sin promesa pública. Aunque se puede criticar estas investigaciones porque no sabemos cuál fue la variable importante, la discusión o la promesa, la estrategia tuvo excelentes resultados. Mientras que un 3 por 100 del grupo control había utilizado las vísceras un mes más tarde, un 32 por 100 del grupo experimental las había servido a sus familias. La técnica fue igualmente eficaz para cambiar otros comportamientos alimenticios (Bevels, Festinger, Woodward & Zander; Radke & Klisurich, 1947). Esos estudios aparecen en la columna de *decisión bajo la nutrición*.

Otra estrategia persuasiva prometedora se llama la hoja de decisión. La estrategia se basa en la teoría de Janis y Mann (1977), que postula que si las personas se dan cuenta de los aspectos positivos y negativos de una acción antes de tomar la decisión, serán más fieles a la decisión que si no lo han pensado bien. La técnica básicamente es una forma de autopersuasión. La intervención consiste en facilitar el que la persona piense en las siguientes consecuencias de su decisión: las ganancias y pérdidas personales para la persona misma, las ganancias o pérdidas para las personas cercanas, la auto-aprobación o auto-desaprobación, y la aprobación o desaprobación de las personas cercanas. Por lo general, la persona escribe en una hoja las consecuencias personales según cada categoría. La estrategia se ha utilizado para muchos tipos de decisión, como escoger una carrera o separarse de su esposo. En cuanto a decisiones que afectan a la salud, se ha utilizado para persuadir a las mujeres a asistir a clases de ejercicio y a seguir una dieta (Colten & Janis, 1982; Hoyt & Janis, 1975; Wankel & Thompson, 1977). En comparación con un grupo control, mujeres expuestas a esta técnica asistieron más que el doble a clases de ejercicio (Hoyt & Janis, 1975).

Resumiendo las tres primeras columnas de la tabla, se

nota que las técnicas persuasivas basadas en producir miedo en la gente sólo funcionan si el sujeto se involucra personalmente en la intervención (como es el caso de un juego de roles). Pero técnicas persuasivas menos emocionales que se basan en la toma de decisiones, también han mostrado eficacia. Desafortunadamente, estrategias que enfatizan la decisión de cambiar el comportamiento se han utilizado relativamente en pocos estudios. Las técnicas que utilizan el apoyo social son de las más prometedoras y menos estudiadas de entre las técnicas persuasivas.

Control

OTRA área dentro de la psicología de la salud donde la psicología social ha tenido impacto es el área de la percepción de control. La teoría de la atribución y varias otras teorías psicosociales enfatizan el papel de la percepción de control en el que la gente prefiere sentir control de su situación y que los estímulos nocivos tienen menos efecto si la persona percibe que los controle de alguna manera. Esas teorías se han trasladado en intervenciones específicas para los ancianos y para pacientes quirúrgicos.

En cuanto a los ancianos, ciertas intervenciones sencillas han tenido efectos poderosos. Por ejemplo, Ellen Langer y Judith Rodin diseñaron una intervención para los residentes de un hogar de ancianos (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977). Todos los residentes recibieron una charla dada por el administrador de la institución. Para un grupo la charla enfatizó la autoresponsabilidad y las oportunidades que tenían los residentes para tomar control de su medio ambiente, incluyendo el arreglo de su cuarto y la selección de sus actividades recreativas. Al otro grupo, el administrador enfatizó la responsabilidad del personal por ellos. Otra parte de la intervención fue que todos recibieron una mata, pero el grupo de autoresponsabilidad tenía que cuidarla ellos mismos, mientras que en el otro grupo el personal la cuidaba. Finalmente, ambos grupos fueron informados de que iban a ofrecer películas, pero el grupo autoresponsabilidad pudo escoger la noche en que quería verla y el otro grupo no. Aunque la intervención fue bastante sencilla, tuvo efectos notorios. Tres semanas después de la intervención, el 93 por 100 del grupo de autoresponsabilidad había *mejorado* de salud mientras que un 71 por 100 del otro grupo había *empeorado*, según el juicio de sus enfermeras (Langer & Rodin, 1976). Los efectos a largo plazo son aún más sorprendentes. Las valoraciones del médico dieciocho meses

Bibliografía

- and actual vs. implied behavioral change: New perspective utilizing a real-life dental hygiene program. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 16, 220-227.
- Evans, R., Rozelle, R. M., Noblitt, R. & Williams, A. Feed-back and unintentional treatment effects as deterrents of behavior reversion in persuasive communications. *Journal of Applied Social Psychology*, 1975, 5, 150-156.
- Goldstein, M. J. The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959, 58, 247-252.
- Haefner, D. P. Arousing fear in dental education. *Journal of Public Health Dentistry*, 1965, 25, 140-146.
- Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public Health Reports*, 1970, 85, 478-484.
- Hoyt, M. F. & Janis, I. L. Increasing adherence to a stressful decision via a motivational balance sheet procedure: A field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 833-839.
- Janis, I. L. & Feshbach, S. Effects of fear-arousing communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953, 48, 78-92.
- Janis, I. L. & Hoffman, D. Facilitating effects on daily contact between partners who make a decision to cut down on smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 17, 25-35.
- Janis, I. L. & Hoffman, D. Effective partnerships in a clinic for smokers. En I. Janis (Ed.), *Counseling on personal decisions: Theory and field research on helping relationships*. New Haven, CT: Yale University Press, 1982.
- Janis, I. L. & Mann, L. Effectiveness of emotional role playing in modifying smoking habits and attitudes. *Journal of Experimental Research on Personality*, 1965, 1, 84-90.
- Janis, I. L. & Mann, L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press, 1977.
- Langer, E. J., Janis, I. L. & Wolfer, J. A. Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1975, 11, 155-165.
- Langer, E. J. & Rodin, J. The Effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in a field setting. *Journal of*





después de la intervención, indicaron que las mejoras de salud notadas antes persistían aún. Finalmente, mientras que en este período de dieciocho meses el 15 por 100 del grupo de autoresponsabilidad se había muerto, el 30 por 100 del grupo control se murió.

Parece difícil creer que una intervención de control relativamente sencilla puede tener efectos hasta en la tasa de mortalidad. Pero otros estudios confirman el poder de la percepción de control. Schulz (1976; Schulz & Hanusa, 1978) y su colaborador también estudiaron los efectos de una intervención para aumentar la percepción de control en los ancianos. La intervención consistió en visitas a los ancianos hechas por estudiantes de una universidad cerca del hogar de ancianos. Los sujetos en los grupos experimentales podían o controlar o predecir la frecuencia y duración de las visitas de los estudiantes, mientras que los sujetos del grupo control recibieron visitas al azar. Aunque todos los grupos reportaron que las visitas fueron igualmente placenteras, los sujetos que podían controlar o predecir a la visita mostraron cambios físicos y psicológicos positivos en comparación con el grupo control. Pero el poder de la intervención se notó aún más a largo plazo y en el sentido contrario. A los veinticuatro meses, los ancianos que habían controlado o predicho las visitas de los estudiantes mostraron efectos negativos en su salud. Estos grupos habían tenido control durante el experimento, pero cuando terminó el experimento, terminaron también las visitas de los estudiantes. El efecto de esa pérdida de control a largo plazo fue bastante poderoso, pues lo que perdieron el control se habían empeorado en cuanto a su salud en comparación con el grupo control y mientras que 4 de las 20 personas en el grupo experimental se habían muerto en esos dos años, ninguno del grupo control se murió. En la tabla se ha indicado que estas intervenciones de control han tenido efectos fuertes y deseables, pero también efectos peligrosos.

Otra área en que se ha utilizado el control para mejorar la salud de las personas es en la recuperación después de una intervención quirúrgica. Se postula que la percepción de control ayuda al paciente a superar los aspectos negativos de la cirugía. Un experimento clave en esta área fue el de Langer, Janis y Wolfer (1975). Ellos diseñaron una técnica basada en estudios anteriores de distracción y percepción de control. La técnica ayudó al paciente a ver los eventos negativos desde una nueva perspectiva. La noche antes de la cirugía, un experimentador charló con los pacientes indi-

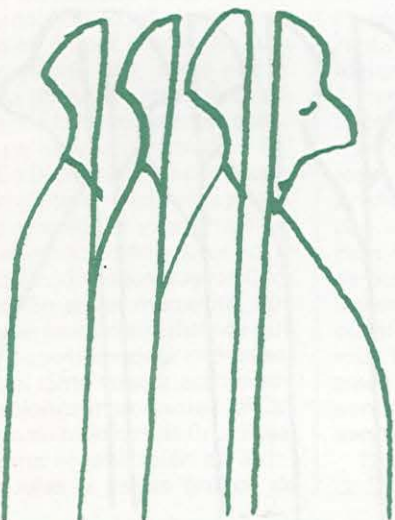
vidualmente. A un grupo les dijo que se puede controlar la ansiedad si se concentra en los aspectos positivos de la operación. Sugirió que se puede tomar a su estancia en el hospital como unas vacaciones y alentó al paciente a pensar en otros aspectos positivos de esta cirugía. El paciente debería de pensar en estos aspectos positivos cada vez que se sentía mal. A otro grupo también se visitó y fueron informados sobre la cirugía, sus efectos, y la alta calidad de servicios médicos. Otro grupo recibió ambas intervenciones y otro grupo sirvió de control. La intervención de control fue eficaz, pues mientras que los pacientes del grupo de la intervención de control necesitaban un promedio de tres pastillas para el dolor, los del grupo de información necesitaban cinco y los del grupo control nueve. Los del grupo de la intervención de control también salieron del hospital más rápidamente que los otros grupos.

Varios autores han postulado que la información puede ayudar a los pacientes porque disminuye la ansiedad y en algunos casos aumenta la percepción de control. En general los estudios en los que se da información a los pacientes antes de la cirugía u otras intervenciones médicas demuestran efectos positivos de la información (Elms & Leonard, 1966; Leonard, Shipper & Woolridge, 1967; Lindeman & Airman, 1971; Schmitt & Woolridge, 1973; Skipper & Leonard, 1968; Tyron & Leonard, 1966). Sirve para disminuir la permanencia del paciente en el hospital además de su consumo de tranquilizantes y pastillas para el dolor. El problema con estas investigaciones es que por lo general no han variado sistemáticamente a la información dada, sino que han mezclado información general acerca de la cirugía, información emocional o consejería con el paciente y técnicas para superar los efectos de la cirugía. Teóricamente estos tipos de información pueden tener efectos distintos en los pacientes, pero la cuestión no se ha resuelto empíricamente todavía. Otra dificultad es que los efectos de la información dependen hasta cierto punto del tipo de personalidad del paciente (e.g., Andrew, 1970; Auerbach, Kendall, Cutter & Levitt, 1976).

Para resumir los estudios sobre la percepción de control, primero es importante señalar que las intervenciones sencillas pueden lograr efectos duraderos y poderosos, hasta en la tasa de mortalidad de los sujetos. El darle a la gente una percepción de control parece ser una de las intervenciones más poderosas, lo que significa que la percepción de control

Bibliografía

- Personality and Social Psychology, 1976, 34, 191-198.
- Leonard, R. Skipper, J. & Woolridge, P. Small sample field experiments for evaluating patient care. *Health Services Research*, 1967, 2, (spring), 46-60.
- Leventhal, H. & Cleary, P. D. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk reduction. *Psychological Bulletin*, 1980, 88, 370-405.
- Leventhal, H., Jones, S. & Trembly, G. Sex differences in attitude and behavior change under conditions of fear and specific instructions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1966, 2, 387-399.
- Leventhal, H. & Niles, P. A field experiment on fear arousal with data on the validity of questionnaire measures. *Journal of Personality*, 1964, 32, 459-479.
- Leventhal, H., Singer, R. P. & Jones, S. Effects of fear and specificity of recommendations upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1965, 2, 20-29.
- Leventhal, H. & Watts, J. Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer. *Journal of Personality*, 1966, 34, 155-175.
- Leventhal, H., Watts, J. C. & Pagano, F. Effects of fear and instructions on how to cope with danger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, 6, 313-321.
- Lewin, K. Group decision and social change. In T. M. Newcomb & E. L. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1947.
- Lindeman, C. A. & Airman, B. V. Nursing intervention with the presurgical patient: The effects of structured and unstructured preoperative teaching. *Nursing Research*, 1971, 20, 319-334.
- Mann, L. The effects of emotional role playing on smoking attitudes and behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1967, 3, 334-348.
- Nowell, C. & Janis, I. L. Effective and ineffective partnerships in a weight-reduction clinic. In I. Janis (Ed.), *Counseling on personal decisions: Theory and field research on helping relationships*. New Haven, CT: Yale University Press, 1982.
- Nowlis, G. & Janis, I. L. Factors influencing the effectiveness of emotional role playing in modifying attitudes and actions. *Yale Studies in Attitudes and Decisions*, 1966.



REFLEXIONES

es una necesidad básica de la gente. Pero no se ha utilizado sino en estudios con ancianos y pacientes de cirugía. Se debería aplicar más sistemáticamente a los pacientes con cáncer, los minusválidos y otros grupos que tienen poca percepción de control.

Comentarios Generales

ESTA revisión ha tomado a la psicología social desde una nueva perspectiva. Hasta ahora, los psicólogos sociales muchas veces se han interesado más en el cambio de actitudes que en el comportamiento. Pero este énfasis en las actitudes es menos útil cuando intentamos cambiar a los comportamientos de salud. Encontramos que algunas técnicas sirven para cambiar a los comportamientos, pero otras no tienen el mismo éxito. La ciencia del cambio de comportamiento es aún más joven que la del cambio de actitudes y hace falta desarrollar, estudiar y evaluar más técnicas basadas en las teorías psicosociales.

Ha habido un problema con las técnicas ya existentes: su falta de utilización. Tal vez por la identidad del psicólogo social como teórico e investigador de laboratorio no ha habido difusión de los resultados, incluso en los casos en los que ya existe una técnica eficaz. Es bastante curioso, pero aunque el experimento de apoyo social para ayudar a la gente a dejar de fumar tuvo éxito, no ha sido repetido con otros grupos; la técnica no se utiliza para el tratamiento de fumadores y ni siquiera se menciona en una revisión extensa de la literatura (Leventhal & Cleary, 1980). Es posible que los que más trabajan en el área de cambiar al comportamiento de los fumadores, que son los modificadores de comportamiento, no lo conozcan o no lo quieran utilizar porque no da ganancias monetarias. Parece que los psicólogos sociales no lo utilizan tampoco, porque se interesan más en cuestiones teóricas que en problemas de tratamiento. Cualquiera que sea el caso, el hecho es que existe una técnica bastante prometedora para ayudar a la gente a dejar un vicio que daña a su salud y no se está utilizando ni estudiando.

Otras técnicas de la psicología social tampoco han recibido el estudio que merecen. Los grupos de decisión de Lewin dieron buenos resultados, pero dejaron a los psicólogos con muchas preguntas sobre el mecanismo de funcionamiento. Tampoco han recibido atención, a pesar de que esas investigaciones se hicieron hace más de treinta y cinco años.

Tal vez una parte de la explicación de este problema sea la dificultad de la repetición por falta de una descripción

adecuada a las intervenciones. A veces los artículos no contenían suficientes detalles acerca de la intervención en sí. Tal vez los psicólogos sociales no creían que alguien alguna vez fuera a utilizar la intervención que habían inventado, o tal vez la intervención se diseñaba para publicar un estudio y no para ayudar a la gente.

La Ética

ESTA revisión ha dado varios ejemplos del poder de las intervenciones psicosociales. Ese poder trae consigo una obligación ética por parte de los investigadores de utilizar a las intervenciones con cuidado. Se ha visto los efectos nocivos de una intervención de control cuando los ancianos dejan de tener control. Conociendo ahora los efectos tan poderosos de la percepción de control, el uso de una intervención donde sistemáticamente tratamos de quitarle a la gente su percepción de control sería contra la ética profesional.

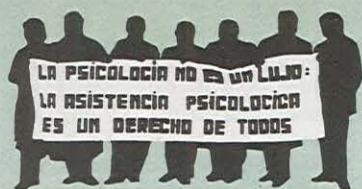
Otra obligación ética que tiene el psicólogo social es la de siempre tratar de mejorar la salud de la gente. Como sabemos que es mejor no fumar, no deberíamos utilizar un grupo control que no recibe ningún tratamiento. El grupo control puede ser trasladado más adelante o tratado con otra variante de la intervención, pero no debe quedar sin tratamiento. Y cuando se intenta persuadir a la gente a cambiar su comportamiento, se debe asegurar de que los cambios sean para su bien. En los experimentos de Lewin, por ejemplo, intentaron persuadir a las madres de aumentar el uso del aceite de hígado de bacalao y del jugo de naranja para sus bebés pequeños. Pero los pediatras hoy en día probablemente no lo recomendarían.

La psicología social puede contribuir al estudio y el mejoramiento de la salud. Hemos empezado apenas a explorar el campo de la salud. De todas las teorías de la psicología social, bien pocas se han aplicado a las intervenciones de salud. Tal vez algunas nunca se aplicarán, pero en general las que ya se han aplicado son bastante promotoras. Al mismo tiempo, todavía existen muchos problemas de la salud donde no hemos explorado la asociación de la psicología social con el problema. Por ejemplo, los pacientes con cáncer muchas veces se sienten fuera de control y algunos psicólogos ya han argumentado que se puede intervenir para mejorar su percepción de control, pero hasta ahora no se ha trabajado sistemáticamente en el área (Taylor & Levin, 1977). Con tan rica tradición de teoría y tantos problemas para solucionar, los psicólogos sociales tendrán muchas oportunidades en el futuro para contribuir al mejoramiento de la salud del pueblo.

Bibliografía

- Platt, E. S., Krassen, E. & Mausner, B. Individual variation in behavioral change following role playing. *Psychological Reports*, 1969, 24, 155-170.
- Radke, M. & Klisurich, D. Experiments in changing food habits. *Journal of the American Dietetic Association*, 1947, 24, 403-409.
- Ramírez, A. & Lasater, T. M. Ethnicity of communicator, self-esteem, and reactions to fear-arousing communications. *Journal of Social Psychology*, 1977, 102, 79-91.
- Rodin, J. & Langer, E. Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, 35, 897-902.
- Schmitt, F. E. & Woolridge, P. J. Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research*, 1973, 22, 108-116.
- Schulz, R. Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1976, 33, 563-573.
- Schulz, R. & Hanusa, B. H. Long-term effects of control and predictability enhancing interventions: Findings and ethical issues. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, 1194-1201.
- Skilbeck, C., Tulips, J. & Ley, P. The effects of fear arousal, fear position, fear exposure, and sidedness on compliance with dietary instructions. *European Journal of Social Psychology*, 1977, 7, 221-239.
- Skipper, J. & Leonard, R. C. Children, stress, and hospitalization: A field experiment. *Journal of Health and Human Behavior*, 1968, 9, 275-287.
- Streltzer, N. E. & Koch, G. V. Influence of emotional role playing on smoking habits and attitudes. *Psychological Reports*, 1968, 22, 817-820.
- Taylor, S. & Levin, S. The psychological impact of breast cancer: Theory and practice. En H. J. Enelow and D. M. Panagis (Eds.), *Psychological aspects of breast cancer*. Technical Bulletin No. 1. San Francisco, CA: West Coast Cancer Foundation, 1977.
- Tyron, P. A. & Leonard, R. C. A clinical test of patient-centered nursing. *Journal of Health and Human Behavior*, 1966, 7, 183-192.
- Wankel, L. M. & Thompson, C. Motivating people to be physically active: Self-persuasion vs. balanced decision making. *Journal of Applied Social Psychology*, 1977, 7, 332-340.





La profesión



EL RECONOCIMIENTO PSICOLÓGICO EN SEGURIDAD VIAL

Ricardo D. Blasco
Rosser Casas Selvas

El tema ya está en la calle. Nuevos Centros de Revisión Médica y Psicológica están iniciando sus actividades y en un futuro muy próximo se incrementará su número en todo el Estado Español, dando cumplimiento al Real Decreto 1467/1982, de 28 de Mayo, aparecido en el B.O.E. de 6 de Julio del mismo año y la O.M. de 22 de Septiembre, B.O.E. de 5 de Octubre.

El momento de aparición de estas disposiciones coincide con los últimos meses de gobierno de UCD, vacaciones estivales de por medio. No tuvo demasiado eco, tanto por su poca difusión extraoficial, como por la circunstancia política de inminente cambio.

En Diciembre, tras el triunfo socialista se inician las primeras reacciones y se detecta el primer núcleo de interés por la instalación de los nuevos Centros. En aquel momento, aún sin seguridad absoluta de que las disposiciones primeras sobre el tema no sufrieran modificaciones importantes, el Colegio de Médicos, la Cruz Roja, alguna organización de auto-escuelas y varios grupos de

particulares se disponen a instalar sus Centros y solicitan información al Colegio de Psicólogos sobre todo lo referente a la exploración psicológica.

Paralelamente, en nuestra Delegación de Cataluña se inician reuniones con los psicólogos interesados en trabajar en dichos Centros, o interesados en disponer de información sobre el tema. También se publicaron algunos artículos en la prensa tocando estas cuestiones, pero de forma muy limitada y más bien centrada en el costo que representaría para el usuario del servicio.

En los Papeles del Colegio de Octubre de 1982, J.M. Pri-

eto Zamora publica unas reflexiones y anuncia la posibilidad de trabajo para psicólogos en Seguridad Vial. Debemos añadir que toda esta cuestión suscitó reuniones en el Colegio de Psicólogos en Madrid, donde se creó una comisión la cual llegó a un conjunto de propósitos, que posteriormente ha sido muy difícil encauzar.

En las reuniones en la Delegación de Cataluña se fue consolidando la necesidad de esclarecer tres tipos de cuestiones: Metodológicas, Deontológicas y Económicas.

El aspecto metodológico estaba claramente determinado por el contenido del Real Decreto, pero nadie sabía como

materializarlo en tests concretos y eficaces, que a la vez fueran serios y rigurosos, desde el punto de vista psicométrico. Se reunió toda la información disponible sobre aparatos válidos y se llegó a la conclusión de que era interesante el diseño de nuevos aparatos expresamente adecuados a este tipo de exploraciones. Así se hizo y hoy disponemos de un microprocesador que es capaz de ofrecer una exploración completa en un tiempo aproximado de quince minutos. Incluye los tests adecuados y presenta los resultados por impresora, para mayor comodidad del psicólogo. Los tests están baremados con una población muestral suficientemente equilibrada y representativa, que deberá de ser ampliada para hacer más potente el baremo, con los resultados de las exploraciones que se practiquen en los Centros donde se use dicho aparato.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la validez global de este examen psicotécnico. Estamos trabajando en investigar su correlación con la predicción de la eficacia en la conducción. En función de los resultados obtenidos iremos modificando los tests e incluso, si es necesario, se diseñarán otros que presente mayor validez.

Un tema que nos queda pendiente es el de las psicopatologías incapacitantes, que el Real Decreto trata en forma genérica y que consideramos que debe ser analizado y concretado para que el psicólogo pueda realizar su labor con un

criterio claro e inequívoco. Pero no es un tema fácil, como todos sabemos, tanto por su amplitud como por lo limitado de la exploración que está previsto realizar.

También hemos creído importante reunir los datos obtenidos en las revisiones psicológicas para hacer un estudio amplio de todo lo referente al factor humano en la conducción profesional en España, o por lo menos en Cataluña, para integrar los resultados al Plan de Seguridad Vial.

Llegado a este punto, queremos dejar constancia de la extraña situación vivida con la Administración. La ausencia de Psicólogos encuadrados en los distintos departamentos ha causado una dificultad de diálogo. Por ejemplo, las inspecciones finales, antes del permiso de apertura a los Centros se han limitado a comprobar que para la exploración psicológica disponían de "un aparato". Naturalmente, el inspector no era psicólogo, ni disponía de conocimientos para entrar en más detalles.

Y es el momento de entrar en el tema de la Deontología. Vimos que la iniciativa de creación de Centros partía ca-

si siempre de médicos o de colectivos de médicos. De una forma o de otra el papel del psicólogo, dentro del esquema de la revisión, está supeditado a los intereses económicos de los propietarios. El psicólogo es un profesional contratado para que explore el mayor número de conductores en el mínimo tiempo y frecuentemente con el aparellaje más barato, aunque sea inadecuado. Podemos aseguraros que conocemos casos tan extremos como pretender medir tiempos de reacción con pruebas de papel y lápiz, o resistencia vigilante a la monotonía con el Toulouse Pieiron, para evitar la inversión necesaria en equipamiento.

Detrás de todo esto se esconde una falta de respeto a nuestra profesión y la prepotencia de los que creen que si un psicólogo se niega a trabajar en condiciones inaceptables, hallarán a otros psicólogos dispuestos a seguir la farsa con tal de trabajar. Lo grave es que el enorme paro en nuestra profesión propicia este tipo de situaciones. Queremos hacer la observación de que no se consigue más que el descrédito y la falta de respeto

cuando un profesional se olvida de los mínimos necesarios para trabajar con seriedad y rigor. Os aseguramos que en la práctica cotidiana se encontrarán con casos que insolubles con su método de trabajo, que les crearán graves problemas morales. Ya estamos viviendo esta situación. Por ejemplo, no se puede utilizar un test que no está baremado y menos negar un permiso de conducción en función de unos resultados ambiguos o mal contrastados, pero tampoco es correcto aceptar indiscriminadamente a cualquier conductor sin saber si está gravemente desorganizado.

Por todo ello, se consideró interesante seguir reuniéndonos para que el grupo de psicólogos encuadrados en los Centros puedan intercambiar experiencias, esclarecer criterios y desarrollar una labor de integración de datos ya descrita antes. En Cataluña están así las cosas.

El tercer tema, el económico, está en otro plano. Las modalidades retributivas se concretan en dos, básicamente: Contratación fija o retribución por acto profesional.

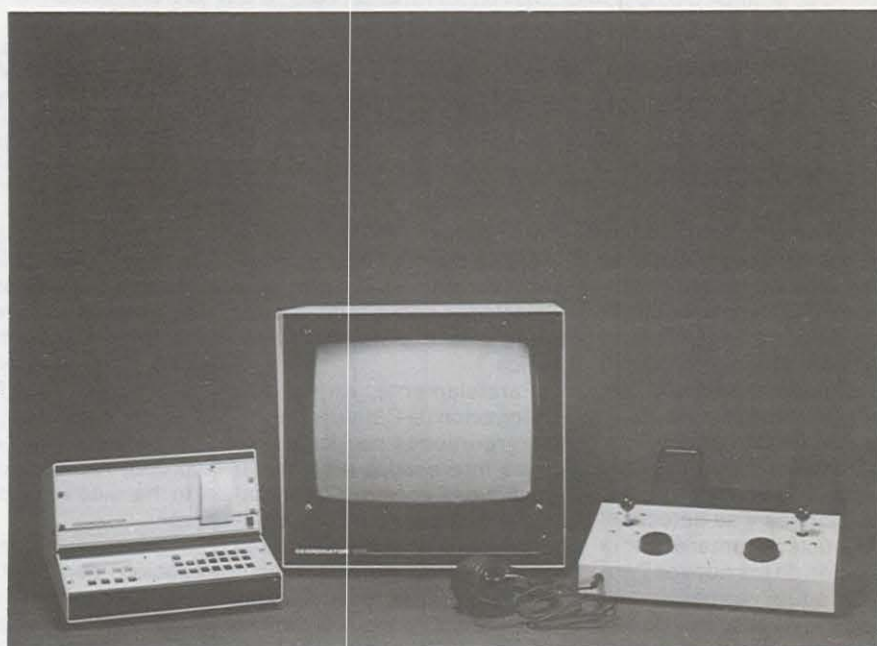
Las cantidades son variables, en función del tiempo contratado o de las exploraciones efectuadas. En el primer caso no podemos comunicaros gran cosa. Sería razonable pensar en retribuciones del orden de 80.000 ó 100.000 ptas/mes a jornada completa. En el segundo caso la retribución está situada dentro del intervalo de las 300 a 500 ptas/acto profesional, en la mayoría de los casos. En ambas modalidades es determinante el número de exploraciones por hora. En el primero porque un número pequeño (una o una y media) harán que el Centro considere que vuestra labor no es rentable. En el segundo porque no será rentable para vosotros. Así pues la solución ideal consiste en disponer del método de exploración rápido, válido y serio, para poder realizar una labor correcta, en un tiempo óptimo. Esa fue la razón que nos impulsó a trabajar en grupo en la Delegación de Cataluña del Colegio de Psicólogos. Y seguimos haciéndolo. Si deseais entrar en contacto con nosotros, estamos a vuestra disposición. ■

BARNI, S.A.

Tamarit, 70
Tel. (93) 223 14 36
BARCELONA-4

- Un sólo equipo para todas las pruebas psicomotoras.
- Tests diseñados y baremados por equipo psicólogos especializados.
- Programación automática y manual
- Resultados impresos
- Aprobado por Inspección Sanidad
- Garantizado por un año

COORDINATOR "2.000"



**EQUIPO PARA TESTS PSICOTECNICOS
EXAMENES CONDUCIR (C, D, E)**

EXPERIENCIAS



PSICOLOGÍA RURAL, UNA REALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS DEL I.N.S.E.R.S.O. DE TOLEDO

M^a del Pilar Moreno

Según la O.M.S., del 1 al 1,5% de la población es deficiente mental. En España existen más de cuatrocientos mil deficientes mentales; aumentan siete mil casos al año. Debido a ésta situación y a que la subnormalidad es evitable en cerca de la mitad de los casos, existe una gran preocupación en los países más avanzados. El Plan Español de Prevención de Subnormalidad ha creado un conjunto de acciones para prevenir este problema y aportar soluciones basadas en un triple aspecto: consejo genético, adecuado control de embarazo y diagnóstico y tratamiento precoces.

El Instituto de Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, inició en 1980 la puesta en marcha de un plan piloto de atención precoz creando 9 unidades de atención precoz en 9 capitales españolas: Navarra, Alava, Burgos, Segovia, Madrid, Córdoba, Sevilla, Baleares y Santa Cruz de Tenerife a las que se sumaron Oviedo, Las Palmas y La Coruña. El objetivo principal era el tratamiento de todos los niños de 0 a 3 años que tuvieran alteraciones en su desarrollo psicomotor y afectivo.

Subnormalidad en la provincia

EN 1975 la Delegación Provincial del I.N.S.E.R.S.O. de Toledo, motivada por la necesidad de "atención precoz" de sus zonas rurales, comienza a trabajar en dichas zonas; varios profesionales se desplazan periódicamente, manteniendo un seguimiento de los niños y realizando charlas y coloquios con los padres. Pronto se vió

la necesidad de seguir tratando a estos niños, cada vez mayores, y muchos de ellos en edad escolar. Dos eran las necesidades patentes:

- 1^a: ampliar la atención hacia niños de todas las edades.
- 2^a: integrarlos, escolar y socialmente.

Movidos por esos mismos objetivos el I.N.S.E.R.S.O. empieza a concebir en Toledo la ubicación de servicios comarcales rurales de orientación psico-pedagógica. Comienzan —con carácter pionero— en Junio de 1981 en la Puebla de Almoradiel, pueblo de 6.000 habitantes situado a unos 90 kilómetros de la capital. (Recordemos que la provincia de Toledo tiene una extensión geográfica de 23.143 hectáreas y en ella residen actualmente 1.568 deficientes mentales).

La experiencia se ubicó en el Ayuntamiento, merced a la iniciativa de la Comisión de Educación del propio Ayuntamiento. El personal allí destinado fue una psicólogo que hubo y ha de entenderse de modo semejante a como actúa en su campo el médico rural: con una serie de problemas que seguidamente detallaremos.

Prevención, detección, valoración y seguimiento

PERO nuestros objetivos eran más ambiciosos que la simple atención a un pueblo concreto, y aprovechándonos del aislamiento y distanciamiento de los pueblos de esta zona geográfica, atendimos también niños de 12 pueblos circundantes (Lillo, El Rome-

ral, Miguel Esteban, Villacañas, Villa de Don Fadrique, El Toboso, Corral de Almaguer, Villa Nueva de Alcardete, Quintanar de la Orden, Urda y Pedro Muñoz).

Nuestro plan de actuación general tenía como objetivo la Prevención, Detección, Valoración y Seguimiento de todos los niños de esta zona Castellano-Manchega.

Para la Prevención llevamos a cabo una serie de charlas coloquio dirigidas a futuros matrimonios, padres y profesores. Los temas giran en torno a la prevención no sólo de la subnormalidad, sino de los trastornos conductuales y comportamentales de los niños.

La Detección se realiza a través y en los centros educativos, siéndonos imprescindible el estar en contacto periódico con los profesores, de los que obtenemos una óptima colaboración. De igual manera coopera el médico rural, quien nos envía los casos que considera oportunos, y de quien obtenemos un apoyo básico.

La Valoración o diagnóstico, lo realizamos en el propio servicio comarcal de la Puebla de Almoradiel, donde tras varias entrevistas con los padres, y en su caso profesores, establecemos un "juicio diagnóstico", que es dinámico y nos es útil en tanto nos sirve para encauzar el tratamiento, reeducación u orientación del niño.

El Seguimiento es periódico y flexible; es menester que no pasen más de tres meses sin volver a hacer una revisión del niño, y volver a mantener entrevistas con padres y en su caso profesores. Hemos de remarcar que el contacto del psicólogo tanto con los padres como con los profesores, no sólo robustece el "juicio diagnóstico" de ese niño, sino que sólo así es posible la integración de ese niño concreto en una familia concreta, con una situación social determinada.

El servicio tenía una peculiaridad: el lugar; éste era aquel donde el niño se encontraba. Esta era nuestra ambición: descentralización en la atención precoz al niño discapacitado; ésta nuestra meta final: crear a partir de la experiencia de éste nuevos y más completos servicios interprofesionales comarcales y rurales, coordinados con el Centro Base del I.N.S.E.R.S.O., situado en Toledo capital.

Cien cuarenta niños atendidos en la comarca

EN el Servicio Comarcal del I.N.S.E.R.S.O., situado en la Puebla de Almoradiel están siendo atendidos más de 140 niños de todas las edades. El único requisito exigido es estar afiliado a la Seguridad Social. En su mayoría eran enviados por profesores y por el propio Servicio de Toledo. Ahora, al cabo de año y medio de iniciada la experiencia, es corriente que vengan por su propia iniciativa, hecho que posiblemente aflore merced a las charlas dirigidas mensualmente a los padres sobre temas educativos.

La problemática de los niños allí atendidos es en términos de porcentaje la siguiente:

— Retraso madurativo psicomotor y de lenguaje . 42%

— Trastornos de conducta	28%
— Enuresis	21%
— Dislalias	10%
— Nivel intelectual Bordineline	10%
— Síndrome de Down	10%
— Encopresis	10%
— Parálisis cerebral	8,4%
— Tartamudez	7%
— Cuadros psicóticos	7%
— Autismo	2,8%
— Deficientes profundos	2,8%
— Otros cuadros	22,4%

Hemos de reseñar que varios de los niños están no obstante enclavados en varios de estos síndromes; tal es el caso por ejemplo de algunos de los deficientes mentales que, al verse sometidos a dificultades de aprendizaje, translucen anomalías en su conducta. Es importante igualmente destacar que varios de los niños con problemas comportamentales y afectivos, están considerados prácticamente como niños deficientes, cuando lo único deficiente era su rendimiento, no su capacidad.

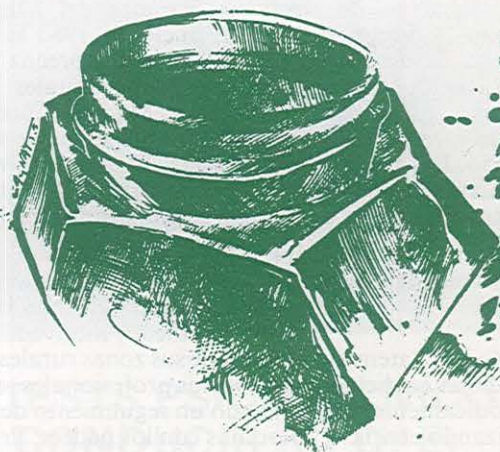
Los niños no son arrancados de su ambiente

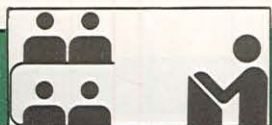
TODOS los niños atendidos en éste Servicio, tras ser sometidos a un proceso diagnóstico, reciben un programa de estimulación o reeducación que padres y profesores llevan a cabo, estando en contacto periódico con la psicología. Muchos de ellos son enviados a otros especialistas para aclarar la etiología del trastorno presentado y enfocar de manera más adecuada su tratamiento.

Cada día se comprueba que es más necesaria la labor multiprofesional y el enfoque interdisciplinar en relación con lo que pudiera englobarse en términos de salud mental. Y es que la atención a la salud mental, al igual que la salud física, debe estar enclavada en microunidades o Servicios Comarcales que atendieran "in situ" a las personas con discapacidad física, mental o sensorial, conectadas y fortalecidas con una macrounidad central o lo que es, en este caso, Centro Base de atención al minusválido.

Con esto pretendemos no sólo sumarnos a la trayectoria que siguen en la actualidad los países más desarrollados (EE.UU., Alemania, etc.) sino dar un primer paso para la "integración" del niño con discapacidad. No arrancamos al niño de su ambiente, pues no tendrá que "irse" donde estén los especialistas sino que son éstos los que irán y estarán donde el niño se encuentre.

Sólo unas líneas para terminar: la integración no es sólo cuestión de los técnicos o profesionales, aunque su labor es importante, sino que precisa la mentalización de la población, que previamente informada y eliminadas las interrogantes que plantea, a veces inquietantes, reconozca el derecho de la persona a ser diferente. ■





21

septiembre

I Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y Reforma Psiquiátrica

El Ministerio de Sanidad y Consumo por primera vez ha reunido en varias mesas redondas a un buen número de profesionales en torno a los problemas de la reforma psiquiátrica. La mayor parte de los componentes de las distintas mesas fueron psiquiatras; en realidad lo eran todos excepto un psicólogo. Las jornadas han sido seguidas por un amplio y variado público especializado.

Pedro Sabando, subsecretario de Sanidad y Consumo abrió las Jornadas con una ponencia sobre Psiquiatría y Reforma Sanitaria. Para Pedro Sabando el objetivo prioritario de la reforma en este ámbito sería *la integración de la psiquiatría en la asistencia sanitaria general, en el marco del nuevo Servicio Nacional de Salud*.

La primera ponencia propiamente dicha de las Jornadas versó sobre aspectos generales de la planificación de salud mental y estuvo a cargo del Dr. J. M. Henderson, oficial regional para Salud Mental de la Oficina Regional Europea, de la OMS. Presentó desde una óptica de la OMS los datos básicos que conciernen a la incidencia de alteraciones emocionales y psiquiátricas en Europa.

A continuación, la Secretaría permanente de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, presentó dos ponencias, la primera, sobre el estado actual de la asistencia psiquiátrica en España —ponencia que incluimos en la documentación de este número por su interés— y, la segunda, sobre salud mental en la atención primaria.

El primer día se contó también con la participación del Dr. O. W. Steinfeldt-Foss, uno de los iniciadores de la reforma psiquiátrica en Noruega. En su comunicación explicó los rasgos fundamentales de esta reforma.

Sobre la problemática actual de los cuidados en salud mental versó la mesa redonda que se celebró el segundo día. Participaron en ella el profesor Conde (catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid y presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría), el profesor Castilla del Pino (catedrático extraordinario de psiquiatría en la Universidad de Córdoba), el doctor Colodrón (director del Centro de Salud Mental "Universidad" de la AISON), el profesor Ruiz Ogarra (catedrático de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Granada), Miguel Costa (único psicólogo que fue invitado a participar en las Jornadas, psicólogo clínico del CPS del Ayuntamiento de Madrid), el Dr. Rallo, jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, y el Dr. Corcés (director del Área Asistencial del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid). Sorprendió a los asistentes a esta mesa la ausencia de propuestas sobre formación continuada de la ponencia del Dr. Conde, cuyo tema era el de la formación de profesionales en salud mental.

La última mesa, comunidades autónomas y problemas de la política sanitaria en salud mental, se desarrolló a lo largo de dos medias jornadas. La primera de ellas fue moderada por José Antonio Espino, secretario de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Alfonso Calvé, director gerente del Instituto de Salud Mental de Madrid, fue el primero en intervenir en esta mesa redonda. Comenzó relatando la historia del Isam. Su creación y puesta en marcha a finales del 81 por parte de la Diputación de Madrid como órgano de coordinación, gestión y planificación de los servicios psiquiátricos de la provincia, supuso, dentro del panorama general de la asistencia psiquiátrica española, un importante cambio de actitud de los gobiernos provinciales; hoy, una vez establecida la autonomía, el camino anterior es un

soporte para la inmediata actividad en este campo. Las acciones del Instituto han ido encaminadas a: racionalizar y dar objetivos al Hospital Psiquiátrico, para la institucionalización y rehabilitar a los enfermos crónicos a través de la unidad de rehabilitación; por otro lado ha acometido actuaciones sobre los conciertos con órdenes religiosas, proponiendo programas de evaluación de los internados y de las posibilidades de reinserción y rehabilitación de los internos; por último ha promocionado estudios sobre la estructura de la población para acometer una zonificación sanitaria y ha puesto en pie la infraestructura básica de información y documentación del Instituto: biblioteca al servicio de los profesionales y de las instituciones. El INSAM realiza programas de formación de equipos para la atención primaria (formación de formadores). Alfonso Calvé se refirió, por último, a los principales problemas con los que se encuentra el equipo que está al frente del INSAM: limitaciones presupuestarias y dificultades de coordinación entre las estructuras de la salud mental dependientes de distintas instituciones (INSA-LUD, AISN, Ayuntamientos).

José Andrés Gorritxo, viceconsejero de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social del País Vasco, intervino a continuación. Indicó la necesidad de que exista un modelo general de todo el Estado que permita un desarrollo legislativo amplio en las autonomías de acuerdo con sus peculiaridades. El viceconsejero vasco señaló las incertidumbres que sería conveniente despejar. La más importante es la ausencia de ese marco general, pues hasta que esté aprobado siempre se dudará si el marco general, cuando se elabore, invalidará lo desarrollado por la autonomía. La autonomía vasca ha elaborado ya un Anteproyecto de Ley del Servicio Vasco de Salud, integrable en la futura reforma sanitaria. En el SVS convergerían todos los servicios públicos sanitarios y sería futuro gestor, integrándose por tanto la psiquiatría en él. El punto de partida para la integración de la psiquiatría en el SVS sería un Plan de Salud Mental. Ya en la actualidad el profesor Auriaguerra coordina un equipo multidisciplinar que elabora un estudio técnico de situación y alternativa. Este estudio, que ya está editado en forma de libro, propone un modelo de asistencia psiquiátrica descentralizado y comarcalizado. Tras la elaboración del mapa sanitario se acometería la reconversión del hospital psiquiátrico, el establecimiento de una unidad

de agudos en los hospitales generales, la integración de los servicios en una red única, la formación de los profesionales, la evaluación sistemática de los planes. Más tarde intervendría Fernando Marquinez, de la Diputación de Vizcaya.

Juan Carles Más, presidente de la Comisión de Sanidad de la Diputación de Barcelona, explicó las perspectivas de la Diputación, no necesariamente coincidentes con las de la Generalitat; ésta aún no se ha planteado los temas sanitarios, aún en manos de las Diputaciones. La Diputación está estableciendo una red de centros de asistencia primaria que trabajen en la comunidad. La idea es ir hacia la constitución de un CAP cada 100.000 habitantes, aproximadamente. En la actualidad existen 15 CAP en la provincia de Barcelona, con un status jurídico diferente de unos a otros. Están ligados a los Ayuntamientos y su función es eminentemente preventiva, tratando de evitar el internamiento. Están a cargo de un equipo multidisciplinario. El balance de su actuación es todavía difícil de realizar. En opinión del ponente hay que señalar en su haber éxitos en externación, en evitación de ingresos y en la disminución de tensión social en el ámbito de internación; en cambio, no es satisfactoria la coordinación entre los CAP y la Seguridad Social, con un evidente peligro de duplicación de la red extrahospitalaria. También el ponente insistió, como los anteriores, en la necesidad de una legislación básica genérica para todo el Estado, no sólo en sanidad, sino también en lo que se refiere al régimen de administración local. La futura Ley de Régimen Local tenía que aclarar las responsabilidades sanitarias de los municipios y de las diputaciones.

Tras Joan Carles Mas intervino José García, director provincial de Salud Mental del Principado de Asturias. Fue uno más en insistir en la necesidad de una legislación básica para todo el Estado. El programa actual de actuación de la Comunidad Autónoma pivota sobre dos ejes: un plan de acción sobre el hospital psiquiátrico y un desarrollo de servicios comunitarios que llegue a convertirlos en alternativos al hospital psiquiátrico y reconduciendo a cada área lo que ahora está en el hospital. Finalmente, no habrá servicios autónomos ni servicios monográficos o especiales, aunque sí programas diferenciados según el patrón epidemiológico de cada área.

A la mañana siguiente continuó la misma

Marco general de la

El quehacer psiquiátrico público se caracteriza por una actividad asistencial muy limitada en sus objetivos y orientación, un nivel de recursos deficiente e incoordinado y una problemática interna compleja, manteniéndose de hecho el sector psiquiátrico marginado de la actividad sanitaria general.

El proceso de la reforma psiquiátrica y de los cuidados de la salud mental, tiene como objetivos básicos a cumplir, el desarrollo de la política socialista en este campo de la salud, esto supone:

1. Hacer general una nueva filosofía de las acciones psiquiátricas donde los cuidados de la salud mental del ciudadano vayan de la mano de una intervención eficaz y del respeto de su libertad.

La concreción de esta perspectiva supone la modernización de los sistemas de cuidado de la salud psíquica y su reordenación, de forma que permitan ir superando los elementos de segregación que mantienen el rechazo social hacia el enfermo mental.

2. Integrar el campo de la actuación psiquiátrica en un nuevo marco sanitario definido en la Ley General de Sanidad y desarrollado a través de la nueva configuración del Estado Autónomo. Su síntesis es el Servicio Nacional de Salud, en tanto que instrumento de integración de las acciones encaminadas a la mejor protección de la salud en un marco de descentralización política y administrativa.

- 1.1. La modernización del sistema de cuidados de la salud mental supone establecer las bases de un nuevo modelo de organización de servicios donde se potencien las acciones desarrolladas en el ámbito comunitario, dentro del entorno social propio del ciudadano, mediante la creación de Unidades de Salud Mental Comunitarias en el ámbito territorial de las áreas de salud y su engarce con la reforma de la Atención Primaria; se reduzcan las necesidades de internamiento por causa psíquica, dando a éste un carácter cada vez más eficiente y especializado y promoviendo al mismo tiempo modos alternativos de hospitalización (domiciliaria, parcial) y



mesa, moderada ahora por Ciriaco de Vicente, diputado, secretario primero de la Mesa del Congreso, que el día anterior no pudo acudir a las Jornadas a moderar esta mesa como en principio estaba previsto. Comenzó interviniendo Juan Torres, de la Diputación de Gerona. Tras describir las características de la provincia y las comarcas sanitarias en que se divide, pasó a una defensa de una "psiquiatría de sector".

Manuel Gómez Beneyto, director técnico del Instituto de Salud Mental de la Diputación de Valencia, fue el siguiente ponente en tomar la palabra. Enmarcó la propuesta de reforma en Valencia en cuatro líneas de trabajo: acciones políticas, jurídicas y administrativas para que toda acción en salud mental dependa de un único dispositivo; gestión orientada a una planificación participada; acciones para la docencia y formación de personal; mecanismos de evaluación que permitan juzgar la calidad de la asistencia. También insistió, como tantos ponentes en la dificultad que supone el no saber bien por dónde va a ir la normativa general y tener que tomar medidas concretas ante situaciones urgentes que pueden más tarde entrar en contradicción con la normativa general. La reforma en el ámbito valenciano se realiza a partir de un plan de descentralización en comarcas, empezando por un plan piloto experimental. Se detuvo de un modo especial en el problema de la asignación de recursos y su rentabilidad; en cuanto a la instauración de mecanismos de evaluación que permitan superar una situación de irresponsabilidades citó el registro acumulativo de casos, el comité de pares y las secuencias de usuarios, describiendo las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos métodos de evaluación.

Tomás de Haro, secretario de la Comisión de estudios de salud mental de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha fue el siguiente en tomar la palabra. Presentó la penosa situación de abandono de Castilla-La Mancha.

José María Morales, consejero de Sanidad y Seguridad Social de Murcia, presentó las características del modelo murciano: establecimiento de un servicio regional de salud mental que abarcará todos los problemas concernientes a la salud mental; equipos de salud mental en las áreas y comarcas fundamentales; remodelación del hospital psiquiátrico hacia la sectorización del mapa sanitario; creación de la unidad de psiquiatría en el hospital provincial.

Baltasar Rodero, representó a la Consejería

de Sanidad de la Diputación Regional de Cantabria. Dio una visión optimista de la situación en Santander. Enjuició positivamente la unidad de agudos de Valdecilla y el hospital psiquiátrico de la Diputación.

Francisco Torres es el viceconsejero de Sanidad y Consumo de Andalucía. Como problemas específicos de Andalucía se refirió a: la extensión del país, como un producto interior muy bajo y con escaso desarrollo de la iniciativa privada, lo que se traduce en sanidad en que prácticamente todos los recursos sanitarios importantes pertenecen a la iniciativa pública. Están elaborando un mapa comarcal de Andalucía. Se creará un Servicio Andaluz de Salud, en el marco del Servicio Nacional de Salud. Para ello han comenzado a elaborar las siguientes líneas de trabajo: elaboración del mapa comarcal de Andalucía creación de patronatos municipales de salud, transferencia de las instituciones del INSALUD y creación de un ente gestor autónomo, creación de un Instituto Andaluz de Salud Mental; teniendo claro que hay que evitar la creación de una red asistencial paralela.

El Instituto Andaluz de Salud Mental se crea como consorcio entre las Diputaciones y la Junta de Andalucía, cuyos objetivos y funciones son las siguientes: desarrollo de un programa comprensivo de salud mental en Andalucía, planificación de los servicios e integración orgánica en el Servicio Andaluz de Salud, momento en que se disolvería.

Entretanto, atenderá los problemas de formación de los profesionales de la salud mental, estudiará las poblaciones de alto riesgo, efectuará un programa tendente a la desaparición del hospital psiquiátrico y la creación de unidades de psiquiatría en hospitales generales.

El último en intervenir en esta mesa y en las Jornadas fue el Dr. Lado Romero, vocal del Consejo Gallego de la Sanidad. Explicó qué es el Consejo Gallego de Sanidad: una coordinación de los Colegios Profesionales, la Facultad de Medicina y los Hospitales del INSALUD y los Psiquiátricos. En estos momentos se va a constituir en Galicia una comisión de estudio que va a proponer un modelo de atención en salud mental.

En general se echa en falta un debate multi-profesional en toda la Propuesta de Reforma que aparece propiciada corporativamente sólo por psiquiatras, lo cual no deja de ser otra oportunidad que puede perderse.

A continuación reproducimos fragmentos de

Reforma Psiquiátrica

las normas legislativas que garantizan los derechos del paciente frente al internamiento forzoso.

Por último, y siendo objetivo irrenunciable la reintegración a la vida social crear nuevas alternativas para el enfermo mental institucionalizado, exigiendo unas condiciones de habitabilidad mínima para el mismo en todos los casos.

2.1. La integración de la psiquiatría en la Sanidad con status de igualdad es una necesidad de primer orden, teniendo en cuenta nuestra realidad asistencial, como forma de hacer desaparecer en forma progresiva la marginación en que se encuentra el usuario con problemas psíquicos, de dar más eficacia a las acciones específicas para proteger la salud mental y permitir un mejor aprovechamiento de los distintos recursos al evitar el solapamiento y duplicidad de actuaciones que conducen a alargar indebidamente los procesos de intervención sobre el paciente, a su cronificación y a un incremento de los costes generales de asistencia.

Dicho objetivo de integración precisa de un desarrollo que cubra los pasos a seguir desde las condiciones de discriminación y dispersión actualmente existentes, en distintos aspectos:

- Integración asistencial, sin perjuicio de tener en cuenta aquellos problemas específicos del sector de Salud Mental que deban ser objeto de una respuesta particularizada dentro del sistema sanitario general. Las medidas a tomar pasan en esta fase de transición por el aprovechamiento y reconversión de los recursos de salud mental actualmente existentes en base a medidas de coordinación y unificación de los mismos.

- Integración administrativa, lo que va a suponer importantes cambios en la realización sanitaria (Servicio Nacional de Salud), y modificaciones legislativas que reordenen el ámbito de competencias psiquiátricas teniendo en cuenta la nueva organización del Estado.

- Integración presupuestaria, donde los servicios psiquiátricos se financien de acuerdo a los presupuestos del conjunto de la Sanidad.

la presentación del Marco General de la Reforma Psiquiátrica realizada en las Jornadas por José A. Espino.

Un nuevo sistema sanitario integrado que asuma la protección de la salud mental del ciudadano, supone una profunda transformación de toda la legislación actual en lo que toca al ámbito de prestaciones, modelo de servicios, consideración de los derechos del enfermo, formación de especialistas y ordenación de competencias y obligaciones en cuanto a la planificación y a la gestión de la asistencia psiquiátrica. O dicho de otro modo, una nueva Ley General de la Sanidad, de Administración Local y de Coordinación Sanitaria, la modificación de los contenidos recogidos en el decreto de internamiento del enfermo psíquico de 1931, en forma que se garanticen sus derechos, del ámbito de competencias que en materia psiquiátrica conserva como legado del PANAP la AISN, modificacio-

nes en la normativa de INSALUD en relación a la enfermedad mental, un nuevo decreto de especialidades médicas, etc.

Junto a estos objetivos generales que enmarcan la política a seguir, es preciso señalar por la urgencia propia de las peculiaridades del quehacer psiquiátrico, un conjunto de medidas para paliar situaciones que exigen de su corrección sin dilaciones.

Acciones a desarrollar a corto plazo y que garanticen al menos unos mínimos asistenciales y de protección para todos, en tanto que exigencia constitucional.

Así, hay que contemplar:

— La utilización conjunta de recursos psiquiátricos existentes mediante fórmulas de colaboración entre las distintas instancias públicas con obligaciones y competencias en salud



6

octubre

Jornadas de Orientación Educativa

Los días 6, 7 y 8 de octubre pasado se celebraron en Madrid, en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, las Jornadas de Orientación Educativa, organizadas por las siguientes instituciones: Asociación de Técnicos de Orientación Escolar y Vocacional en los centros estatales de EGB (ATOEV), Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, Dirección General de Educación Básica (Inspección General de Educación Básica), Instituto Nacional de Educación especial, Sección de Orientación de la Sociedad Española de Pedagogía, y Sección de Orientación escolar y Profesional de la Sociedad Española de Psicología.

Hay que señalar el enorme esfuerzo y trabajo que han realizado las seis instituciones organizadoras y que ha hecho posible la realidad de este encuentro. La asistencia a las Jornadas rebasó con creces todas las previsiones, tanto de material como de locales. El número de inscripciones llegó casi a 800, esta afluencia masiva provocó algunas dificultades, como el cambio a última hora de algunas de las mesas y conferencias a un local mayor, o la falta de material; que tuvieron que subsanarse sobre la marcha, esperamos que de una manera satisfactoria para todos.

Podemos decir, que quedamos gratamente sorprendidos por el interés que las jornadas despertaban, ya que entre los asistentes había equipos enteros de trabajo, SOEV, Multiprofesionales, Psicopedagógicos, de maestros, etc., y además muchos de ellos venían de provincias. Otro dato importante a señalar es la confluencia positiva de diversos profesionales psicólogos, pedagogos, maestros, técnicos en orientación..., que trabajan en el mismo campo desde diferentes ópticas y que durante los tres días de trabajo

se reunieron alrededor de intereses comunes. Este trabajo se plasmó en las conclusiones finales que se elaboraron desde cada mesa y que comentaré más adelante.

La organización fue dificultosa por la gran variedad de temas importantes y la gran cantidad y heterogeneidad de comunicaciones presentadas. El material se distribuyó en 10 mesas redondas, agrupándose bajo un título que les diera unidad. Se desarrollaron, además, tres ponencias, una mesa coloquio y una conferencia.

Las mesas redondas fueron las siguientes:

Mesa redonda n.º 1: Dificultades del aprendizaje, programación educativa y orientación. Con 12 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 2: Recuperación escolar, programas cualitativos de acción. Con 7 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 3: Equipos multiprofesionales, servicios de orientación y grupos de apoyo. Con 6 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 4: Orientación familiar. Con 8 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 5: Planificación de los servicios psicopedagógicos propuesta de coordinación de los existentes. Con 6 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 6: Psicología y municipios. Programas de intervención educativa de ámbito comunitario. Con 5 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 7: Orientación en las instituciones escolares. Con 18 comunicaciones.

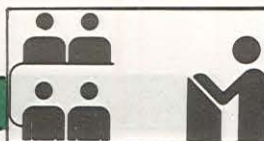
Mesa redonda n.º 8: Orientación en educación especial. Con 6 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 9: Orientación vocacional. Con 9 comunicaciones.

Mesa redonda n.º 10: Metodología en la orientación. Con 8 comunicaciones.

Como se puede apreciar por los títulos en número de comunicaciones de cada mesa, el punto fuerte de las Jornadas fue la orientación en el campo escolar, desde diferentes aspectos y niveles, familiar, vocacional, educacional especial, formación profesional, dificultades de aprendizaje...

Las mesas 3, 5 y 6 presentaron otra perspectiva dentro del campo de la educación, la línea socio-comunitaria de trabajo de los equipos y



mental, en el marco de las Comunidades Autónomas y las Áreas de Salud.

— Medidas mínimas de actuación urgente sobre problemas de especial implicación socio-comunitaria que el sistema de cuidados actual no garantiza, en relación a la atención médico-sanitaria de las drogodependencias, de los trastornos infantojuveniles y psicogeriatricos, y los enfermos crónicos institucionalizados.

— Establecimiento de normas para el reciclaje y formación permanente de los profesionales del primer escalón asistencial en resolución de problemas psiquiátricos y trastornos emocionales, así como en cuanto a la ordenación de los nuevos profesionales en coherencia con la nueva orientación sanitaria.

— Revisión de la normativa del INSALUD en cuanto a la ordenación de los cuidados primarios, la consideración específica de la atención

psicológica y psiquiátrica en el nivel extrahospitalario y el internamiento en las situaciones que se determinen explícitamente.

— Establecimiento de mínimos de carácter asistencial y residencial en los establecimientos y servicios públicos y privados que atiendan enfermos psíquicos, en cuanto a recursos humanos y materiales mínimos, e índices de eficacia asistencial. Exigencia de un cumplimiento de obtención de datos estadísticos y epidemiológicos básicos.

— Establecimiento de normas rigurosas que garanticen la protección del enfermo psíquico, tanto para ser internado, cuando durante su tratamiento en régimen de hospitalización.

Tenemos ante nosotros un conjunto de problemas y una tarea a realizar, donde se precisa del esfuerzo y la colaboración de todos.



servicios psicopedagógicos, dando una panorámica del proceso y situación actual de los programas de intervención comunitaria en el ámbito educativo; así como experiencias concretas de organización en la Comunidad de Madrid, de Murcia, Diputación de Navarra, Andalucía, etc.

Las Jornadas se abrieron oficialmente el día 6 a las 9,30 de la mañana. En el acto de apertura estaban presentes además de las seis entidades organizadoras, María Isabel Gutiérrez Zuloaga, decana de Filosofía y Ciencias de la Educación; Emiliano Madrid Palencia, inspector central de Educación Básica (en nombre de la directora general de Educación Básica), Josep María Bas Adam, director general de Promoción Educativa y el vicedecano de la Facultad, Antonio Medina.

A las 11,30 y después de un breve descanso se desarrollaron las tres ponencias que abrían la parte científica de las Jornadas. "Perspectivas de la orientación actual", por Juan A. del Val; "Perspectivas técnicas de la orientación en España", por Juan García Yagüe, y "La orientación escolar y los procesos de enseñanza-aprendizaje", por Angel Lázaro Martínez. Los tres trabajos daban una visión general desde diferentes puntos de vista, teórico, técnico y metodológico, de la situación actual y futuras vías de abordaje, de la orientación dentro del campo educativo. Por la tarde, de 4 a 9, se realizaron las mesas redondas 3 y 4.

Durante la mañana del día 7, y de 9,30 a 2, los asistentes se repartieron entre las mesas 2, 5, 6 y 8. Por la tarde, con el mismo horario del día anterior, se celebraron las mesas n.º 1, 9, 10 y la mesa coloquio. Esta última mesa titulada "Modelos cualitativos y exigencias de la orientación psicopedagógica" tenía como características la presentación, por parte de Juan García Yagüe y su equipo, de los trabajos que vienen realizando desde hace ya un tiempo sobre la orientación psicopedagógica y posibles modelos de intervención en base al aprendizaje escolar y al diagnóstico.

Las cinco horas en las que se desarrollaron las mesas no se hicieron largas, ya que además de presentar numerosas comunicaciones, se abrió un amplio debate con la idea de dar, en la medida de lo posible, una participación más directa a los asistentes. El proceso de este debate servía, además, para elaborar una serie de conclusiones que fueron leídas en el acto de clausura, con la intención de que los asistentes pudieran tener información completa de todo el desarrollo de las jornadas; ya que sólo podían estar presentes en un número limitado de mesas. Por el elevado número de comunicaciones y de público en muchas ocasiones se llegó al final con algunos temas apuntados pero no discutidos en toda la profundidad que hubiéramos deseado, pero pensamos que éstas pequeñas dificultades quedaron subsanadas por el gran interés e importancia de los temas debatidos.

El día 8, a las 9,30, cerró la parte científica del programa la conferencia pronunciada por el profesor Yela, titulada "Orientación: individualidad y solidaridad", que puso el broche final a todo el recorrido teórico, técnico y metodológico sobre la orientación, desarrollado a lo largo de los tres días, y que conjugaba las variables individuo-sociedad.

A las 12 comenzó el acto de clausura oficial de las Jornadas. En primer lugar, Jesús Asensi (S. E. de Pedagogía), leyó las conclusiones elaboradas por cada mesa, y que por ser el material final de las sesiones de trabajo, y por lo tanto el producto más tangible de las jornadas, reproducen en su totalidad.

CONCLUSIONES:

Mesa Redonda n.º 1

Se ha manifestado la necesidad de basar el diagnóstico de las dificultades del aprendizaje sobre observaciones sistemáticas e instrumentos de medida y evaluación de la conducta que posean una sólida base teórica.

Es necesario concentrar los esfuerzos en la búsqueda de modelos de intervención que incidan directamente sobre las dificultades del aprendizaje detectadas durante el proceso de evaluación.

Se propone la necesidad de evaluar desde una edad temprana los procesos psicológicos y lingüísticos básicos para el rendimiento académico.

El aprendizaje de estrategias cognitivas y autoinstruccionales ha demostrado ser capaz de lograr que los niños hiperactivos mejoren su aprendizaje.

Algunos estudios recientes sobre los NBR de los programas Renovados para el Ciclo Inicial han demostrado que sólo el 23 por 100 de los NBR se pueden considerar adquiridos satisfactoriamente. Los tanto por ciento de los NBR superados por áreas oscilan entre el 68 y 78. De esto se deduce la necesidad de ajustar y mejorar los objetivos que se propone al Ciclo Inicial.

La orientación psicopedagógica del alumno del Ciclo Inicial se basará en el desarrollo y utilización de criterios referenciales curriculares básicos que satisfagan las necesidades del alumno como individuo único que es.



Mesa Redonda nº 2

Existe un descuido por parte de la Administración hacia la organización de la recuperación y la enseñanza compensatoria.

Es necesaria la dotación de personal especializado en los centros psicólogos y orientadores escolares.

Se requiere una revisión en la formación inicial del profesorado y en su permanente formación.

Urge buscar soluciones a las dificultades de integración de los departamentos psico-pedagógicos, en el funcionamiento de los centros.

Es imprescindible afrontar el abandono que existe hacia la orientación del alumno que cursa F.P.

Mesa Redonda nº 3

Los equipos multiprofesionales se conciben como servicios socio-comunitarios de apoyo a la escuela.

Se acepta el principio de sectorización, como ámbito de actuación, si bien falta delimitar que criterios lo configuran. En todo caso su campo específico de trabajo debe ser la comunidad educativa, especialmente la escuela.

Los EEMM deben estar formados básicamente por los siguientes profesionales: pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, médicos.

Es preciso que la Administración determine claramente: Su línea de actuación en materia orientativa. Que de acuerdo con la política de integración escolar en instituciones ordinarias dote a los centros de los recursos y personal especializado.

Es necesario que la Administración amplie

suficientemente la actual red de equipos de apoyo por entender que estos son una pieza básica en el sistema escolar, para prevenir el fracaso y conseguir que el alumno reciba una orientación suficiente.

Las unidades de Educación Especial en el sistema ordinario son frecuentemente segregadoras. Por ello se propone la transformación de estas en unidades de apoyo dando prioridad a la integración completa en todos los casos posibles.

Mesa Redonda nº 4

Es necesario que el orientador conozca al niño, no sólo en su situación escolar sino también en su contexto familiar para que actúe sobre ambos.

Es preciso que el orientador escolar reciba una formación adecuada en técnicas de orientación familiar.

Urge la creación y desarrollo de Escuelas de Padres y de un organismo que respalde su funcionamiento en orden a establecer sus objetivos y modelos de trabajo. El trabajo del orientador no debe disociarse de la labor de la Escuela de Padres.

Mesas Redondas nº 5 y 6

Es necesario que se actúe con rigor científico en los diferentes modelos de intervención, seguimiento y evaluación.

Urge implicar al profesorado en los modelos de intervención para que el sistema educativo proporcione un mejor desarrollo en el niño y genere una mejor calidad de vida y de salud mental.

Es necesario la coordinación, integración y utilización coherente de todos los servicios que actúan en la comunidad escolar.

Que estos servicios comunitarios realicen sus programas de acción con carácter preventivo.

Se plantearon dos líneas de actuación: Una red única de servicios, estructurada alrededor de los Municipios. Integrando la educación como un elemento prioritario de la vida comunitaria. Unos servicios centrados y ubicados en el propio centro escolar.

Mesa Redonda nº 7

Partiendo de una reflexión crítica de los modelos de orientación existentes se ofrece otro alternativo concretado en las siguientes características: La Orientación ha de estar plenamente integrada en todo el proceso educativo. La orientación no es un hecho puntual (ni hacia los alumnos en un momento concreto, ni hacia procesos en una determinada etapa), sino que se enmarca en todo el período de la escolaridad. La orientación debe propiciar condiciones de salud mental para el individuo y los grupos que participan en la escuela. Debe realizarse por una labor de equipo en la que han de intervenir los técnicos de orientación y los profesionales de la enseñanza. La orientación tiene como objetivo fundamental optimizar el proceso educativo y el desarrollo de capacidades intelectuales, afectivas, sociales y profesionales con una clara finalidad preventiva. La orientación ha de estar dirigida a todos los estamentos implicados en la educación: alumnos, profesores, padres e institución escolar. Para llevar a cabo este modelo es necesaria la institucionalización de la figura del orientador en la escuela, puesto que mejora la calidad de la enseñanza, la renovación pedagógica y posibilitaría el acceso al trabajo de muchos profesionales de la psicopedagogía.

Mesa Redonda nº 8

La orientación en educación especial supone una acción mucho más amplia que la normalmente desarrollada: prevención, atención al régimen escolar y de trabajo, apoyo familiar,



estimulación precoz, entrenamiento especializado, vida comunitaria y ocio.

La formación profesional como elemento imprescindible en el proceso de adaptación social del deficiente, debe quedar estrechamente conexiada con el programa de acción escolar.

Es suficiente el desarrollo de la orientación en educación especial en nuestro país.

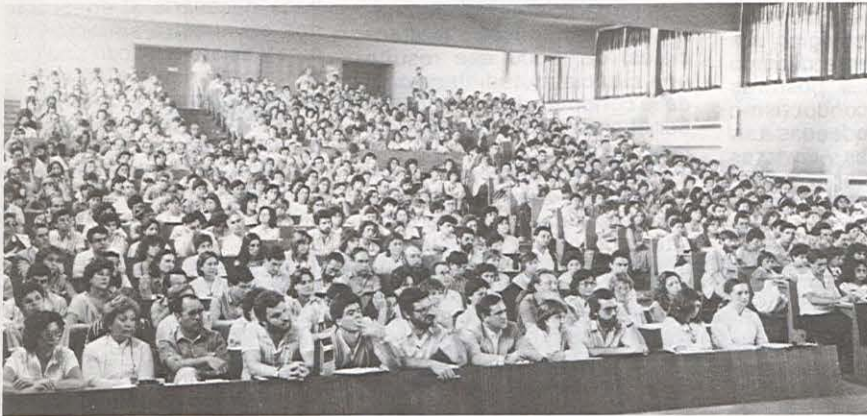
En el campo de la deficiencia mental es importante potenciar la orientación profesional de los sujetos. Se hace necesario la integración de la educación especial en los Institutos de F.P.

dianter modelos cualitativos los aspectos deficitarios en el proceso educativo.

Proseguir los estudios sobre estrategias y programas de estimulación cognitiva, para lo cual sería conveniente la utilización de una red de centros experimentales que transmitan sus conclusiones a los centros educativos.

Necesidad de orientar a padres y profesores sobre los niveles de exigencia de los sujetos para que se adecuen a la realidad de los mismos.

Continuar los estudios sobre sujetos y situa-



Mesa Redonda nº 9

Se reivindica de la Administración la urgencia de la creación de departamentos de orientación en los Centros de Enseñanza Media. Es necesario que la orientación escolar y vocacional forme parte del "currículum" académico en todas las facultades de psicología.

Se debe fomentar cursos de reciclaje en "estrategias de intervención" en orientación escolar y vocacional para los psicólogos orientadores.

Se solicita que los Ministerios de Educación y Cultura en coordinación con el Ministerio de Trabajo realicen investigaciones prospectivas respecto a las expectativas profesionales a corto y medio plazo.

Mesa Redonda nº 10

Es urgente la integración de la investigación científica con la práctica de la orientación educativa lo que se traduce en la creación de redes de información entre todos los profesionales de la orientación.

Es imprescindible lograr la unificación de una terminología técnica a escala estatal que facilite el intercambio y la fiabilidad de los estudios.

Es necesario que la Universidad a través de las Cátedras de Orientación Educativa, aglutine las experiencias de los grupos y de los individuos dedicados a la orientación, facilitando diseños de investigación en este área.

Se requiere potenciar la dinámica de grupos como marco conceptual y metodológico que posibilite la formación de los orientadores.

Es preciso que en la formación de orientadores se atienda a los conocimientos teóricos y técnicos y a las competencias específicas requeridas para el proceso orientador efectivo.

Mesa Coloquio

Potenciar la orientación en los diferentes niveles educativos con especial incidencia en los comienzos y finales de ciclo o etapa.

Realizar análisis científicos de situaciones escolares que sirvan de soporte a una programación educativa.

Potenciar la utilización de modelos cualitativos diferenciales de diagnóstico e intervención escolar, sobre los cuantitativos.

Necesidad de detectar científicamente me-

ciones excepcionales como base de la singularización educativa.

En el transcurso del acto se leyó también un comunicado final de los orientadores del S.O.E.V.



Cerraron el acto Haydee Albera en representación de la S.E.P., Arturo de la Orden Presidente de la S.E. Pedagogía, Carlos Camarero Presidente de la Delegación de Madrid del C.O.P., y Manuel de la Rocha, Consejero de Educación y Juventud de la Comunidad Autónoma de Madrid; que hicieron una valoración del significado de las Jornadas y del trabajo a desarrollar en un futuro desde las distintas instituciones, científicas y políticas.

Consuelo Escudero Alvaro

LAS PSICOLOGIAS QUE NOS HAN LEGADO Y SU CONFLUENCIA NECESARIA

Mucho se ha escrito sobre el concepto, la naturaleza científica y el objeto de estudio de la psicología. Muy pocos puntos de común acuerdo se han podido establecer. A pesar de ello, hoy en día nadie pone en duda el importante papel que la psicología está llamada a desempeñar en nuestra sociedad contemporánea. Está muy lejos de nosotros el concepto que en su día se tuvo de aquella rama de la filosofía que versaba sobre el tratado y la doctrina del alma; muy lejos, del concepto que hoy tiene sobre la psicología esta sociedad nuestra que demanda su ayuda. La psicología, como ciencia de la conducta del organismo humano inmerso en su medio social, histórico y cultural, tiene una gran misión que cumplir, tanto en la mejora de la vida presente como en la contribución al progreso por un futuro más humano. Esta función de utilidad social de la psicología del siglo XX es la que le condiciona su alejamiento de la metafísica y su irrupción en el campo de las ciencias.

La psicología se independiza de la filosofía a lo largo del siglo XIX, desde el momento en que sustituye el tradicional afán teórico y especulativo sobre el alma humana, por el estudio experimental de la conducta que desarrollan los organismos en sus medios. El hecho de que este cambio se produjera gracias a los avances realizados por hombres que procedían de disciplinas científicas dispares, con el empleo de métodos muy distintos entre sí, y que partían de posturas ideológicas y filosóficas opuestas, ha contribuido, en mi opinión, a la gran confusión que reina todavía sobre la identidad conceptual de la psicología como ciencia, y a la falta de unanimidad en la definición de su objeto de estudio.

Al nacimiento de la nueva psicología científica contribuyeron los estudios neurológicos de Bell, Magendie y Broca, entre otros: los cambios intro-

ducidos en la psicopatología por Janet y Charcot; la psicología animal de Thorndike; el primer laboratorio de Wundt; la psicometría de Galton y Binet; los descubrimientos clínicos de Freud; la fisiología reflexológica de Pavlov; y, por qué no, la tradición filosófica anterior que contribuyó a la fenomenología de Husserl y la psicología de la Gestalt.

Todo ello ha favorecido que el panorama psicológico actual se nos presente dividido entre dos grandes posturas irreconciliables (conductismo y psicoanálisis), rodeadas a su vez por otras varias y diversas (Gestalt, reflexología, psicología humanista, existencial, etcétera). Mientras que el laboratorio de Wundt y el conductismo de Watson y Skinner encuentran su continuidad en la actual psicología de la conducta, y el psicoanálisis de Freud y sus discípulos encuentran la suya en las psicologías dinámicas actuales, la misma filosofía kantiana tiene sus influencias en psicólogos como Allport, Stern o Lewin.

En los tres caminos citados se han alcanzado grandes cosas en el conocimiento del ser humano. De tal modo, que hoy podemos asistir a procesos de acercamiento e integración muy prometedores. Creo que tanto el hombre afectado en su vida por problemas de índole psicológica, como la sociedad humanista que todos anhelamos, reclaman y demandan nuestra ayuda. Es precisamente esta función social de la psicología la que, una vez más, está determinando su integración multidisciplinar como múltiple conocimiento del ser humano y sus problemas vitales consigo mismo y con los demás.

No considero anacrónica la crítica que en 1880 hiciera Dilthey de la psicología de su época: "Los grandes escritores no se preocupan por las percepciones sensoriales o los umbrales, pero comprenden al hombre en su entera realidad."

Son esclarecedoras unas recientes palabras pronunciadas por Carlos Gurméndez mientras comentaba la obra de Xavier Zubiri: "La ciencia experimental sufre una crisis de saturación fáctica que impide reflexionar seriamente sobre sus propias conquistas. De otra parte, debido a su positivismo lógico y lingüístico, la ciencia se ha aislado del mundo viviente, desarrollando una férrea lógica deductiva que limita y estrecha la actividad libre y sintética del pensamiento. La consecuencia es una dispersión del saber cien-

tífico en una multiplicidad de conocimientos que se ignoran entre sí."

Esta es a mi parecer la actual situación de los psicólogos: "Multiplicidad de conocimientos que se ignoran entre sí." De ahí que postule la integración de los diversos enfoques proporcionados por las distintas posiciones existentes de investigación psicológica (organistas, conductuales, psicodinámicas o existenciales) de modo que resulte una ciencia multidimensional de la conducta del ser humano beneficiosa para el hombre y la sociedad.

Esta integración por mí defendida no sólo responde a una necesidad derivada de la situación clínica y asistencial que establecemos con lo que Henry Ey llama "el objeto mismo de la psicología, el hombre total", sino que viene a resolver un problema común con toda la ciencia de nuestro tiempo: la carencia de sistemas generales que integren, interrelacionen y sintetizen la enormidad de conocimientos científicos que hoy se ignoran entre sí. Carencia denunciada por la Society for General System Research en su defensa de la Teoría General de Sistemas. Teoría de la que podemos encontrar un valioso paralelo dentro de nuestro propio mundo cultural en el perspectivismo de Ortega y Gasset.

El ser humano que demanda nuestra ayuda no lo hace exclusivamente desde una parte trastornada de un ser (relación sexual, habilidad social, pensamiento alterado, tic nervioso, etc.), sino desde su integridad total como persona. No es sólo un deficiente, un psicótico o un sujeto con problemas de conducta. Es también un ser humano con todas sus cualidades y habilidades personales.

Esta multiplicidad de funciones de la persona que demanda nuestra ayuda, precisa de la diversidad de profesiones y los diferentes puntos de vista que han de confluir en nuestra labor diagnóstica, orientadora y terapéutica. Es por ello que, a mi entender, hoy más que nunca necesitamos de la colaboración multiprofesional y multidimensional de todas las ciencias implicadas en la salud mental de la comunidad.

Es decir, que si el enfoque teórico de las ciencias de la salud mental ha de ser de naturaleza multidimensional, el abordaje técnico se ha de efectuar por medio de equipos multiprofesionales. La visión teórica multidimensional viene determinada por la misma

naturaleza de la realidad humana, puesto que todo acontecimiento, incluso lo que nos acontece al encontrarnos con el presente texto, puede ofrecer diversos niveles de lectura: físicos, químicos, biológicos, sociales, culturales, conductuales, fantasmáticos y existenciales. El abordaje técnico realizado por medio del equipo multiprofesional se hace necesario al encontrarnos en nuestra situación clínica y asistencial con una persona total inmersa en su ambiente concreto y único.

La Psicología no puede dejar de considerar que cada ser humano es el resultado de un complejo proceso de evolución y desarrollo constituido por:

- 1) el conjunto de programas genéticos individuales
- 2) que se despliegan en el ambiente facilitador de la relación armoniosa madre-hijo (Winnicott, Balint)
- 3) haciendo posible el normal proceso de aprendizaje (Pavlov, Skinner)
- 4) de modo que por manipulación del ambiente e interiorización de las acciones vaya surgiendo la inteligencia (Piaget)
- 5) y junto con el proceso de individualización frente a los otros (Lacan)
- 6) el niño acceda a la función simbólica, el lenguaje, la cultura y la socialización
- 7) que abran la posibilidad de alcanzar una vida humana plena de sentido (Frankl)

Precisamos de todos nuestros conocimientos psicológicos, clínicos y experimentales, biológicos y sociales, conductuales y dinámicos, para tener acceso al ser humano sujeto de nuestra labor diagnóstica, orientadora y terapéutica.

Hace cien años que, por diversos caminos, se inició el quehacer científico de la psicología al servicio del hombre: Thorndike publicó su "Inteligencia animal" en 1898; la "Interpretación de los sueños", de Freud, apareció en 1900, y la "Teoría del condicionamiento", de Pavlov, salió a la luz dos años más tarde. Resulta una tarea tan difícil como insoslayable el intentar que las corrientes que fluyen de sus descubrimientos confluyan en un enriquecimiento integrador, nunca ecléctico ni sincrético, de la Psicología de los años venideros. A pesar de ello, más difícil aún resultaría que alguien se negara a aceptar los avances que en estos cien años de historia científica y clínica nos han legado.

Francisco Javier Alba

Por exceso de originales nos vemos obligados a resumir al mínimo la *información colegial* de este número de *Papeles, Psicólogos*. Entre otros originales dejamos para la próxima entrega de nuestra revista el segundo capítulo de la serie sobre las delegaciones, centrado en la de Andalucía Oriental. Escuetamente nos limitamos en esta entrega a dar cuenta de los primeros preparativos del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.

Entrevista a Carlos Camarero

I CONGRESO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

Bajo el lema "Psicología, desarrollo humano y calidad de vida" y el slogan "Una profesión con medios para una sociedad con necesidades", el Colegio Oficial de Psicólogos está preparando para finales de mayo el I Congreso de la profesión. Este I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos cuenta con un Comité Organizador, que es la Junta de Gobierno Estatal y un Comité Ejecutivo, cuyos componentes figuran en recuadro aparte. De él forma parte, como secretario general, el Decano del Colegio, Carlos Camarero. ¿Por qué organiza el Colegio este Congreso?

—No tiene nada de extraño que nuestro Colegio, visto el desarrollo alcanzado, lleve a cabo un primer encuentro de todos los profesionales a nivel estatal. Es una manera de afirmar nuestra presencia ante la sociedad española. Además, el Congreso va a permitir, tanto en la sesión como, sobre todo, en el proceso de su preparación, conocer la realidad profesional en las distintas áreas de intervención.

—¿Quiere eso decir que va a tratarse de un Congreso orientado al análisis del pasado más que a la plasmación del futuro?

—En absoluto; el Congreso planteará las bases para el desarrollo normativo del psicólogo en todos los órdenes, especialmente en los aspectos deontológicos y estatutarios. Lo que es evidente es que no es posible abrir perspectivas de futuro a la profesión si no en base al conocimiento de la realidad social. Y sobre todo hará un repaso de todas aquellas áreas donde está presente la actividad profesional, analizando técnicas, modelos, problemas, contenidos, etcétera.

—¿Cómo va a estructurarse el desarrollo del Congreso para que alcance sus objetivos?

—El Congreso se estructurará en dos bloques de contenido perfectamente diferenciado: contenido programado y contenido abierto.

—¿Contenido programado y contenido abierto?

—Sí. El contenido programado estará integrado por conferencias, ponencias, paneles y mesas redondas; todo ello está estructurado en diver-

PSICOLOGIA

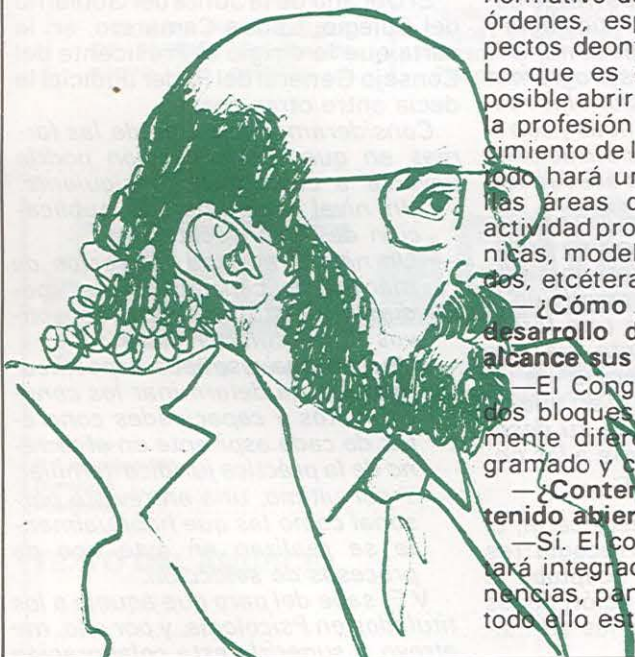


DESARROLLO
HUMANO

CALIDAD
DE VIDA

"Una
profesión
con medios

para una
sociedad con
necesidades"



sas áreas y al frente de cada una de ellas estará un Comité Técnico de Área. Son actividades que por su cualidad requieren una programación, control y coordinación rigurosa por parte del Comité Ejecutivo y del Comité Técnico de Área.

—¿Y el contenido abierto?

—Se realizarán sin esa intervención, y queda su estructuración a las

exigencias de los profesionales concretos.

—¿Y en qué consistirán?

—En sesiones interactivas y encuentros.

—¿Podrías enumerarme las áreas en que se va a estructurar el contenido programado?

—Son cinco: psicología y profesión; psicología educativa; psicología y salud; psicología, sociedad y calidad de vida, y psicología del trabajo.

—¿Cómo participar en el Congreso?

—Bueno, hay dos posibles vías para participar según en cual de los diversos tipos de actividades se quiera intervenir, en las programadas o en las abiertas. Cualquier colegiado puede inscribirse hasta el 28 de febrero y cualquier otra persona lo podrá hacer hasta el 1 de abril. La secretaría del Congreso está ya en funcionamiento en la sede del Colegio, en Fernández de los Ríos, 87. Ahí se puede recabar una información completa. De todas formas está a

punto ya el Pre Programa del Congreso donde se recoge toda la información necesaria.

—¿En qué fecha va a ser pues el Congreso?

—Del 21 al 25 de mayo de 1984.

—¿Dónde se celebrará?

—En el Palacio de Exposiciones y Congresos de Madrid.

COMITE EJECUTIVO

Carlos Camarero
secretario

Dositeo Artiaga
tesorero

Adolfo Hernández

Florencio Jiménez

Víctor M. Pérez

Pablo del Río

Helena Thomas
secretaria administrativa

AREAS

Psicología y profesión

Coordinador: Adolfo Hernández

Psicología educativa

Coordinador: Pablo del Río

Psicología y salud

Coordinador: Carlos Camarero

Psicología, sociedad y calidad de vida

Coordinador: Florencio Jiménez Burillo

Psicología del trabajo

Coordinador: Víctor M. Pérez

Facultades independientes de psicología

Sobre la independencia de las Facultades de Psicología de las Universidades Autónoma de Madrid, Central de Barcelona y Valencia, la Junta de Gobierno hizo llegar a todos los subsecretarios de la Administración del Estado una carta firmada por el Decano Carlos Camarero en la que entre otras cosas se decía:

Quiero hacerle llegar la inquietud que entre los profesionales de la Psicología (así como en el ámbito universitario) ha suscitado el hecho de que exista justificación debido al elevado porcentaje de paro que arrojan los psicólogos, para no desarrollar de una forma independiente la enseñanza de la Psicología en dichas Facultades.

Es evidente que no hay razones que justifiquen ese hecho, ya que la Psicología tiene los mismos problemas que otras carreras universitarias en cuanto a la introducción de sus licenciados en el ámbito profesional. Yes, en muchos casos, debido precisamente a que la Psicología no ha podido desarrollarse adecuadamente en Facultades específicas eliminando todo aquello que es propio de otras carreras "filosóficas" y que nada tienen que ver con la Ciencia del Comportamiento; donde radica en gran medida la falta de especialización de nuestros profesionales.

Por otro lado, el paro también viene determinado (dejando a un lado la crisis económica que a todo trabajador afecta) por la falta de una especialización postgrado en instituciones adecuadas, conforme a las exigencias que presenta la población en orden a los componentes psicológicos del desarrollo educativo, de prevención de la salud, del proceso productivo, de salud mental, etc.; y de dar cumplida cuenta de las necesidades de investigación en Psicología y que sólo puede venir determinado por una adecuación de los programas a las necesidades profesionales reales en Facultades específicas y con el desarrollo de las especializaciones convenientes en Centros adecuados.

Es por todo ello por lo que le intereso en considerar en una próxima reunión de Subsecretarios este hecho y posibilite el desarrollo de la Psicología en España de una forma científica e independiente, ya que todo ello es una exigencia de la misma Ciencia en el nivel en que se encuentra hoy en día y de su desarrollo profesional conforme a las necesidades de la población.

Un mes después de esta carta, el Boletín Oficial del Estado recogió tres decretos en los que se aceptaba la posibilidad de transformación de las correspondientes Secciones de Psicología en Facultades.

Asesoría a los Juzgados de familia

Ante la inminente creación de Equipos Técnicos de Asesoría a los Juzgados de Familia, en los que van a figurar psicólogos, la Junta de Gobierno del Colegio se ha dirigido al Excmo. Sr. D. Federico C. Sainz de Robles, Presidente del Consejo General del Poder Judicial, ofreciendo la colaboración del Colegio para estructurar el sistema de acceso a los mencionados equipos.

El Decano de la Junta del Gobierno del Colegio, Carlos Camarero, en la carta que le dirigió al Presidente del Consejo General del Poder Judicial le decía entre otras cosas:

Consideramos que una de las formas en que esta selección podría llevarse a cabo sería la siguiente:

- Un nivel preliminar de publicación de la convocatoria,
- Un nivel previo de valoración de méritos de cada aspirante, mediante el estudio de los respectivos "Curriculums Vitae";
- Una prueba diseñada específicamente para determinar los conocimientos y capacidades concretas de cada aspirante en el terreno de la práctica jurídico-familiar,
- Y por último, una entrevista personal como las que habitualmente se realizan en este tipo de procesos de selección.

V.E. sabe del paro que aqueja a los titulados en Psicología, y por ello, me atrevo a sugerirle esta colaboración

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

FORMACION EN PSICOANALISIS. El Grupo de Estudio Psicoanalítico de Vigo, dió comienzo a sus actividades 83-84. Programado en 3 años y subdividido en partes: Teórica, Clínica y Técnica. Dirigido a Licenciados, según la modalidad de grupos reducidos, supervisiones y trabajos de campo. Contempla Escuela Freudiana, Inglesa, Francesa y otros desarrollos. Información en el Tel. 41 44 81 -Gran Vía, 118- Vigo.

SEMINARIO para Psicoanalistas Infantiles. Tres años de duración. Un día a la semana. Santa Teresa, 5 1ª planta. Tel. 419 89 42.

PSICOPEDAGOGIA clínica: diagnóstico y tratamiento de las dificultades de aprendizaje. Curso de un año de duración (octubre a julio) dirigido a psicólogos, pedagogos, profesionales afines y estudiantes. Coordinador: licenciado Alberto Limardi Artese. Lugar: Santa Teresa, 5, 1ª planta. Teléfono: 419 89 42.

ETHOS, gabinete de psicología y análisis transaccional. Avda. Felipe II, 15, 3º D. Madrid-9. Teléfono: 431 69 98. Formación completa de psicoterapeutas en análisis transaccional.

CURSO PARA DEJAR DE FUMAR. Grupos de apoyo. Sin pastillas, ni

acupuntura, ni fotos atemorizantes. Información: Tel. 231 52 59 (comidas).

ESCUELA DE PSICOANALISIS GRUPO CERO. Abierta la matrícula al seminario Signund Freud. Una hora de clase y dos de grupo. Un día a la semana. Dirigido a cuantos se relacionan con la salud y la educación y el campo de la intersubjetividad. Ferraz, 22. Madrid-8. Tel.: (91) 242 33 49.

PSICOANALISIS, teoría y técnica, iniciación. Dirigido a terapeutas, Médicos, Psicólogos, Docentes, estudiantes último curso. Organiza el Centro Psicoanalítico de Investigación. Profesor: Alicia Montserrat, Psicólogo-Psicoanalista. Inscripción e información, en c/ Alvarez Gato, 9, 1º B, Madrid-12. Tel: 231 43 66, de 12 a 20 h.

CENTRO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA. Seminario de Rorschach (prácticas y sesiones clínicas). Inscripción en la Secretaría del centro. Teléfono: 241 60 35.

SEMINARIO PARA PSICOANALISTAS. Tres años de duración. Un día a la semana. Santa Teresa, 5, primera planta. Teléfono: 419 89 42.

PSICOPATOLOGIA DINAMICA, curso introductorio, análisis y diagnósticos clínicos. Dirigido a terapeutas, Médicos, Psicólogos, estudiantes último curso. Organiza: Centro Psicoanalítico de Investi-

gación. Inscripción e Informes en: c/ Alvarez Gato, 9, 1º B, Madrid-12. Tel: 231 43 66, de 12 a 20 h.

GABINETES

NIÑOS. Psicóloga, psicoanalista. Consulta de 5 a 8. C/ Espartero, 1, 2º piso. Tel. 21 87 00. Málaga.

INSTITUTO DE PSICOTERAPIA HUMANISTICA. Formación teórica, técnica, terapéutica, didáctica y supervisión. Programa básico de formación en psicoterapia humanística para postgraduados (2 años). Formación superior: A) programas de especialización: terapia gestalt, análisis transaccional, sexología y sexoterapia humanista, etc. (2/3 años). B) Programas superiores para profesionales de la enseñanza y para profesionales de la clínica (en preparación). Régimen intensivo para que puedan ser seguidos por un residente en cualquier lugar del Estado. Información: Instituto Psicoterapia Humanista, calle Condal, 3, 5º. Teléfono (93) 317 29 29. Barcelona-3.

SERVICIO DE REHABILITACION PSICOTERAPÉUTICA DE TOXICOMANOS. El tratamiento incluye aspectos físicos (cura de desintoxicación y seguimiento farmacológico) y aspectos psicológicos (elaboración interna de los estados toxicomaniacos). Servicio de Rehabilitación

Psicoterapéutica de Toxicómanos. Sanatorio Psiquiátrico del Doctor León. Plaza de Mariano de Cavia, 3. Madrid-7. Mañanas 433 29 48. Tardes 270 24 87.

CENTRO Fritz Peris de Psicología. Gestalt, terapia aplicada (psicoterapia, psicopedagogía, cursos de formación). Puerto Maspalomas, 8. Teléfono: 215 88 56. Reservar hora.

NEUROPSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA. Fernando El Católico, 3, 3º izq. Consulta, previa petición de hora. Teléfonos: 449 40 45 y 448 35 39.

HA NACIDO el Centro de Psicología y Pedagogía Burgeta, en Alcalá, 97 (Madrid). Tel. 276 12 50. Ofrecemos nuestro local y los medios de que disponemos a gabinetes y psicólogos particulares para actividades conjuntas. Estamos abiertos a vuestras aportaciones e ideas.

GABINETE de Orientación Psicológica EOS. Cursos a Psicólogos. Psicoterapia reeducación lenguaje-Reeducación lécto-escritura.

ANALISIS DE CONDUCTA y asesoramiento comportamental. Programas de intervención y entrenamiento en niños, con y sin retardo en el desarrollo. Tel. (953) 28 66 50. Avda. del Sur, 12, 1º F. Granada.

Colegio Oficial de Psicólogos

PAPELES del COLEGIO

BOLETIN DEL ANUNCIANTE

Colegio Oficial de Psicólogos
Fernández de los Ríos, 87. MADRID-15

Para tener acceso a nuestra sección de anuncios gratuitos cualquier colegial puede enviar este boletín con el texto que desee insertar.

Apellidos Nombre
Nº de colegiado
Domicilio D.P. Provincia
Población

TEXTO DEL ANUNCIO

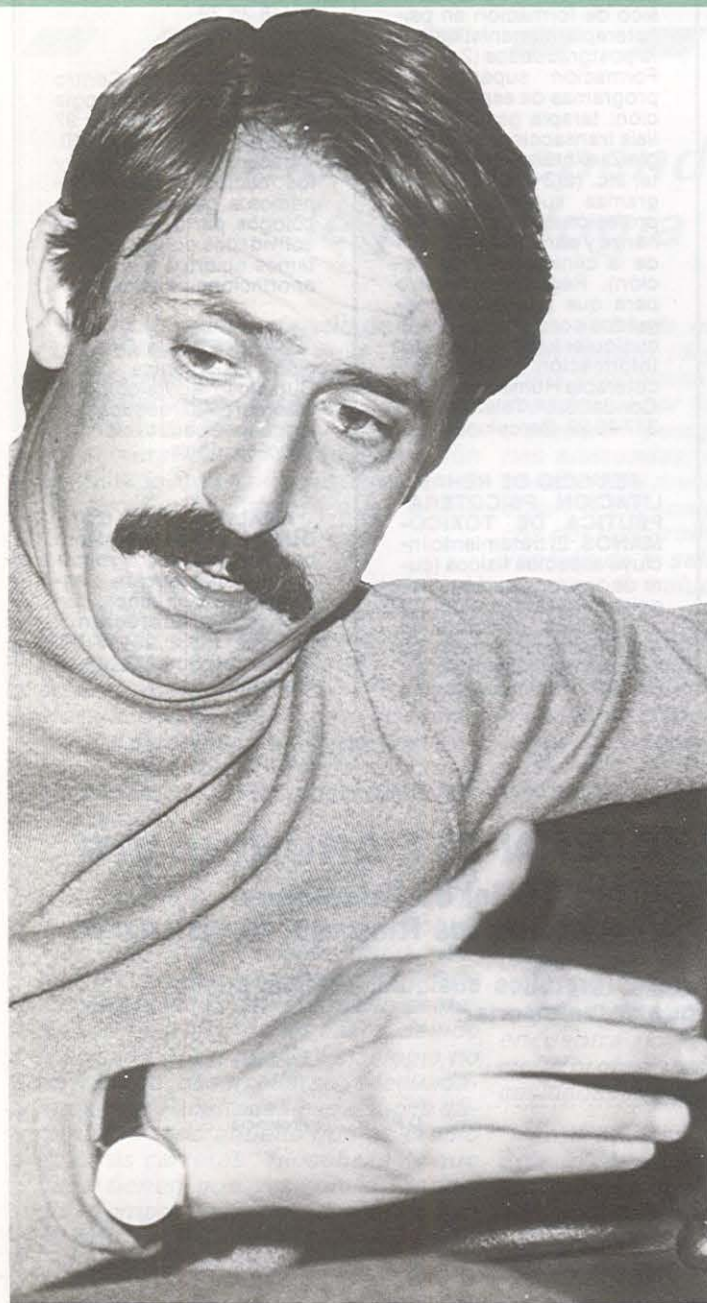


entrevista

José Antonio Espino,

Secretario de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

"La integración de la psiquiatría dentro de la sanidad tiene que hacerse a nivel administrativo, a nivel asistencial, y tiene que hacerse a nivel financiero también"



¿Desde cuándo está constituida la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica?

La Comisión se aprobó en una orden ministerial del mes de agosto, y todavía está pendiente de constituirse como tal. Está presidida por el ministro y en delegación suya por el subsecretario; la constituyen los directores generales del Ministerio, el director general del INSALUD, el subdirector general de la AISNA y luego seis vocales elegidos por el presidente de la Comisión entre profesionales de la salud mental. Estos profesionales todavía en este momento no han sido elegidos.

—¿En esa Comisión ocupas el puesto de secretario?

—Soy el secretario de la Comisión; la Secretaría como tal tiene un grupo de apoyo. Formamos una Secretaría permanente. Las funciones de esta Secretaría permanente son las de preparar la documentación básica a presentar a la Comisión y redactar los acuerdos formales de la Comisión.

—¿Existen criterios para elegir los profesionales que van a ser vocales de la Comisión?

—Los profesionales son de libre designación del presidente de la Comisión. Lo ideal sería que ese conjunto de profesionales representaran, de alguna forma, a todos los sec-

tores que están de alguna manera por un proceso de cambio en la Psiquiatría, en la salud mental. Hay una limitación clara y es que son sólo seis personas; se va a intentar que esas seis personas puedan representar de alguna forma un poco todo el amplio conjunto de profesionales que están por un proceso de cambio.

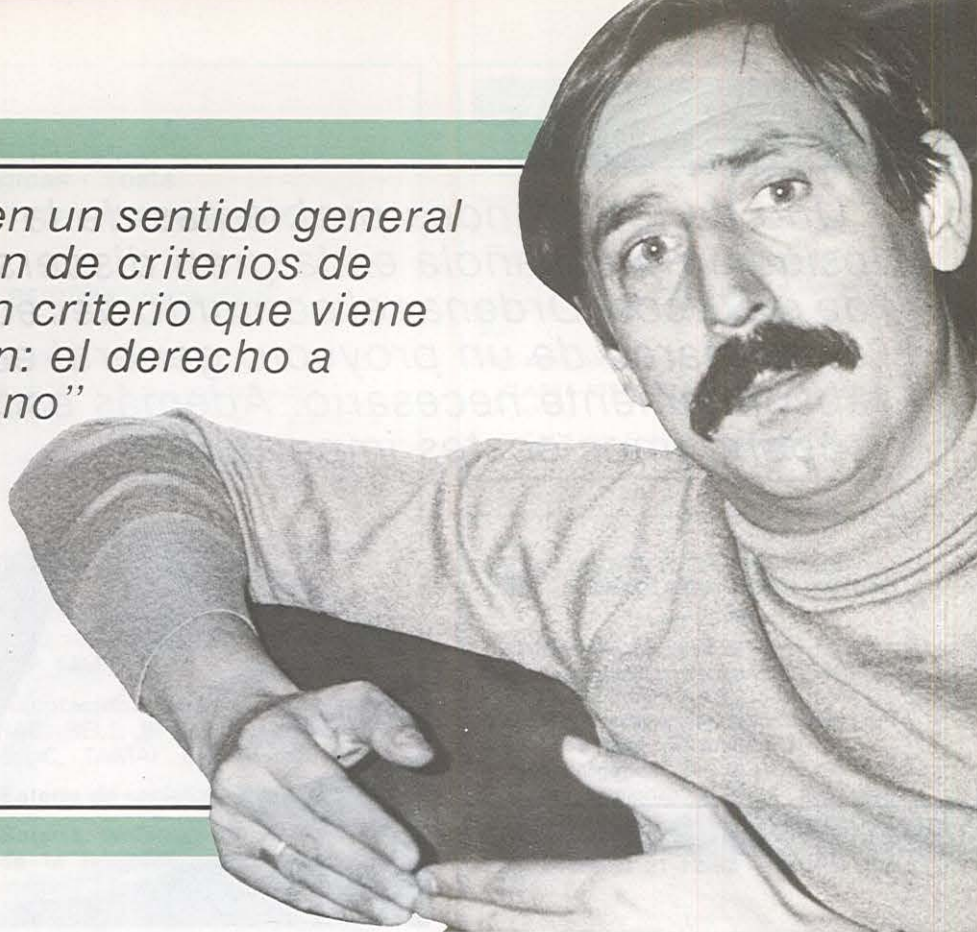
—Para precisar, ¿serían representativos de las instituciones profesionales? Esquemáticamente, ¿la Comisión está prevista como un organismo de diálogo con la sociedad, incluso con los sectores opuestos al cambio, o como un organismo de elaboración de las propuestas de cambio?

—Esos profesionales van a estar a título personal. Lo importante es que ese grupo, esos seis profesionales, tengan un factor de representación; que el conjunto de profesionales sí que se vean reflejados en una serie de personas, aún cuando ellos estén a título personal para un trabajo conjunto de elaboración de unas normas básicas.

—¿Cómo va la elaboración por la Secretaría, qué es lo más estable en estos momentos?

—El primer trabajo y la primera medida que se tomó fue el organizar las jornadas. Algunos aspectos eran importantes, como la presencia de

"El proceso de reforma en un sentido general supone una modificación de criterios de carácter benéfico por un criterio que viene dado por la Constitución: el derecho a la protección al ciudadano"



representantes de la Organización Mundial de la Salud. Además las jornadas permitirán escuchar al conjunto de profesionales interesados en la salud mental, conocer sus criterios. Al mismo tiempo permitirá a la Secretaría de la Comisión presentar unos documentos de trabajo en los que se definiera la situación en la que nos encontramos, tanto a nivel legislativo como a nivel asistencial y a nivel administrativo. A partir de las jornadas, la Secretaría está trabajando básicamente en dos cuestiones: establecer un documento base que se integre en la propia Ley General de Sanidad y que al mismo tiempo sirva como una definición de cuál es el marco básico a nivel de normas que es necesario modificar para que sea posible el propio proceso de la Reforma. Por otra parte, estamos trabajando en una serie de medidas puntuales, de medidas concretas, que definen cuáles son los mínimos que desde la perspectiva de la protección de la salud es preciso contemplar y tratar de articular con la mayor rapidez posible, lógicamente en diálogo con las comunidades autónomas.

—¿Nos podrías adelantar algunas de las medidas mínimas y algunos de los puntos básicos del documento a incorporar a la Ley General de la Sanidad?

—El documento está en un

proceso de elaboración y se prepara para la Comisión; por ello no te puedo adelantar gran cosa. De todas maneras, por ejemplo, una de las cuestiones sobre la que estamos trabajando más especialmente es todo lo que se refiere a medidas de aprovechamiento y coordinación de recursos y reconversión. Medidas que, en sí mismas, no suponen inversiones importantes ni aumentos de costos importantes, sino que son más bien de carácter normativo y administrativo, que hacen posible un mejor aprovechamiento de los recursos.

—¿Se debe a la situación económica general del país y a la lógica vigilancia del Ministerio de Economía y Hacienda?

—Indudablemente es un hecho que las posibilidades de financiación son limitadas. Pero no sólo es eso. Es que uno de los grandes problemas de la psiquiatría española es la gran dispersión de recursos, las grandes dificultades de coordinar unos recursos con otros; ordenar el conjunto de recursos en el marco de un proyecto general es absolutamente necesario. Además eso en principio no supone unos costos importantes, sino que se trata de medidas de diversa índole. Claro, también tiene problemas, pues hay una serie de dificultades por tratarse instancias diferenciadas con patrimonios distintos y con ti-

pos contractuales con el ciudadano distintos: no es la misma la legislación que establece seguridad social con el asegurado, que la relación que establece la Aisna con el ciudadano a través de unas tasas; es decir que hay toda una serie de problemas.

—Sí, hay una complejidad indudable. ¿La materialización del estado de las autonomías y la transferencia de competencias no va a añadir aún más complejidad a esta situación?

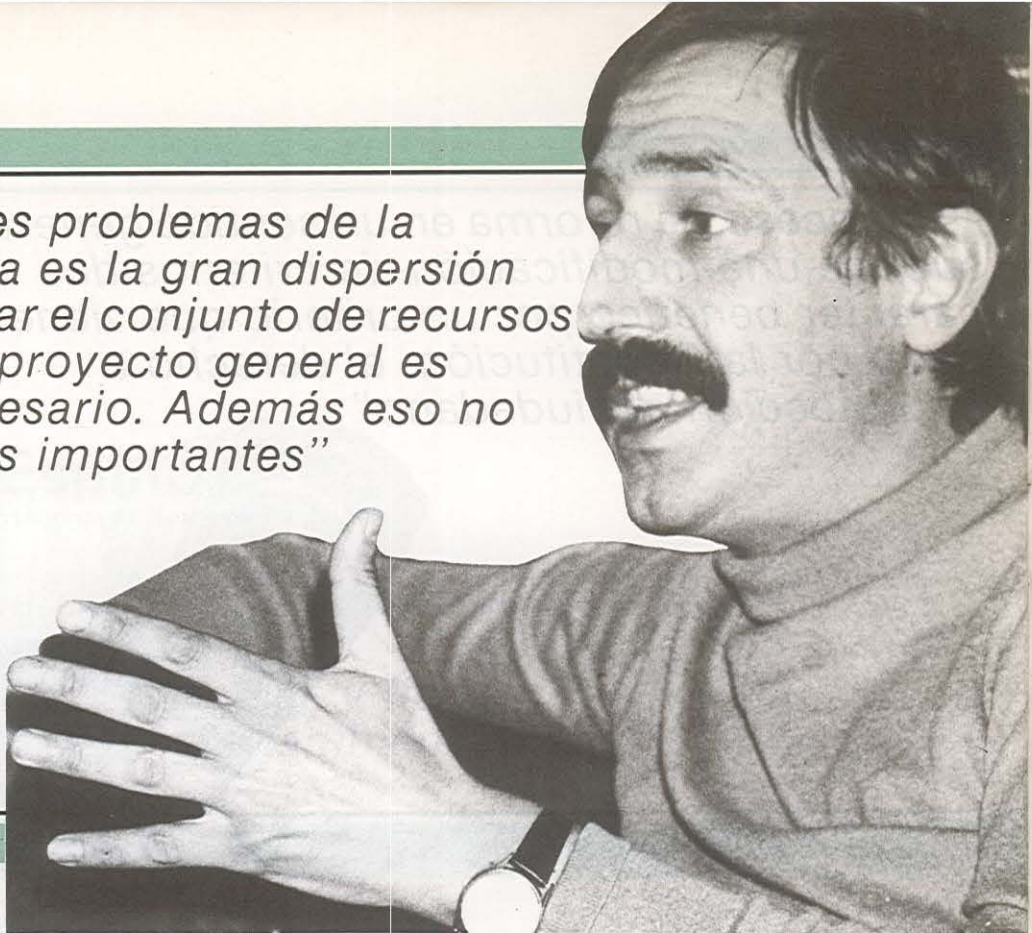
—El proceso tiene un nivel de complejidad mayor, lo cual no quiere decir que no pueda tener mayor nivel de operatividad. El nivel de complejidad es mayor porque está realizándose a la vez lo que es una reforma sanitaria hacia un Servicio Nacional de Salud, con lo que supone de complejidad, y lo que es el proceso de transformación del Estado desde un estado centralista a un estado autonómico. El hecho de que los dos procesos tengan que ir a la vez, integrándose uno y otro, aumenta el nivel de complejidad. Ahora, la posibilidad de eficacia también va a ser mucho mayor. ¿En qué aspecto la posibilidad de eficacia puede ser mayor? En el sentido de que la coordinación de recursos y el aprovechamiento de los mismos en el marco autonómico, puede gestionarse y desarrollarse de una manera más ágil

que desde la perspectiva de un estado de tipo centralista.

—Al menos teóricamente, eso es cierto. ¿La presencia aquí en las Jornadas de representantes de las distintas autonomías te ha reafirmado en tales criterios?

—Los representantes de las comunidades autónomas que estuvieron en las Jornadas han planteado aspectos distintos en unas comunidades u otras, porque también el estado de desarrollo de los planteamientos psiquiátricos en unas comunidades y otras es distinto; no es lo mismo el desarrollo que en este momento existe ya a nivel de concepto, e incluso a nivel de medidas en el País Vasco que en Castilla-León o Extremadura. Los procesos son diferentes en cada comunidad autónoma. Lo que sí ha habido es una gran uniformidad de criterio, en cuanto a la necesidad de que se defina desde la Administración central un marco general que permita a las distintas autonomías el propio desarrollo, y en este sentido ha sido bastante general una cierta queja por parte de las diversas comunidades autónomas sobre las no existencia de un marco definido que permitiera a cada cual saber en qué situación se está. Luego, los criterios que se han planteado sobre qué se está haciendo y cómo se está planteando en cada comunidad autónoma la salud men-

"Uno de los grandes problemas de la psiquiatría española es la gran dispersión de recursos. Ordenar el conjunto de recursos en el marco de un proyecto general es absolutamente necesario. Además eso no supone unos costes importantes"



tal, ha habido bastantes matices de unas comunidades a otras.

—¿Matices que podrían llegar a ser contradictorios dentro de un marco general? ¿La diferencia de orientación política en la dirección de los gobiernos de las autonomías puede ser fuente de distintas orientaciones? ¿Podemos encontrar conflictos en orientaciones de fondo entre autonomías y gobierno de la nación?

—Creo que no. Te diría un ejemplo concreto: los representantes del País Vasco mantenían criterios que de entrada hace ver que es posible una negociación clara y acuerdos sobre la gran mayoría de los temas: Desde el criterio de integración de todo lo que es el área de salud mental dentro del sistema sanitario, dentro del servicio vasco de salud, etc... hay toda una serie de criterios que coinciden con los criterios del Gobierno.

—¿Prevéis resistencias al cambio en el cuidado de la salud mental?

—La situación de la psiquiatría de nuestro país es lo suficientemente deficitaria como para que sea necesario un acuerdo global sobre los criterios básicos de lo que hay que hacer; en ese sentido, no creo que pueda haber grandes dificultades, porque los criterios básicos de la reforma son unos criterios como en este

momento se entienden en toda sociedad desarrollada occidental. Otra cosa distinta es la serie de dificultades que puede haber en el propio desarrollo. Pero me imagino que similares a las que se dan en otras áreas de la reforma.

—Entonces ¿qué ha pasado en Andalucía? Algunos periódicos han informado de que ha habido una fuerte resistencia a cambios en la asistencia psiquiátrica que ha originado modificaciones en la política inicial ¿esto es así?

—No conozco bien el problema. Creo que hay algunas cuestiones que sí puedo aclarar: en las comunidades autonómicas de carácter pluriprovincial, como es el caso de Andalucía, la responsabilidad de los problemas psiquiátricos de una diputación, son de esa diputación, de manera que lo que ocurre en la diputación de Jaén no tiene por qué ser lo mismo que lo que ocurre en la de Granada o en la de Sevilla. En este sentido tampoco es una responsabilidad de la comunidad autónoma como tal en este momento y no digamos ya a nivel del Estado. Me imagino que ahí se han podido dar problemas concretos a nivel de planteamiento en una diputación.

—¿Y otro tipo de resistencias entre el personal quizás más difusas y menos achacables a mala voluntad?

¿Ideas de la asistencia como beneficencia, marginación?

—Si no cambian, no hay reforma; pero son una realidad histórica. Es decir que el hecho de que la atención a los problemas psiquiátricos ha sido considerado como la atención a un sector marginal de la sociedad, la ha vinculado al área benéfica y a la beneficencia. Lo que pasa es que el proceso de reforma en un sentido general, que es donde desde la perspectiva en la que el Ministerio se sitúa indudablemente, supone una modificación de criterios de carácter benéfico por criterios que vienen dados por la Constitución: el derecho a la protección de la salud del ciudadano; eso sí que supone una transformación clara y en este sentido el proceso de reforma sanitaria hacia un servicio nacional de salud en el que se integran los servicios de salud mental y la psiquiatría suponen una transformación esencial desde una consideración básicamente benéfico-asistencial, a una consideración de derecho en tanto que ciudadano. Ese marco tiene una incidencia sobre la propia modificación de la cultura, no sólo en el área de los profesionales, sino en el área de la población; pero la integración, eso es más lento...

—¿A qué niveles se va a integrar la atención a la salud mental en la reforma sanitaria?

—A todos los niveles; la integración de la psiquiatría dentro de la sanidad tiene que hacerse a nivel administrativo, a nivel asistencial, y tiene que hacerse a nivel financiero también; la psiquiatría, desde una perspectiva asistencial, tiene que integrarse en lo que es el dispositivo sanitario, en la atención primaria, en la atención especializada, etc... A nivel financiero también; es decir, que los recursos para salud mental, sean recursos que le vengan de los recursos sanitarios, que no haya ningún tipo de discriminación. Y lo mismo en un sentido administrativo.

—¿Cómo va a ser la integración, de los profesionales especializados en salud mental?

—Lo que te puedo adelantar es que en la medida en que se vaya hacia un modelo de servicio distinto del actual, modelo de servicios en el que se pida un trabajo en el ámbito comunitario y una consideración no estrictamente asistencialista de la problemática psiquiátrica, sino una consideración sanitaria en un sentido integral, en la medida en que se vaya hacia ese modelo la demanda de recursos humanos profesionales va a crecer. Primero hace falta aprovechar los recursos humanos que ya tenemos y luego habrá que ampliarlos. ■

Daniel Iríbar



TEA Ediciones, S. A.

Publicaciones Psicológicas - Tests
Material educativo - Librería especializada

MATERIAL Y SERVICIOS PSICOPEDAGOGICOS

Preescolar y ciclo inicial

- **Inteligencia y desarrollo** (WPPSI, WISC, Terman, McCarthy, Columbia, Factor "g"-1, etc.).
- **Aptitudes para el aprendizaje** (Preescolar, BAPAE, Valett, Aptitudes Cognoscitivas, Boehm...).
- **Lecto-escritura** (Lectura 1 y 2, ABC, EDIL...).
- **Personalidad y clínicos** (ESPO, Depresión-CDS, Pata Negra, Fábulas de Düss, TAT Escolar, CAT, Frostig, Reversal, Prediagnóstico infantil-P.IP).
- **Programas de estimulación y recuperación** (En áreas perceptiva, motora, espacio temporal, lenguaje, lecto-escritura, etc.).

Ciclo medio en adelante

- **Test de inteligencia general** (D-48, D-70, Factor "g"-2 y 3, etc.).
- **Baterías diferenciales** (PMA, AMPE, APT, TEA, DAT, etc.).
- **Aptitudes específicas** (Memoria, atención, percepción, técnico - mecánicos, etc.).
- **Personalidad** (CPQ, HSPQ, 16 PF, EPQ-A y J. EPI, CEP, MMPI...).
- **Adaptación, intereses, hábitos** (IAC, BELL, IP de Thurstone, Kuder-C, TAMAI, CIPSA, IHE, SIV).
- **Batería de socialización: BAS.**
- **Batería pedagógica: Evaluación de la lengua castellana** (ciclo medio); 33 pruebas objetivas.

Servicio de corrección mecanizada de tests y pruebas de rendimiento (Listado y/o ficha individual con acumulación y ordenación de datos e informaciones estadísticas de grupo y población).

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.



EDICIONES MORATA, S. A.
C/ Mejía Lequerica, 12
MADRID-4 Tel. 448 09 26

NOVEDADES:

- DECROLY: El juego educativo. 500 ptas.
- LE BON: Psicología de las masas. 500 ptas.
- LEITENBERG, H.: Modificación y Terapia de Conducta (Tomo II: Infancia y Juventud). 2.000 ptas.

PROXIMA APARICION:

- CLARKE-STEWART: Guarderías (Serie Bruner, nº 15).
- CHANDEZON: El análisis transaccional.



INSTITUTO DE PSICOLOGIA Y SEXOLOGIA HUMANISTICA

Enero 1984

"Desarrollo integral de la persona" - Seminario Didáctico Permanente. Comienzo: 16-1-84. Lunes 7 a 9. C/ Anzuola, 2 - Madrid-2. Coordina: Teresa Fernández Herrera - Psicóloga - Directora IPSH.

"Bioenergética" - Curso Teórico - Práctico. Comienzo: 18-1-84. Miércoles 7 a 9. Coordina: Teresa Fernández Herrera.

Información, entrevista previa e inscripción: Desde el 21-12-83. Teléfono: (91) 638 83 34.



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

Colegio Oficial de Psicólogos
DELEGACION DE MADRID

DELEGACION DE MADRID CURSO: "PSICOPATOLOGIA DINAMICA EN RORSCHACH. 4 SEMINARIOS MONOGRAFICOS

"La personalidad neurótica en el Rorschach". (20 y 21 de enero 1984).

"La personalidad psicótica en el Rorschach". (17 y 18 de febrero 1984)

"Rasgos psicóticos y estados límite en el Rorschach" (16 y 17 de marzo 1984).

"Disfunciones psicosomáticas a través del Rorschach". (6 y 7 de abril 1984).

Profesor Pedro Pérez García (Vicepresidente de la Sociedad Española de Rorschach y Psicólogo de la Fundación Jiménez Díaz - Clínica Nuestra Señora de la Concepción, Madrid). Métodos Projectivos.

12 horas cada seminario: viernes de 16-20 h. y sábado de 9 a 13 y de 15-19 h.

Aportaciones clínicas al psicodiagnóstico con la técnica de Rorschach (Sistema Exner e interpretación dinámica).

Precio: Colegiados . 10.000 ptas.
No colegiados 15.000 ptas.

Para la inscripción es necesario un suficiente nivel de experiencia en la técnica de Rorschach (Sistema comprensivo de Exner).

Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

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

CENTROS DE RECONOCIMIENTO MEDICO PARA CONDUCTORES



PRECIO TOTAL
375.000 ptas.

POLIRREACTOMETRO SENSOMOTOR INFORMATIZADO REIN-V (Autorizado por Sanidad)

PARA MEDIR:

- LAS REACCIONES MULTIPLES
- LA VELOCIDAD DE ANTICIPACION
- LA ATENCION CONCENTRADA
- LA COORDINACION BIMANUAL

CONFORME A LO DISPUESTO EN EL REAL DECRETO 1467/82 DE 28 DE MAYO SOBRE ACTITUDES SENSOMOTORAS PARA LA OBTENCION O RENOVACION DE LOS PERMISOS DE CONDUCIR DE LAS CLASES C, D Y E.

DISPONIBLE PARA TODO EL TERRITORIO NACIONAL. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS. 6 MESES DE GARANTIA.

EQUIPO COMPUESTO DE:

- MICROORDENADOR DE 64 K RAM
- LECTOR DE CINTAS DE CASSETTE
- MONITOR COLOR
- PAREJA DE CONTROLES
- MESA COMPACTA CON TODOS LOS MECANISMOS DE CONSTRUCCION MODULAR
- DOS CINTAS DE PROGRAMAS CON LA APLICACION

PROGRAMAS OPCIONALES:

- TESTS DE INTELIGENCIA Y PERSONAL
- CONTABILIDAD DE CENTROS MEDICOS
- TRATAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS
- EMISION DE CARTAS Y DOCUMENTOS, ETC.

PORTES, SERVICIO DE INSTALACION Y CURSILLO DE APRENDIZAJE INCLUIDOS

MICRO SYSTEM EDIFICIO SEVILLA-2, AVDA. SAN FRANCISCO JAVIER S/Nº
SEVILLA-5. TELFS. (954) 63 57 11 y (954) 63 56 07