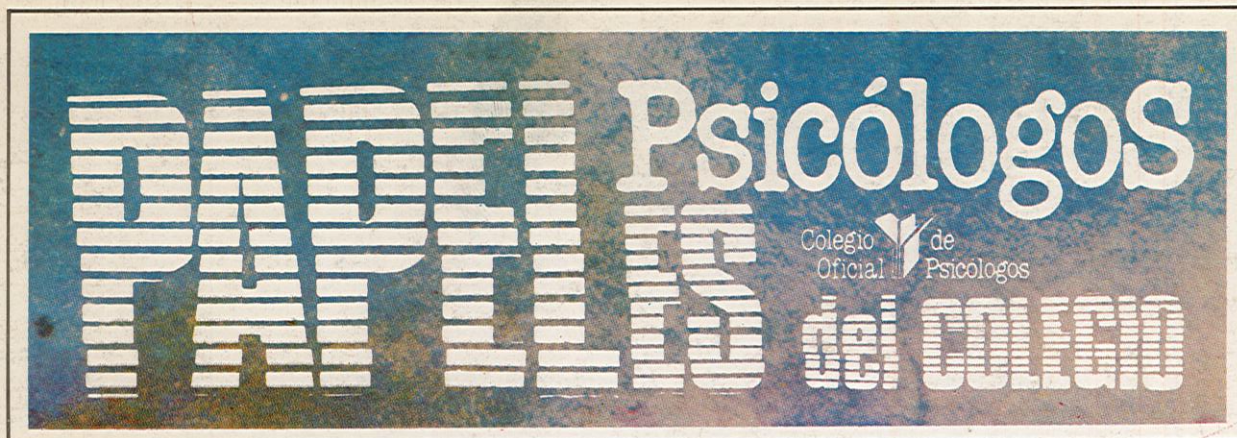




MADRID - MAYO 1985 VOL. IV N.º 20

The background of the cover is a large, abstract, textured artwork. It features a central, somewhat indistinct figure or face rendered in warm, earthy tones of orange, yellow, and brown. The texture is grainy and painterly, with visible brushstrokes and a sense of depth. The colors transition from darker, more muted tones at the top and bottom to brighter, warmer tones in the center.

PSICOLOGIA Y REFORMA SANITARIA

**Moda, mito e ideología de la psicología cognitiva. Edad y conducción.
Madrid: premios de prensa y de tesina**



Al servicio de todos
los compañeros
desde el año 1967.

- Instrumentos de medida para el psicólogo escolar: Batería EOS (Castellano y catalán).
- Instrumentos de Reeducación: (Dislexia-Psicomotricidad).
- Línea Editorial Educativa.
- Cursos y Seminarios para psicólogos profesionales (Orientación práctica).
- Metodología y orientaciones para psicólogos escolares muy especialmente.
- Informática Educativa (Hardware y Software).

Si te dedicas seriamente a la Orientación Psicopedagógica y aún no nos conoces a fondo, pasate por el Gabinete y te enseñaremos técnicas y posibles aportes.

EOS:

C/Orense, 12-1 planta
Oficina 10
Teléfono: 455 33 28
28020 Madrid

Sumario

Editorial

- Alternativas para el empleo 1

A fondo: Psicología y reforma sanitaria, de la psicología clínica a la psicología de la salud

- Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Pilar Ferrezuelo* 3
- La psicología en el sistema sanitario. *Abilio Reig* 7
- De una psicología sanitaria a la salud de la psicología. *S.G. Raymond y J. Moltó Santonja* 13
- El psicólogo en el sistema de salud cubano. *Juan Carlos Duro y Felipe Vallejo* 20
- Los psicólogos y la política sanitaria. *Amando Benito, Miguel Costa y Ernesto López* 27

Reflexiones

- Psicología y seguridad vial (III): edad y conducción. *José Antonio Forteza* 33

Encuentros científicos 43

Debate

- Moda, mito e ideología de la psicología cognitiva. *Marino Pérez Alvarez* 45

Información colegial

- Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid . 53
- Las Delegaciones: Galicia 55

Sala de lecturas 59

"Papeles del Colegio, Psicólogos" se distribuye gratuitamente a los colegiados de las delegaciones de Madrid, Aragón, Baleares, Euskadi, Galicia, Andalucía Oriental, Navarra, Norte, Las Palmas y Castilla-León.

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

Editorial

Alternativas para el empleo

AFIRMAR que el mercado de trabajo en España está en pleno proceso de ajuste debido a las dos crisis del petróleo, la transición política y la modernización del aparato industrial, es algo obvio y que nadie discutiría.

España ostenta el triste récord dentro de la CEE de tener junto a una población activa muy reducida (aprox. 13 millones sobre 38 millones de habitantes) una tasa de paro muy alta (3 millones de parados, más del 20% sobre la población activa). En una palabra a nivel oficial, según las estadísticas sólo están ocupados 10 millones de españoles, que tienen que alimentarse y alimentar a otros 28 millones.

La crisis del mercado de trabajo no nos afecta por igual a todos: por una parte se destruyen puestos de trabajo, por otra, los que desean acceder a un primer empleo encuentran difícil su inserción laboral.

A los psicólogos es este segundo aspecto el que nos afecta, al ser una profesión joven. En el anterior editorial hacíamos algunas reflexiones sobre estrategias que podrían ser eficaces en la búsqueda de empleo, y la obligación del Colegio de dar pistas y orientar sobre las demandas del mercado. Vamos por ello a hacer un breve balance de las oportunidades que ya han surgido, o que previsiblemente se van a producir:

A) Área de la salud. Junto a las 43 plazas recientemente convocadas por la AISNA (Hospitales Psiquiátricos, Centros de Orientación y Diagnóstico, etc.), y las plazas que en reducido número van sacando Ayuntamientos, Diputaciones y Comunidades Autónomas, (7 plazas el Ayto. de Madrid, 5 Plazas la Diputación de Barcelona, etc.), la principal novedad viene representada por las recomendaciones de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, aceptadas ya oficialmente por el Ministerio de Sanidad: "liberación de parte de los recursos presupuestarios de las vacantes para la contratación de otros profesionales (p.e. los psicólogos clínicos) y articulación de planes de formación especializada (tipo PIR). Hay una partida de 640 millones y por tanto hay voluntad política y dinero para crear plazas. ¿Cuántas, dónde, cuándo y con qué funciones?. No hay respuesta por el momento.

B) Área Educativa. Junto a las 12 plazas para los Institutos de Orientación Educativa y Profesional y las 34 plazas para el Instituto de Educación Especial, así como las plazas que las Comunidades Autónomas con competencias educativas han sacado o van a sacar, está el proyecto de crear unas 300 plazas de Psicólogos para los servicios de orientación escolar y vocacional. En este último caso, se trata sólo de un rumor, y se teme la exigencia de ser funcionario de EGB para poder acceder a ellas. Ya es conocida la postura del Colegio Oficial de Psicólogos; no estamos de acuerdo con dicha exigencia por dos motivos: por la no igualdad de oportunidades y por pagar como titulados medios (Índice 8) a titulados superiores (Índice 10).

C) Área de Servicios Sociales. En la actualidad, en diversas provincias, el INSERSO está contratando temporalmente a bastantes psicólogos, estableciendo los honorarios de común acuerdo con el Colegio Oficial de Psicólogos, para proceder a la calificación de los minusválidos que pueden tener derecho a diversos tipos de prestaciones. En breve plazo se sacarán en torno a 40 plazas a media jornada para residencias de la tercera edad. Este es un dato crucial, pues hay que pensar que en 1985 son 5.542.000 los pensionistas, que pasarán a ser 6.745.000 en 1990 y 7.458.000 en 1993, y que el INSERSO por el momento no había incluido entre sus planes la asistencia psicológica a este colectivo. Por otra parte, en esta materia las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos están desarrollando una tarea muy importante, con más recursos inclusive que el propio INSERSO. En ese sentido, la Comunidad de Madrid va a poner en marcha un Plan Cuatrienal del que esperamos en breve dar noticia. Juventud, Toxicómanos y Marginación, son sectores necesitados de asistencia psicológica.

D) Área Judicial. Las 14 plazas de Instituciones Penitenciarias, junto a las 5 de Protección de Menores, y las plazas para Tribunales de Familia que puedan ser convocadas tras la promulgación de la Ley Orgánica del Poder Judicial, reflejarían la situación del sector.

E) Seguridad Vial. Este es el área con mayores posibilidades de crecimiento de ser aprobado el Proyecto de Real Decreto que está en este momento sometido a dictamen del Consejo de Estado. Según dicho proyecto, se extienden los exámenes psicotécnicos a todo tipo de carnets. Es decir, de las actuales 300 plazas, podría pasarse a 1.000 plazas, y, además, distribuidas a lo largo de toda la geografía del país.

F) Área del Trabajo. Esta es una de las áreas con más posibilidades de expansión y sin embargo con menos psicólogos interesados y, por tanto preparados. Telefónica, por citar un ejemplo, ha encontrado serias dificultades para encontrar 10 psicólogos especializados en las áreas de formación y selección, a los que ofrecía contratos por 1 año y un salario bruto de 2 millones de pesetas.

En este sentido hay que señalar que en la Orden de 27-II-85 por la que se establecen los programas y acciones a financiar con cargo al Fondo de Solidaridad para el Empleo, se señala en su Sec. 2ª, art. 5º que las contrataciones que se celebren con personas que vayan a ejercer la actividad de formador, podrá contar con un 25% de subvención del coste salarial por un periodo máximo de 1 año.

Bien, queda reflejado de una manera no exhaustiva tendencias del mercado de trabajo según las diversas áreas de intervención. Nos sorprende conocer que, por ejemplo, en Somosaguas, sólo un 8% de los estudiantes se inclina por escoger la especialidad de Psicología del Trabajo. Creemos que hay una desinformación terrible sobre las oportunidades y salidas, y que todos tenemos la obligación de colaborar a clarificar y ofrecer información válida. Será tarea después de cada cual elegir sus opciones, pero conociendo las consecuencias.

Redacción y Administración:
Fernández de los Ríos, 87
Tfno.: 244 58 13. 28015 Madrid

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

Edita:
Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

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

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—

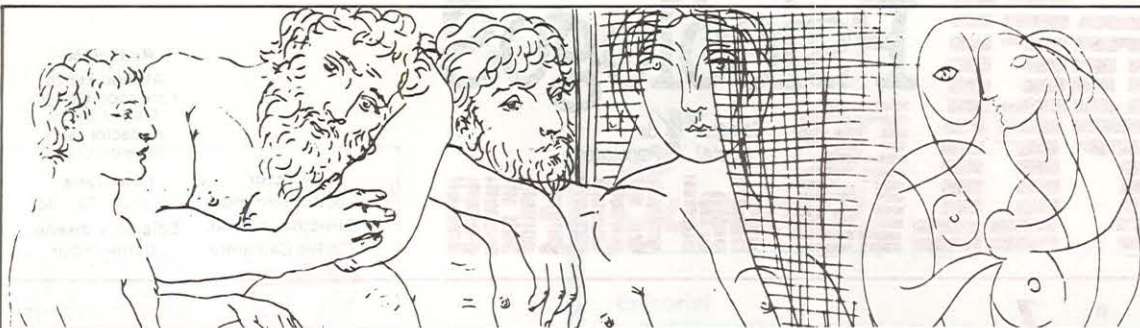
Responsable de Publicaciones
y Documentación:
Adolfo Hernández

De este número de "Papeles del
Colegio", se han editado 10.000
ejemplares.

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

Dépósito Legal:
M-27453-1981
ISSN-211-7851

A partir de este número
"Papeles del Colegio" consta de 64 páginas,
en vez de las 56 habituales.



a fondo

PSICOLOGIA Y REFORMA SANITARIA

DE LA PSICOLOGIA CLINICA A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

El **a fondo** de este número de **Psicólogos, Papeles del Colegio** vuelve sobre el tema, actual y permanente, de la *psicología y la reforma sanitaria*. Es un tema al que nuestra revista ya ha dedicado otros **a fondo** (ver números 9 y 10/11). El subtítulo con el que esta vez adjetivamos el genérico *psicología y reforma sanitaria* es lo suficientemente expresivo como para que no se necesite mayor explicación del paso desde *la psicología clínica a la psicología de la salud*, como concepto, implica una evolución modernizadora en el enfoque.

Abrimos el **a fondo** con un par de artículos eminentemente profesionales.

Pilar Ferrezuelo, a partir de una encuesta entre profesionales promovida por la delegación de Madrid del Colegio, nos muestra la autodefinición de los psicólogos clínicos; por su parte Abilio Reig estudia la relación de la psicología con el campo de la salud.

Tras esa aproximación desde una perspectiva española, otros dos artículos presentan puntos de vista en una perspectiva internacional:

Raymond y Moltó-Santonja, desde una perspectiva francesa, se preguntan si existe o no un lugar para los psicólogos clínicos en las estructuras sanitarias; Duro y Vallejo nos presentan, en el entorno radicalmente diferente de la experiencia cubana, la incardinación del psicólogo en un sistema de salud.

Cerramos los artículos que componen el **a fondo** con el artículo de Amado Benito, Miguel Costa y Ernesto López los psicólogos y la reforma sanitaria en el que someten a crítica la política aplicada por la actual administración sanitaria.

DEFINICION DEL PSICOLOGO CLINICO Y FUNCIONES QUE DESEMPEÑA

PILAR FERREZUELO

EL presente artículo está basado en el trabajo de investigación realizado por la Comisión del Mapa de la Psicología Clínica de Madrid. En el número 13 de Papeles del Colegio, con fecha del 84, se publicó un estudio sobre los Centros de Psicología Clínica de Madrid y provincia, basado en los datos obtenidos a partir de las encuestas tipo B, dirigidas a los Centros de asistencia en psicología clínica. Aquí ofrecemos algunos de los datos obtenidos a partir de las encuestas tipo A, dirigidas a los psicólogos clínicos de Madrid.

A continuación vamos a exponer los psicólogos consultados, a las preguntas 8 y 9 de la encuesta tipo A, ya que creemos que son de interés para nuestro colectivo profesional.

Las respuestas a las demás preguntas de la encuesta tipo A, no las presentamos aquí, ya que son bastante similares a las de la encuesta tipo B y no han aparecido discrepancias importantes entre las respuestas a una y otra encuesta.

I. DEFINICION DEL PSICOLOGO CLINICO

La pregunta nº 8 de la encuesta recogía 8 definiciones del psicólogo clínico, elaboradas a partir de una minuciosa revisión bibliográfica y documental sobre el tema. Las respuestas a esta pregunta nos permiten conocer cómo se definen a sí mismos los psicólogos clínicos, ya que cada psicólogo tenía que elegir una entre las diversas definiciones que se presentaban, o bien aportar una nueva original (opción nº 9).

Seguidamente ofrecemos la transcripción de las definiciones, tal y como aparecían en la encuesta tipo A:

1. Profesional de la Psicología que ayuda a establecer una cate-

goría diagnóstica para clasificar al paciente como perteneciente a una categoría específica de problemas psicológicos. Su rol fundamental es el de diagnosticador.

2. Investigador científico básico, especialista en investigación psicológica altamente entrenado, que aplica el conocimiento empírico y las teorías del comportamiento normal a la evaluación, comprensión y cambio de patrones anormales del comportamiento, rol que únicamente puede desempeñar el psicólogo clínico.

3. Profesional de la Psicología que estudia el psiquismo, las conductas y las formas de relacionarse de los individuos, procediendo a la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de las alteraciones de la personalidad existentes en la infancia, en el adulto o en la vejez, en sus aspectos individuales, en su adaptación al medio socio-familiar y laboral, así como a la profilaxis y desarrollo de la salud mental en la comunidad humana.

4. Profesional de la Psicología que utiliza una serie de contactos directos con el individuo, básicamente la orientación psicológica y la psicoterapia, que tienen como fin ofrecerle una ayuda para cambiar sus actitudes y su conducta.

5. Profesional de la Psicología que observa al paciente en acción y selecciona, administra e interpreta pruebas psicológicas para diagnosticar los desórdenes y utiliza diversas técnicas psicológicas (terapia y psicoterapias) con el fin de mejorar la adaptación del individuo.

6. Profesional especializado en Psicología que utiliza los principios, métodos y conocimientos de esta ciencia en la investigación fundamental y en la investigación aplicada de los problemas concernientes a las conductas humanas y en la re-

solución de estos problemas en los campos individual, familiar, socio-laboral o comunitario.

7. Profesional de la Psicología que se dedica al estudio, investigación y comprensión de la estructura psíquica de los individuos, estableciendo el psicodiagnóstico y el tratamiento de los aspectos psicopatológicos de los mismos en todas las dimensiones, individual, familiar, socio-laboral y comunitaria. También puede investigar y planificar programas de profilaxis y desarrollo de la salud mental.

8. Profesional de la Psicología que se dedica a la investigación fundamental de los patrones anormales de comportamiento, para evaluarlos y establecer programas de cambio, utilizando los conocimientos teóricos y prácticos de la ciencia psicológica, así como a la investigación de los problemas de comportamiento que se presentan en personas psicológicamente normales con problemas corrientes, problemas que pueden surgir en su vida diaria a nivel individual, familiar, socio-laboral o comunitario y en todos los aspectos de los servicios sanitarios.

9. Otra definición.

En la figura 1 podemos ver como se distribuyen las respuestas.

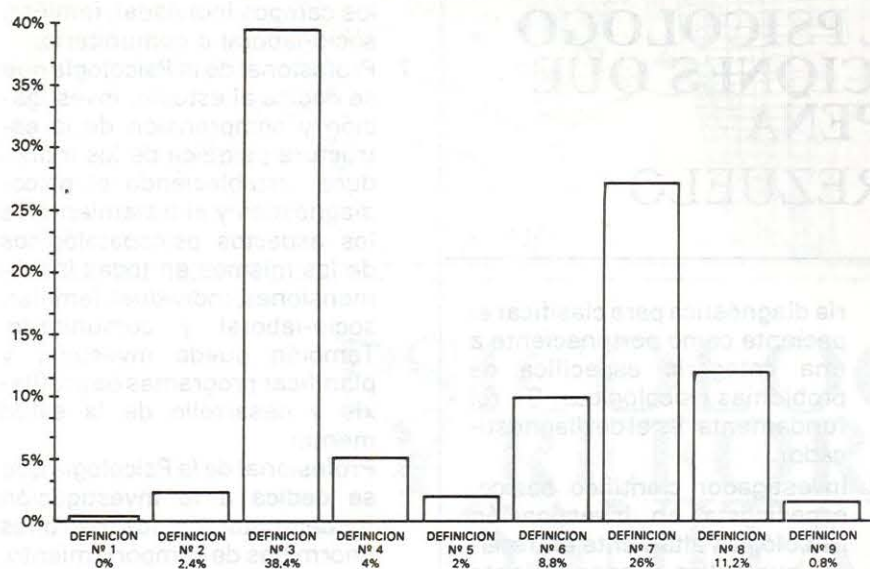
Hemos podido observar que la definición nº 3 obtuvo el porcentaje mayor de respuesta (38,4%), siendo con la que mayoritariamente parecen identificarse los psicólogos clínicos. Otra definición que obtuvo un alto porcentaje es la nº 7 (26%), seguida a gran distancia por la definición nº 8 (11,2%). Las restantes definiciones fueron señaladas en porcentajes inferiores al 10%, oscilando desde un 8,8 (definición nº 6), hasta un 2% (definición nº 5). Es de señalar que la definición nº 1 no obtuvo ninguna respuesta, y en la opción nº 9 hubo escasas aportaciones de definiciones originales.

II. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PSICOLOGO CLINICO

La pregunta nº 9 de la encuesta recogía una relación de funciones, que pensamos pueden desempe-

FIGURA 1

DEFINICION DEL PSICOLOGO CLINICO



ñar los psicólogos clínicos. En un principio la pregunta se desdoblaba en dos; por un lado, había de señalarse si algunas de estas funciones eran propias del psicólogo clínico, y por otro, precisando aún más, si estas funciones tenían un carácter exclusivo dentro de la labor profesional del psicólogo clínico, o bien entraban dentro de la competencia de otros profesionales. Numerosos errores y omisio-

nes en la cumplimentación de las encuestas, solo han hecho posible conocer en que medida se considera que las funciones presentadas son desempeñadas por los psicólogos clínicos.

A continuación transcribimos la relación de funciones del psicólogo clínico tal y como aparecía en la encuesta tipo A:

1. Diagnóstico clínico.
2. Orientación y consejo.
3. Tratamiento de problemas psicológicos (terapias y psicoterapias).
4. Tratamiento de problemas psicosomáticos.
5. Tratamiento de problemas sexuales.
6. Reeducción de problemas de aprendizaje.
7. Evaluación, tratamiento o rehabilitación de minusvalías psíquicas.
8. Estimulación precoz.
9. Psicomotricidad.
10. Terapia ocupacional.
11. Psicoprofilaxis.
12. Psicología comunitaria.
13. Investigación.
14. Psicología Experimental.
15. Otros (especificar).

Las respuestas a esta pregunta se distribuye como refleja la figura 2.

A juzgar por las respuestas, podemos decir que las funciones principales del psicólogo clínico son el tratamiento de los problemas psicológicos (terapias y psicoterapias) y el diagnóstico clínico, siendo éstas las dos categorías

FIGURA 2

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PSICOLOGO CLINICO

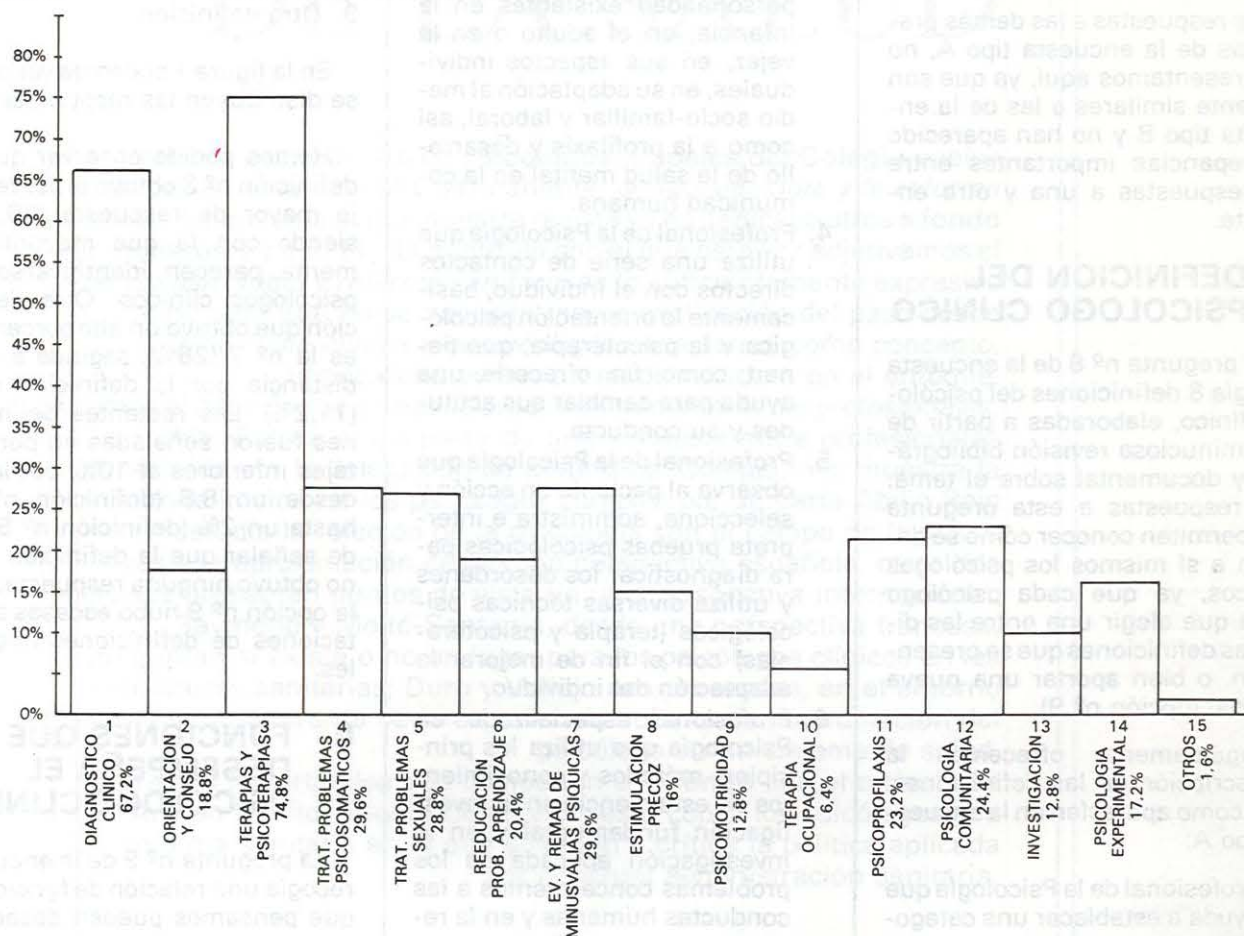


TABLA 1

DEFINICION DEL PSICOLOGO CLINICO	ESCUELA PSICOLOGICA			
	DEFINICION Nº 3 (38,4%)	Psicoterapias de inspiración psicoanalítica (37,5%)	Eclécticos (26%)	Psicoterapias humanistas (16,7%) Terapia de conducta (14,6%)
	DEFINICION Nº 7 (26%)	Psicoterapias de inspiración psicoanalítica (38,5%)	Eclécticos (18,5%)	Otros tipos de psicoanálisis (16,9%) Psicoterapias humanistas (13,8%)
	DEFINICION Nº 8 (11,2%)	Terapia de conducta (67,9%)	Terapia cognitivo-conductual (28,6%)	Eclécticos (17,9%) ● Psicoterapias de inspiración psicoanalítica ● Psicoterapias humanistas (7,1%)
	DEFINICION Nº 6 (8,8%)	Terapia de conducta (45,5%)	Terapia cognitivo-conductual (40,9%)	Psicoterapias humanistas (22,7%) Psicoterapia guesáltica (9,1%)

que alcanzaron porcentajes mayores de respuesta. En segundo lugar, aparecen una serie de funciones que fueron señaladas en porcentajes que oscilan entre un 20% y un 30%; éstas son: tratamiento de problemas psicosomáticos, evaluación, tratamiento o rehabilitación de minusvalías psíquicas, tratamiento de problemas sexuales, psicología comunitaria, psicoprofilaxis, y reeducación de problemas de aprendizaje. Un tercer grupo lo constituyen una serie de funciones que obtuvieron una respuesta bastante menor, oscilando entre un 10% y un 20%; éstas son: orientación y consejo, psicología experimental, estimulación precoz, psicomotricidad, e investigación. La categoría menos señalada fue la terapia ocupacional, a la que solo consideraron función del psicólogo clínico un 6,4% de los psicólogos consultados.

III. RELACION ENTRE DEFINICION DEL PSICOLOGO CLINICO Y ESCUELA PSICOLOGICA

A continuación vamos a conocer en que medida influyó la orientación teórica de la que cada psicólogo participa a la hora de elegir una definición del psicólogo clínico.

En la tabla 1 podemos ver como se distribuyen los datos:

Es interesante ver, como la mayoría de los psicólogos que eligieron las definiciones 3 y 7 pertenecen a una orientación psicoanalítica, seguidos de los eclécticos. Por otro lado, podemos ver que los conductistas y cognitivistas se inclinaron principalmente por las definiciones 8 y 6.

IV. RELACION ENTRE ESCUELA PSICOLOGICA Y FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PSICOLOGO CLINICO

También vamos a conocer si la escuela psicológica, de la que cada psicólogo participa, influyó a la hora de determinar las funciones que desempeña el psicólogo clínico.

En la tabla 2 vemos como se distribuyen todos los datos:

Podemos ver que existe unanimidad, entre los psicólogos de las cinco escuelas psicológicas más señaladas, a la hora de elegir como funciones del psicólogo clínico la realización de tratamientos psicológicos (terapias y psicoterapias) y el diagnóstico clínico. Otras funciones, que en las cinco escuelas, aparecen señaladas entre las seis primeras son: el tratamiento de

problemas sexuales, la evaluación, tratamiento o rehabilitación de minusvalías psíquicas, y la psicología comunitaria. Otras funciones, que aparecen señaladas entre las seis primeras por algunas de las escuelas son: el tratamiento de problemas psicosomáticos, la psicoprofilaxis y la reeducación de problemas de aprendizaje. En las restantes funciones presentadas existe mayor variabilidad según las escuelas psicológicas. Nuevamente encontramos unanimidad, al considerar la terapia ocupacional como la función menos representativa del psicólogo clínico de todas las presentadas.

TABLA 2

ESCUELA PSICOLOGICA

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PSICOLOGO CLINICO	PSICOTERAPIAS DE INSPIRACION PSICOANALITICA (30%)	TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (21,6%)	ECLECTICOS (19,6%)	TERAPIA DE CONDUCTA (19,2%)	PSICOTERAPIAS HUMANISTAS (16%)
	Terapias y Psicoterapias (73,3%)	Terapias y Psicoterapias (83,3%)	Terapias y Psicoterapias (77,6%)	Terapias y Psicoterapias (79,2%)	Terapias y Psicoterapias (72,5%)
	Diagnóstico clínico (68%)	Diagnóstico clínico (70,4%)	Diagnóstico clínico (75,5%)	Diagnóstico clínico (70,8%)	Diagnóstico clínico (55%)
	Problemas sexuales (29,3%)	Eval. o trat. de minusv. psíquic. (46,3%)	● Reeducación de minus. psíquicas (36,7%)	Eval. o trat. de prob. aprendizaj. ● Eval. o trat. de minus. psíquicas (35,4%)	minus. psíquicas (30%)
	Problemas psicosomáticos (28%)	Psicoprofilaxis (38,9%)	● Problemas sexuales ● Reeducación de prob. aprendizaj. ● Psicoprofilaxis ● Psicología comunitaria (22,4%)	Psicología experimental (33,3%)	Problemas psicosomáticos (27,5%)
	Eval. o trat. de minusv. psíquic. (25,3%)	● Psicología comunitaria ● Problemas psicosomáticos ● Reeducación de prob. aprendizaj. (37%)	Orientación y consejo (20,4%)	● Orientación y consejo ● Problemas sexuales (31,2%)	● Problemas sexuales ● Psicología experimental ● Estimulación precoz (17,5%)
	Psicología comunitaria (24%)	Problemas sexuales (33,3%)	Investigación (18,4%)	● Problemas psicosomáticos ● Psicología comunitaria (29,2%)	● Psicoprofilaxis ● Psicología comunitaria (15%)
	Psicoprofilaxis (20%)	Psicología experimental (29,6%)	● Problemas psicosomáticos ● Estimulación precoz ● Psicología experimental (14,3%)	Psicoprofilaxis (27,1%)	Psicomotricidad (12,5%)
	Orientación y consejo (18,7%)	Estimulación precoz (27,8%)	Psicomotricidad (12,2%)	Estimulación precoz (22,9%)	Investigación (10%)
	Psicología experimental (14,7%)	● Orientación y consejo ● Psicomotricidad (24,1%)	Terapia ocupacional (8,2%)	Psicomotricidad (16,7%)	● Orientación y consejo ● Reeducación de prob. aprendizaje (7,5%)
	● Estimulación precoz ● Investigación (12%)	Investigación (16,7%)	Otros (2%)	Investigación (12,5%)	Terapia ocupacional (5%)
	Reeducación de prob. aprendizaje (9,3%)	Terapia ocupacional (5,6%)		Terapia ocupacional (8,3%)	Otros (2,5%)
	Psicomotricidad (6,7%)	Otros (3,7%)		Otros (4,2%)	
	Terapia ocupacional (4%)				
	Otros (2,7%)				

NOTA: Las cifras que aparecen junto a las Escuelas psicológicas son los porcentajes de respuesta a estas categorías en la pregunta número 7 de la encuesta tipo A.

LA PSICOLOGIA EN EL SISTEMA SANITARIO

ABILIO REIG FERRER (*)

I. INTRODUCCION

La psicología, con una corta historia de algo más de un siglo como ciencia de la conducta, se encuentra intrínsecamente comprometida con la educación y la enseñanza psicológica para profesionales de la salud y con la investigación y servicio asistencial en el sistema sanitario. Desde el nacimiento de la psicología científica se han producido numerosos ejemplos de relaciones informales entre esta ciencia y la medicina principalmente, enfatizándose, reiteradamente a lo largo de este siglo, la conveniencia de formalizar relaciones sistemáticas con el objetivo común de lograr una mejor comprensión e intervención eficaz en el ser humano. Tradicionalmente se ha apelado a una serie de barreras históricas como ejemplo del distanciamiento habido entre la psicología y la medicina: un desarrollo histórico desigual en cada una de estas áreas de conocimiento y servicio, la creencia de una concepción dicotómica del hombre, dividido en cuerpo y mente, las diferencias en el desarrollo evolutivo como áreas académicas, y, finalmente, la existencia de un proceso de profesionalización distinto en cada una de ellas.

En la actualidad, superados en gran parte los inconvenientes precedentes, una serie de acontecimientos están posibilitando, cada vez con mayor insistencia, unos contactos más fructíferos y continuos. Estos sucesos, entre los que habría que destacar la aparición de corrientes de pensamiento innovadoras y la incorporación por parte de la psicología de una tecnología terapéutica nueva y efectiva, han dado el espaldarazo definitivo a la inclusión de la psicología en el campo de la salud, y que se ha traducido en la década de los años sesenta en la aparición de la "medicina comportamental" y de la "psicología de la salud", denominación esta última que repre-

sentaría la aportación de la psicología, como ciencia y profesión, a la medicina comportamental.

II. LA CRISTALIZACION DE LA MEDICINA COMPORTAMENTAL

La medicina comportamental es un campo multi-interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr, 1) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y 2) promover, mantener o intensificar la salud (Reig, 1981).

Desde la gestación del término, por primera vez, en el año 1971, como sinónimo de medicina psicosomática y algo después equiparándolo con las técnicas de retroinformación biológica (biofeedback), la medicina comportamental viene experimentando un desarrollo espectacular, así como una progresiva aceptación, dedicación y consolidación en el sistema sanitario. Habría que apuntar que no es que este campo haya introducido una metodología o tecnología nueva y distinta, lo cual sería responsable de la expectativa y éxito que está alcanzando, sino que más bien la medicina comportamental significa un intento y una necesidad de nuestro actual *Zeitgeist* por establecer un marco de trabajo, dinámico y funcional, que aglutine e integre diversas y dispersas aportaciones que, desde distintas áreas (enfermería, sociología, farmacia, antropología, medicina, economía, psicología, etcétera) persiguen el mismo objetivo.

Desde nuestra perspectiva, algunos de los factores que han hecho posible la aparición y consolidación de este campo han sido los siguientes:

1. La necesidad, ya apuntada, de formalizar una mutua y estrecha colaboración entre médicos y psicólogos que responda con realismo a las necesidades y objetivos de las dos disciplinas.

2. La atmósfera científica actual en relación a los procesos de salud y enfermedad; esta atmósfera asume la existencia de una etiología multifactorial en gran parte de las enfermedades más importantes de la civilización occidental, lo cual favorece la incorporación de soluciones multidisciplinarias para el tratamiento y prevención de aquellos problemas de salud.

3. Como correlato del punto anterior, los problemas de salud actuales más importantes en cuanto a tasas de morbilidad y mortalidad se refiere, resultan no tanto de lo que la gente *tiene* (en el sentido de una patología subyacente), sino que en gran parte son consecuencia de lo que la gente *hace* (conductas de fumar, no dormir lo suficiente, no hacer ejercicio físico, no comer adecuadamente, beber alcohol...); es decir, muchos trastornos médicos presentan componentes conductuales significativos en su etiología o en su mantenimiento, y que son susceptibles de modificación y prevención con técnicas psicológicas. Debido, además, a la larga duración de las enfermedades crónicas, el individuo necesita *aprender a vivir con la enfermedad*, lo cual repercute en la planificación de sus hábitos particulares y sociales de comportamiento, así como en su estilo de vida global, en el caso de que se considere constructivo o lo solicite el propio paciente.

4. Esta revalorización de los componentes psicológicos o conductuales en la enfermedad o en los marcos de provisión de servicios de salud ha ido pareja con el estado científico de la psicología, la cual, con la eficacia y desarrollo tecnológico de las técnicas de la terapia o modificación de conducta, ofrece cambios conductuales *clínicamente útiles*.

5. Otro de los posibilitantes de la aparición de la medicina comportamental ha sido las insatisfacciones y limitaciones que han pre-

(*) Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina. Universidad de Alicante.

sentado otros acercamientos relacionados, tales como la medicina psicosomática o la medicina holística.

6. Finalmente, la promoción de la salud como antídoto de la enfermedad ha propiciado el establecimiento de estrategias psicológicas preventivas, programas de diseminación de resultados psicológicos, la modificación o fomento de estilos de vida sanos, y la investigación de conductas individuales consideradas como agentes psicopatógenos. Al mismo tiempo se intenta inocular la idea de la autoresponsabilidad de cada persona con su salud.

Con lo dicho hasta ahora podemos entrever las principales líneas de intervención que la psicología aborda actualmente en el sistema sanitario. En primer lugar, la labor del equipo psicológico se centra en tareas de diagnóstico y evaluación médico-psicológicas que permitan la planificación de unas estrategias terapéuticas que modifiquen una conducta o sintomatología relacionada que en sí misma constituya un problema. La psicología oferta en este punto una **guía de actuación**, unas veces, y otras, o bien una **alternativa**, a veces, a la intervención biomédica tradicional o, como sucede en la mayoría de los casos, una ayuda como tratamiento **complementario** al estrictamente médico. El proceso de decisión vendrá determinado, en gran parte, por el grado de efectividad terapéutica que se atribuya a la técnica en cuestión, por los efectos colaterales, secundarios o indeseados que puedan surgir de la aplicación de una estrategia concreta, por la petición del propio paciente en la línea de que frente a dos estrategias prefiera una de ellas (por ejemplo, en pacientes con hipertensión esencial moderada que elijan entre tomar medicación hipertensores o en practicar técnicas de relajación), por el coste del tratamiento, etcétera. En segundo lugar, otra línea de interés está representada por la investigación de aquellos aspectos que favorecen o dificultan la observancia o adherencia de las prescripciones terapéuticas. Un tercer bloque de actividad está relacionado con la investigación dirigida a asesorar a otros profesionales de la salud (asistentes sociales, personal de

enfermería, médicos...) acerca de la importancia de su conducta, interacción con los beneficiarios del cuidado sanitario, así como aspectos psicológicos asociados a los marcos de tratamiento, todo ello con la finalidad de mejorar o potenciar en su caso las prestaciones asistenciales. Sin olvidar el trabajo docente en enfermería o en medicina, la labor en este área se dirige a humanizar las relaciones interpersonales, minimizar el impacto psicológico de las admisiones hospitalarias, o conocer la problemática emocional y conductual del enfermo. Por último, otro bloque de intervención está dirigido a prevenir la enfermedad, desde la aportación de la psicología, potenciando medidas psicosociales (reducción de la conducta de predisposición coronaria o tipo A, control del tabaco, alcohol...) o cambiando estilos de vida insanos o patógenos.

III. CANALES DE INCORPORACION DE LA PSICOLOGIA AL SISTEMA SANITARIO

La psicología ha colaborado históricamente y sigue colaborando en la actualidad con el sistema para el cuidado de la salud a través de tres áreas interrelacionadas: docencia, investigación y servicio asistencial. A continuación vamos a presentar telegráficamente algunos recortes históricos y actuales que apoyan y hacen presagiar un trabajo más continuado y mayor para la psicología en el sistema sanitario.

3.1. La aportación de la psicología a la educación médica

Uno de los primeros intentos por parte de los profesionales de la psicología de introducir sus conocimientos e intervenir en el sistema del cuidado de la salud data del año 1911. En este año se celebró un Symposium denominado "Las relaciones de la psicología y la educación médica", patrocinado por la Asociación Americana de Psicología (APA), con el objetivo de determinar cómo la psicología podría contribuir a la educación y práctica médica. En esta reunión, en la que intervenían entre otros Sh. I. Franz y J. B. Watson (psicó-

logos), A. Meyer y M. Price (psiquiatras) y E. E. Southard (patólogo), se insistió en que: a) los estudiantes de medicina apenas poseían conocimientos de psicología; b) estos conocimientos son esenciales para un adecuado entrenamiento y formación en medicina; c) que de hecho, los cursos de psicología deberían preceder a los cursos de psiquiatría y neurología, y d) que se deberían dedicar muchas más horas a la psicología en el currículum médico. De esta manera escribía Watson, en 1912:

"Se debe enseñar al estudiante de medicina, no importa si está especializándose en cirugía, obstetricia o psiquiatría, que sus sujetos son seres humanos y no meramente objetos sobre los cuales debe demostrar su habilidad. Este cambio de ideas de valor le conduciría a sentir la necesidad de entrenamiento psicológico y a aceptar este entrenamiento" (Citado en Stone, 1979).

Y también, otro de los participantes, Franz (1913), señalaba:

"...puesto que ambas clases tienen muchos intereses en común, sería prudente que el conocimiento de los psicólogos sea utilizado por los médicos y que, respectivamente, la experiencia de muchos médicos se pueda disponer para el desarrollo de la psicología y de la psicopatología."

Estas recomendaciones promovieron el desarrollo de nuevos programas docentes en psicología. Así, en 1928, Bott, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, elabora un programa de enseñanza otorgando un considerable énfasis a la psicología general y a la metodología experimental. Pocos años después, en 1934, Glover, que creía que la psicología académica de su tiempo era irrelevante para la educación médica, establece 30 lecturas de "Psicología Médica" (6 capítulos de psicología animal, 8 de antropología comparada, 10 de psicología infantil y 6 de psicología de la adolescencia y de la vida adulta). En la misma línea, y por nombrar otro acontecimiento más, en 1950 el Departamento de Psicología de la Universidad de Pittsburgh imparte 8 lecciones sobre "la relación de la psicología con la medicina" (Dennis, 1950).

No obstante, la enseñanza por parte de psicólogos en facultades de medicina era mínima y la plena responsabilidad de los cursos casi inexistente (Mensch, 1953; Matrazzo, 1955). A partir de la década de los 50 la participación de psicólogos en facultades de medicina y enfermería en los EEUU experimenta un notable incremento (Nathan, Lubin, Matrazzo y Persely, 1979), y en mayor grado que otros profesionales no médicos, lo que iría asentando el papel del psicólogo como agente de interés en el marco sanitario.

Este incrementado interés por la inclusión en el currículum médico de la psicología no se circunscribe únicamente al caso norteamericano. En el Reino Unido, ya en 1938, el "General Medical Council" recomendaba la enseñanza de la psicología en las facultades de medicina (General Medical Council, 1938). En Alemania, según datos de Steudel (1973), la psicología médica formaba parte del examen médico final en Prusia durante el periodo de 1825-1861. En 1852 Lotze publicaba un libro con el nombre de "Medizinische Psychologie" (Psicología Médica) en Göttingen, sentada y cinco años antes del libro clásico de E. Kretschmer, "Medizinische Psychologie" (1927). (Chemnitz y Feingold, 1980). En el Estado español la implicación de la psicología con la educación médica presenta un formato algo distinto debido, en gran parte, a la historia peculiar del desarrollo de la psicología en nuestro país.

La psicología en España ha sido descrita por un autor (Yela, 1976) como "un Guadiana que hoy surge y mañana desaparece para renacer después, en un curso irregular, discontinuo e intermitente". Aportaciones españolas universales a la psicología como "De Anima et Vita", de Luis Vives, o el "Examen de Ingenios", de Huarte de San Juan, no se vieron continuadas por una línea de estudio psicológico. En el siglo XIX, Julián Sanz del Río, Francisco Giner de los Ríos y Luis Simarro la Caba, propician una apertura en España a las corrientes filosóficas y psicológicas europeas. Concretamente Simarro creó el primer laboratorio de psicología experimental en el marco de la Institución Libre de Enseñanza y ocupó la primera cá-

tedra (probablemente también mundial) de Psicología Experimental, en la Facultad de Ciencias de Madrid, en 1902. Posteriormente, nombres como Turro, Mira, Viqueira, Lafora, Germain, etcétera, irían abonando el árido terreno psicológico español.

Con la finalidad de poder entender algo mejor la entrada de la psicología como actividad docente en el marco sanitario no podemos olvidar una serie de acontecimientos significativos en España. En 1946 se funda la revista de "Psicología General y Aplicada", y dos años después Germain y Yela fundan el departamento de Psicología Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). En 1952 se organiza la Sociedad Española de Psicología, y en 1953 se crea, bajo el rectorado de Pedro Laín Entralgo, la Escuela de Psicología y Psicotécnica de la Universidad de Madrid, con objeto de establecer estudios universitarios normales de psicología que condujeran a la licenciatura y doctorado. Esto, sin embargo, no fue posible hasta el curso académico 1968-1969, durante el cual, Germain, Yela y Pinillos organizan la especialidad de Psicología en la Sección de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Letras de Madrid. En 1970 se transformaría esta especialidad en Sección de Psicología, y en 1980 en la primera Facultad de Psicología, en el Campus de Somosaguas. Durante estas fechas, concretamente el 31 de diciembre de 1979 ("BOE" de 8 enero 1980), se crea oficialmente también el Colegio Oficial de Psicólogos.

Debido, por lo tanto, a estas vicisitudes peculiares, la psicología española se incorpora más recientemente que en otros países a la educación médica. Prácticamente, la asignatura de Psicología médica aparece en el currículum médico a partir de la década de los 50, dependiendo de las cátedras de Psiquiatría y siendo impartidas por psiquiatras. Sólo recientemente se crearían cátedras autónomas de Psicología médica (hasta ahora, que sepamos la de la Facultad de Medicina de Murcia, con J. M. Morales Meseguer), y participan profesionales no médicos (psicólogos en la enseñanza e investigación dentro de las mis-

3.2. Investigación psicológica en medicina

Los intereses de la psicología en relación a los problemas tradicionalmente considerados como médicos comienza en la década de los años 20, con la aplicación de los principios del condicionamiento, respondiente al tratamiento de comportamientos "anormales". A lo largo de la primera mitad de nuestro siglo se puso de manifiesto un profundo interés por la aplicación de las teorías del aprendizaje, con experimentación objetiva y controlada, a la investigación y tratamiento de una amplia variedad de trastornos como temores en niños, tics, perversiones sexuales, tartamudeo, alergias psicógenas, adicción a la morfina, alcoholismo, obesidad, enuresis, ansiedad etcétera (Yates, 1970). Esta investigación va dando lugar en la década de los 60 a un progresivo aumento de investigaciones sobre aspectos psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad (Apa Task Force on Health Research, 1976; Olbrisch, 1977). Resulta difícil aquí presentar siquiera un breve resumen de los tópicos en lo que se ha y se está trabajando, por lo que remitimos al lector interesado a otro trabajo en el que presentamos este área con mayor detalle (Reig, 1981). No obstante, debemos señalar la importante labor realizada por los Departamentos de Psicología de dos institutos europeos: el **Institute of Psychiatry**, de Londres, con H. J. Eysenck, y el **Max-Planck-Institut für Psychiatrie**, con J. C. Brengelmann. Pecando de parcialidad deseamos reseñar como ejemplos ilustrativos de la investigación realizada los trabajos del grupo de Munich (Brengelmann, 1981; Brengelmann y Buhringer, 1983), el trabajo de Pelechano et al. (1976) acerca de la aplicación de procedimientos de condicionamiento operante en un caso de un paciente con serias lesiones neurológicas, la detección de problemática psicológica en pabellones de maternidad (Pelacho, 1981) o la gestación de instrumentos diagnóstico-terapéuticos para el estudio de la ansiedad y del stress (Reig, Guerra y Brengelmann, 1983).

3.3. Actividad clínico-asistencial y de asesoramiento psicológico en el sistema sanitario

Prácticamente hasta la segunda guerra mundial la labor clínica psi-

cológica se llevó a cabo por médicos o psiquiatras con orientación psicodinámica. Como resultado directo de la guerra surge la psicología clínica, entendida como la aplicación de la ciencia psicológica a los problemas de ajuste de los individuos. Nace también un nuevo profesional: el psicólogo clínico. Los desencadenantes inmediatos de este movimiento son evidentes: en 1945 la Administración de Veteranos de los EEUU solicitaba de la Asociación Americana de Psicología una lista de Universidades con programas de entrenamiento de psicólogos en clínica con la finalidad de cubrir plazas de personal entrenada en salud mental para atender trastornos emocionales de los combatientes. Así pues, la psicología clínica nace como respuesta a una demanda social de petición asistencial para abordar un gran número de problemas psicológicos derivados de la guerra.

Con la implantación y consolidación de las técnicas de la terapia de conducta en la década de los 60 el psicólogo clínico amplía su espectro de actividad profesional. Decía Agras (1975) que la minimización de la conducta y de la ciencia de la conducta en la medicina se había debido a la "ausencia de procedimientos derivados de estas ciencias que cambien la conducta de un modo clínico útil", sin embargo, continúa escribiendo, "el desarrollo de la terapia de conducta ha empezado a cambiar este indeseable estado de cosas, 1) al introducir procedimientos de tratamiento innovadores y efectivos, y 2) al actual como vehículo para la aplicación de los métodos de investigación y resultados de la psicología experimental al campo de la salud".

A los progresos realizados con las técnicas de la terapia de conducta con diversos trastornos médicos (Reig, 1983), hay que añadir la inclusión del psicólogo como un profesional de la salud más en la organización del mantenimiento de la salud. El Acta de 1973 de la "Health Maintenance Organization", de los EEUU, señala al respecto:

"Profesionales de la salud quiere decir médicos, dentistas, enfermeras, pediatras, oftalmólogos, ayudantes técnicos sanitarios, psicólogos clínicos, trabajadores

sociales, farmacéuticos, especialistas en alimentación, terapeutas ocupacionales y otros profesionales comprometidos en los servicios de salud que se han licenciado y practicado bajo licencia institucional, que han practicado bajo alguna organización de mantenimiento de la salud, o un grupo médico, o una asociación individual de prácticas u otra autoridad con estatuto legal competente" (U.S. Dhew, 1974, pág. 37312; el subrayado es nuestro).

También en nuestro país han habido intentos por formalizar la inclusión de servicios psicológicos en el sistema sanitario. Hace unos pocos años, en 1976, la Sección Profesional de Psicólogos recibía una carta del Instituto Nacional de Previsión como respuesta a las peticiones formuladas por aquella sección sobre inclusión de asistencia psicológica en la Seguridad Social. El firmante de aquella carta, G. Cabanillas Gallas, escribía: "Comprendiendo la psicología el estudio de la conducta y teniendo en cuenta que la misión primordial de los servicios médicos de la Seguridad Social es atender enfermos, estimamos que los psicólogos no tienen cabida como tales en la atención directa a los pacientes en las Instituciones de la Seguridad Social." (Citado en Bayes, 1979, pág. 70.)

No obstante, este estado de cosas comenzó pronto a cambiar: el "BOE", n.º 299, de 15 de diciembre de 1977, presenta una Resolución de la Subsecretaría de la Salud del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por la que se convoca concurso para proveer diversas plazas de Residentes de Programas Especiales en determinadas Instituciones Sanitarias, entre las que figuran plazas de psicólogos ("BOE", 1977). En el "Boletín Oficial de las Cortes Generales", n.º 709 aparece una proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso sobre creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social, que entre otros cometidos se incluye la "formación postgraduada del personal facultativo a través del programa MIR para médicos y del correspondiente o equivalente programa PIR para psicólogos clínicos" ("Boletín Oficial de las Cortes Generales", n.º 709-II, de 22 de abril de 1982).

También recientemente, en octubre de 1981 se creaba una Comisión de Psicólogos en Hospitales de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos que respondía, entre otros cometidos, a una necesidad por tratar acerca de posibilidades y dificultades para determinadas tareas asistenciales y de investigación, reconocimiento de la identidad profesional de la psicología clínica como cuerpo profesional independiente de la psiquiatría, aunque con estrecha relación con ella, y la necesidad de creación de Programas de Formación para psicólogos postgraduados en régimen de residencia en hospitales generales u otros centros sanitarios (Pérez García, 1982).

IV. GESTACION Y CONSOLIDACION DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Podemos afirmar que la autoconciencia, por parte de los psicólogos, del trabajo asistencial, educativo-docente y de investigación en el marco de la salud ha hecho posible la aparición de la disciplina o campo que se ha denominado "psicología de la salud".

Matarazzo (1980, pág. 815), uno de los representantes de este área ha propuesto la siguiente definición:

"La psicología de la salud es la suma de las contribuciones de la psicología educacional, científica y profesional a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, y a la identificación de la etiología y el diagnóstico correlativo de la salud, enfermedad y disfunciones."

Esta definición nos parece útil y correcta y no sería de extrañar que la psicología clínica o la psicología médica pasen a denominarse en los próximos años psicología de la salud. Tal como se suele decir en estos casos, la psicología de la salud tiene una corta historia pero un largo pasado. Algo de esa corta historia deseamos señalar a continuación.

Estimulados los profesionales de la psicología por las proposiciones de Schofield (1969) en el sen-

tido de que la psicología es también una profesión de salud, la Asociación Americana de Psicología se reúne en 1975 con el fin de elaborar un informe sobre el estado actual de intervenciones psicológicas en el marco sanitario. En este trabajo se escribe (APA Task Force on Health Research, 1976, pág. 272):

“Probablemente no hay campo de especialidad en psicología que no pueda contribuir al descubrimiento de variables cruciales para la completa comprensión de la susceptibilidad para la enfermedad física, de la adaptación a cada enfermedad y de motivadas actitudes profilácticas.”

Estas variables conductuales, patrones de conducta o “hábitos”, son importantes en la creación de vulnerabilidad a determinadas enfermedades (abuso de sustancias, tabaquismo, alcohol, conducta de predisposición coronaria, promiscuidad sexual...), así como también en las destrezas o mecanismos individuales de enfrentarse a situaciones de stress (precipitando diversas enfermedades el fracaso repetido de los patrones de

enfrentamiento), en la observancia de las prescripciones terapéuticas, en los procesos decisoriales para solicitar asistencia sanitaria, en la predicción del grado de cambio que un paciente hará en sus hábitos cotidianos de vida (por ejemplo, carencia de ejercicio físico), o en la habilidad que el individuo tendrá para adaptarse a los “hándicaps” residuales que persistan cuando el tratamiento sanitario alcance su máximo.

La investigación de estos patógenos conductuales y el esfuerzo de los promotores del informe precedente de la APA dio lugar a que se creara en la División 18 de la APA (de las 37 divisiones existentes entonces, la 18 está dedicada a los “Psicólogos en Servicio Público”), una **Sección de Investigación de la Salud**. Este imparable fermento activo de trabajo hace que se cree definitivamente la **División 38** de la APA, en el año 1978, con el nombre de “Health Psychology”. Al año siguiente se publica el primer libro, con el título de psicología de la salud: **Health Psychology. A Handbook**, editado por G. Stone, F. Cohen y N. Adler. Ya sólo quedaba la edición

de una revista, la revista oficial de la División de Psicología de la salud, que con el título de “Health Psychology” aparece en 1982 y ya va por su segundo año.

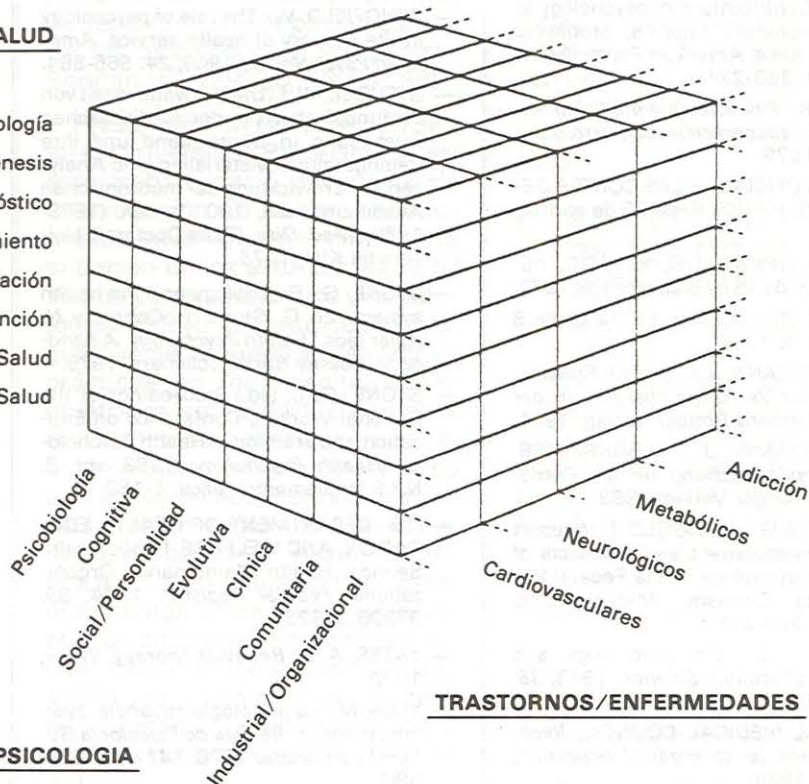
Con estos primeros pilares, se hacía presagiar la necesidad de entrenamiento y programas de educación para psicólogos en el marco sanitario. A comienzos de 1982 se gesta la idea de celebrar, en los EEUU, una Conferencia o Congreso para este fin. En Harri-man (Nueva York) tiene lugar, finalmente, la “National Working Conference on Education and Training in Health Psychology” durante los días 23 al 27 de mayo de 1983, y cuyos trabajos y resoluciones acaba de editar la revista “Health Psychology” (Stone, 1983).

La figura con estructura tridimensional que presentamos a continuación ilustraría, como ejemplo de resultado de la conferencia de trabajo, los tipos de entrenamiento postdoctoral a seguir para psicólogos de salud (Stone, 1983, pág. 138), correspondiendo cada bloque a un tipo de entrenamiento específico.

Figura n.º 1
Modelo de estructura tridimensional para tipos de entrenamiento postdoctoral a seguir para formación de psicólogos de salud (Stone, 1983; pág. 138)

AREAS DE CUIDADO DE SALUD

Etiología
Patogénesis
Diagnóstico
Tratamiento
Rehabilitación
Prevención
Promoción de Salud
Política de Salud



En España existe ya un incrementado interés por la participación de psicólogos en el marco sanitario a la vista de los trabajos, ponencias y comunicaciones, que se presentan en los congresos de psicología celebrados en lo que llevamos de década. Es importante señalar que en el I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos del Estado español, que tuvo lugar en 1984, de las cinco áreas de trabajo previstas, una se dedicó a "Psicología y Salud" (*). Por supuesto que no sólo en nuestro país queda mucho por hacer. La fórmula del éxito en educación y entrenamiento en psicología de la salud, tal como se ha señalado en Harriman, está en función del conocimiento y destrezas que se adquieran multiplicado por el trabajo que exista o se cree, es decir, éxito = $f(C/D \times T)$. De nosotros, los psicólogos, depende, básicamente, que esto se dé.

(*) N. de Redacción: La ponencia "Psicología y Salud", coordinada por Carlos Camarero, está publicada en el número 15, Ponencias, del I Congreso del COP, 1984.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S.: Foreward. En R. Katz y S. Zlutnick (eds.) *Behavior therapy and health care*. Pergamon Press, 1975.
- APA TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH. Contributions of psychology to health research: patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 1976, 31, 263-274.
- BAYES, R.: *Psicología y medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Fontanella, 1979.
- BOLETIN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, n.º 709-II, de 22 de abril de 1982.
- BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, número 299, de 15 de diciembre de 1977.
- BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, de 8 de enero de 1980.
- BRENGELMANN, J. C. (Hrsg.): *Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis*. Gerhard Rottger Verlag, 1981.
- BRENGELMANN, J. C. y BUHRINGER, G.: *Therapieforschung für die Praxis*. Gerhard Rottger Verlag, 1983.
- CHEMNITZ, G. y FEINGOLD, E.: A report on the development and prospects of medical psychology in the Federal Republic of Germany. *Metamedicine*, 1980, 1, 369-374.
- FRANZ, I. D.: On psychology and medical education. *Science*, 1913, 38, 555-566.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Recommendations as to medical education*. London, 1938.

- MATARAZZO, J. D.: Comprehensive medicine: a new era in medical education. *Human Organization*, 1955, 14(1), 4-9.
- MATARAZZO, J.: Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 1980, 35, 807-817.
- MENSCH, I. N.: Psychology in medical education. *American Psychologist*, 1953, 8, 83-85.
- NATHAN, R.; LUBIN, B.; MATARAZZO, J., y PERSELY, G.: Psychologists in schools of medicine: 1955, 1964, and 1977. *American Psychologist*, 1979, 34, 622-627.
- OLBRISCH, M.: Psychotherapeutic interventions in physical health. *American Psychologist*, 1977, 32, 761-777.
- PLECHANO, V.; MASSIEU, M.; GARCIA, S.; JOSE, A.; PETZOLD, H., y GODOMAR, I.: Aplicación de técnicas operantes en el tratamiento de un caso con agnesia de cuerpo calloso, hipsarrítmia, atrofia cerebral y atonía muscular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1976, 3, 185-202.
- PELECHANO, V.: *El impacto psicológico de ser madre*. Alfaplús, 1981.
- PEREZ GARCIA, P.: La comisión de psicólogos en hospitales. *Papeles del Colegio*, 1982, 4/5, 65-66.
- REIG, A.: Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1981, 14, 99-160.
- REIG, A.: Intervención psicológica en trastornos cardiovasculares. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1983, 21, 271-308.
- REIG, A.; GUERRA, J., y BRENGELMANN, J. C.: Die Dimensionale Analyse des Stressverhaltens. En J. C. Brengelmann y G. Bühringer (Hrsgs.) *Therapieforschung für die Praxis*, Gerhard Rottger Verlag, 1983.
- SCHOFIELD, W.: The role of psychology in the delivery of health service. *American Psychologist*, 1969, 24, 565-584.
- STEUDEL, W. I.: Die Innovationszeit von Prüfungsfachern in der medizinischen Ausbildung in Deutschland und ihre Bedingungen; Materialien und Analysen zur Entwicklung der medizinischen Ausbildung seit 100 Jahren (1869-1969). *Med. Diss.* (Tesis Doctoral), Universität Kiel, 1973.
- STONE, G.: Psychology and the health system. En G. Stone; F. Cohen, y N. Adler (eds.) *Health Psychology. A handbook*. Jossey-Bass Publishers, 1979.
- STONE, G. C. (ed.) Proceedings of the National Working Conference on Education and Training in Health Psychology. *Health Psychology*, 1983, vol. 2, N.º 5 (suplemento), págs. 1-153.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION, AND WELFARE. Public Health Service. Health Maintenance Organizations. *Federal Register*, 1974, 39, 37308-37323.
- YATES, A. J.: *Behavior Therapy*. Wiley, 1970.
- YELA, M.: La psicología española: ayer, hoy, mañana. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1976, 141-142, 585-590.

DE UNA PSICOLOGIA SANITARIA A LA SALUD DE LA PSICOLOGIA

S.G. RAYMOND y
J. MOLTO-SANTONJA

EN las distintas instituciones públicas, ya sea centros Hospitalarios o Asistenciales, los psicólogos son auténticos trabajadores clandestinos. Los argumentos invocados para demostrarlo son numerosos, así como los artículos publicados a este respecto.

Dos consideraciones merecen una atención especial:

- La primera pone en evidencia el retraso tomado por el desarrollo de las Ciencias Humanas con respecto al de las llamadas "Exactas".
- La segunda señalar el mutismo de los psicólogos, su terror a afrontar las responsabilidades, a decir, en el fondo, quienes son y como se sienten haciendo lo que hacen.

Este trabajo no trata únicamente de describir una realidad, sino que intenta asimismo dar respuesta a una cuestión fundamental:

¿Existe o no, un lugar para los psicólogos clínicos en las Estructuras sanitarias, en el medio hospitalario...? ¿Los psicólogos responden a una necesidad o por el contrario intentan crearla ellos mismos? Los autores de este artículo están convencidos de la pertinencia social de la psicología. Tienen en cuenta un doble aspecto, el individuo, su organización psicológica y la sociedad, su organización social. Partiendo de esta base, los autores hacen una auténtica radiografía de la situación de los psicólogos a través de las distintas reglamentaciones vigentes, así como un inventario de las prácticas psicológicas. Existe una preocupación subyacente a este artículo: evitar la ingenuidad de pensar que la psicología pueda estar al servicio... de los psicólogos.

Dos propósitos van asociados a la presentación de este texto: Mejorar la comunicación entre los psicólogos clínicos y los que requieren sus servicios o tratan con ellos en lo administrativo (médicos, directores...) e intentar, sin pretender aportar ideas nuevas, que un mayor conocimiento por parte de todos, de los problemas e incertidumbres a los que se ven confrontados los psicólogos, contribuya a evitar una utilización restrictiva de sus servicios por parte de los responsables.

Este trabajo constituye el inicio, sujeto pues a ulteriores modificaciones, de una investigación llevada a cabo bajo los auspicios de la Universidad René Descartes que lleva por título: "LA PARADOJA DEL PSICOLOGO HOSPITALARIO EN FRANCIA DESDE 1971 (*). Hipótesis para una organización de la Psicología en el sector de Higiene Mental. Contribución al desarrollo de las nociones de carrera, de departamento de psicología entre los psicólogos de los Centros Sanitarios". (29; 30; 48; 51; 56).

Presentado en Octubre de 1981 en la Universidad René Descartes, este trabajo nació de una doble interrogación. La primera tiene como objetivo elucidar cuál es la situación de los estudiantes de 5º año de psicología clínica y/o patológica (U.E.R. Instituto de Psicología) que se encuentran realizando prácticas en los hospitales psiquiátricos, servicios de psiquiatría de hospitales generales, más recientemente en algunos servicios somáticos en hospitales de París y de su región (región que se extiende en ocasiones hasta CAEN, ROUEN...). La situación de estos estudiantes tiene mucho que ver con las difíciles condiciones en las que trabajan (sobre todo desde 1972) los psicólogos de terreno que tienen a bien acogerlos y guiarles durante sus prácticas (38; 41).

La segunda se refiere a las dificultades encontradas por la mayoría de los psicólogos franceses a la hora de ejercer su profesión en medianos hospitalarios. Situación que es comparable a las condiciones legales de ejercicio de estos mismos profesionales en distintos países, más corrientemente en numerosos estados de América del Norte (2), en el Canadá (37) o en Finlandia (1). La comparación entre la plaza ocupada por los psicólogos dentro del sistema sanitario francés, y la ocupada por estos fuera de nuestras fronteras, podría inspirar a nuestros psicólogos hospitalarios y ayudarles a plantearse más específica y concretamente la psicología (llamada clínica) en nuestro país.

El principal objetivo, del cual este documento no constituye más que una etapa, es el de constatar cual es la situación de los psicólogos en los hospitales en Francia. Estudiando para ello la reglamentación en vigor (21; 22; 23; 24; 54), y procediendo a un inventario de las prácticas psicológicas, prácticas que están en contradicción con las disposiciones legales que las rigen, ya que estas frenan su desarrollo, encerrándolas en la clandestinidad (27; 33; 52). En el fondo, la cuestión subyacente a esta tesis es triple:

¿Existe un mercado para los psicólogos en la Organización Sanitaria? ¿La presencia de los psicólogos en los centros Asistenciales corresponde a una necesidad? ¿No están intentando los psicólogos, crear ellos mismos esta necesidad?

I. EL MERCADO DE LOS PSICOLOGOS EN LA SITUACION ACTUAL DE LA SANIDAD

Afin de dar mayor alcance a esta investigación, de escapar a un razonamiento "hospitalocéntrico" (40) francés, debemos aceptar el riesgo de centrar la encuesta sobre la implicación del psicólogo clínico en la búsqueda de su identidad profesional a partir de las responsabilidades que este asume

(*) Fecha de promulgación del Decreto nº 71988 del 3 Diciembre 1971 relativo al reclutamiento y promoción de los psicólogos en los establecimientos públicos de Hospitalización y Asistencia.

(31; 32; 53). Una encuesta de esta naturaleza nos permitirá elucidar cuales son los intereses y preocupaciones comunes a la profesión de psicólogo, no sólo en la "asistencia psiquiátrica" (13; 14) en las estructuras sanitarias, sino también entre psicólogos en el plano internacional, pudiendo favorecer la libre circulación y el intercambio de profesionales en el seno de la comunidad científica (este es probablemente el objetivo del llamamiento hecho por primera vez por la presidente de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (11) y, más recientemente el del Prof. S. SHIMMIM (58).

Del capítulo de los propósitos y advertencias, debemos pasar al de las realidades y observar lo que sucede en el campo científico, partiendo para ello de datos precisos (sobre el terreno) a fin de evitar disgresiones inútiles, por las cuales los psicólogos ha pagado ya un alto precio.

En un período en el que los poderes públicos pretenden estar buscando soluciones duraderas para intentar frenar los gastos difícilmente reductibles en materia de sanidad, habría que preguntarse si los psicólogos de los hospitales pueden contribuir a que se produzca un cambio de mentalidad de los usuarios y de los responsables, que haga posible una visión distinta de la enfermedad (34) de los medios de asistencia e indemnización. Único medio de contener los gastos excesivos.

En un momento en el que la ley de Reforma Hospitalaria rige ya nuestras instituciones (Ley que está encontrando muchas dificultades en su aplicación) y en el que se está llevando a cabo la asimilación del personal hospitalario, comunal, de colectividades al rango de funcionarios del Estado (17; 5a, b, c) (concepto éste que acaba de ser remodelado) vemos como los psicólogos siguen siendo ignorados por el cuerpo legislativo. No aparecen en ninguno de los textos, ni figuran en ninguna reforma. No obstante, sobretudo en los hospitales, los psicólogos se sienten concernidos, tanto como ciudadanos contribuyentes, como en cuanto profesionales, sobretudo como miembros de pleno derecho del Servicio Público. Este triple punto de vista, hace que se vean

en la necesidad de contribuir al desarrollo de un sistema, no solo de "prevención" (que pertenece a lo médico y a lo policial) sino también de "pre-prevención", basado en un cambio de mentalidad de los pacientes que evite el "Hyper-consumo" médico. La cuestión ya no puede seguir siendo la del "derecho a estar enfermo" sino la del "deber de estar sano".

Los psicólogos deben trabajar en cierta forma, sobre la responsabilidad de las personas. Los profesionales de la psicología no deben asistir pasivamente a la transformación de los hospitales en palacios dotados de servicios técnicos que gozen de las últimas sofisticaciones, en su mayoría inútiles o en contradicción con el trabajo llevado a cabo por los psicólogos. Así como tampoco deben caer en la trampa absurda de una guerra corporativa en el seno de estos establecimientos públicos (59).

Los psicólogos deben pronunciarse desde ahora (también ellos) en favor de unidades asistenciales ligeras y móviles en el seno de una organización sanitaria en la cual la hospitalización, así como la consulta psicológica (no medicalizada) no constituyan más que un período, la más breve posible.

Asimismo deben dar su opinión sobre el funcionamiento de los establecimientos en los que trabajan, con el fin de que se pueda sacar un mayor provecho del personal y de los medios de asistencia, contribuyendo con ello a disminuir el gasto público (19).

Por otro lado una parte de su tarea profesional podría estar encaminada a resolver las dificultades de orden emocional a los que se ven confrontados las personas y grupos que trabajan en los Centros Asistenciales, contribuyendo con ello a humanizar las relaciones en el seno de estos establecimientos (34).

El mercado psicológico es de difícil estimación, sobretudo si tenemos en cuenta que el trabajo de los psicólogos en los hospitales es un tanto paradójico, sobretudo en el momento actual en el que la complejidad de la vida en sociedad y en las instituciones va en aumento, en el que se da un fenómeno de psicologización general

(creando problemas que no existen en realidad) que hace que el número de personas con desórdenes emocionales vaya en aumento, siendo la mayoría de ellas orientadas hacia el circuito psiquiátrico. En este estado de cosas la evolución de la psicología y la situación de los psicólogos contrasta curiosamente con la importancia del desarrollo alcanzado por otras especialidades que aportan, cada una a su manera, pero ni más ni menos eficazmente que la psicología, soluciones a este tipo de problemas de desequilibrio humano.

¿Significa todo ello que la demanda dirigida a los psicólogos es considerable y proporcional a la importancia de las protestas y controversias que ella suscita?

¿O bien, lo que sucede, es que la medicina (la psiquiatría más especialmente) está tan enferma que necesita absorber a la psicología para curarse?

De hecho aquí interviene la cuestión de las certezas médicas y las certezas psicológicas. Esta paradoja se debe en gran parte a que mientras el psicólogo encuentra grandes dificultades para expresar en un lenguaje preciso una realidad psicológica que es captada a través de lo que podríamos llamar "intuición clínica" (incluso si esta se apoya sobre elementos de verificación que no tienen nada que envidiar a la ciencia: "clínica armada"), otros profesionales en otras especialidades tienen la posibilidad de trabajar con realidades físicas en un registro en el que la traducción de la intuición clínica está directamente en relación con unas certezas directamente palpables.

A causa de esta científicización superficial, las realidades somáticas están menos sujetas a controversias conceptuales. En todo lo referente a la psicología el silencio de los legisladores en torno a esta polémica, no hace más que acentuar la confusión, propiciando el terreno para toda clase de excesos (27) con todas las incidencias nefastas sobre la población, que ello conlleva. La cuestión de saber si existe actualmente en Francia un mercado para los psicólogos queda momentáneamente en suspenso, pero, en todo caso, ya conocemos al menos algunos de los factores que complican la cuestión.

II. NECESIDAD DE LOS PSICOLOGOS: SITUACION ACTUAL

Afirmar que a partir de ahora los psicólogos de los hospitales no pueden seguir ignorando la realidad sin correr el riesgo de verse excluidos no es únicamente un propósito bien intencionado. Se trata de una necesidad imperiosa si no quieren desaparecer o ver como la psiquiatría (que siente, también ella, próximo su fin) se apodera de su disciplina.

Para sobrevivir, de entrada, los psicólogos de los hospitales deben aceptar sus responsabilidades y probar que son capaces de afrontar los problemas sociales, aunque para ello deban aceptar el reto de una sociedad hypermedicalizada, que aún no está dispuesta a concederles una plaza.

¿Cuáles son las condiciones de trabajo de los psicólogos en los hospitales? (29; 30). La experiencia pone de manifiesto que la credibilidad y las posibilidades de ejercicio profesional con los que cuentan dependen en gran parte del grado de información, de sensibilización y de formación psicológica de los que requieren sus servicios, es decir, generalmente los médicos. Cuando estos hacen referencia única y exclusivamente a lo médico y a los medicamentos, el psicólogo se encuentra en una situación en la que va a serle muy difícil trabajar. Otro hecho agrava la situación, y es que la mayoría de los pacientes están mal informados y no saben ni tan siquiera que hay un psicólogo en el servicio en el que se encuentran (53) y cuando lo saben se preguntan, y no sin razón, a que se dedican estos señores que a veces son doctores sin ser médicos (32; 55).

¿Se puede deducir de lo dicho que, efectivamente la situación de los psicólogos depende en definitiva de la formación psicológica y de la buena voluntad de los médicos?

No existe una respuesta única a esta cuestión. Podemos constatar simplemente que los psicólogos se hallan alejados de los lugares de responsabilidad a partir de las cuales podrían aportar la prueba de la pertinencia de su disciplina. A este respecto cabría preguntarse, si ellos mismos están dispuestos a

poner todos los medios a su alcance para llegar a ello. En el apartado de los textos reglamentarios que rigen los centros Sanitarios, vemos como los poderes médicos y administrativos tratan con reticencia a los psicólogos (24), alejándolos de los lugares de decisión administrativa, sin tener en cuenta que de una forma colegial, estos podrían aportar su contribución para la orientación y buena marcha de los establecimientos en los que trabajan.

En muchas ocasiones, se les mantiene en la más absoluta ignorancia de los textos, circulares y notas de servicio y otros documentos que los responsables de la administración dirigen a los directores de hospital para su ulterior difusión entre el personal, de tal manera que los psicólogos se ven obligados a procurarse ellos mismos, fuera de los establecimientos, las informaciones a las cuales tienen pleno derecho. Cabría preguntarse si en este aspecto los psicólogos son considerados como responsables o como personas que aún no han alcanzado su mayoría de edad.

Aunque los poderes locales medico-administrativos se resistan aún a consagrarles oficialmente una autonomía profesional en los hospitales, muchos psicólogos ejercen su profesión de manera independiente en las instituciones públicas, ya sea rompiendo abiertamente con los médicos (EVREUX), ya sea colaborando prudentemente con ellos a partir de un servicio de psicología (BAILLEUL), o bien proponiendo a las autoridades ministeriales (16) una forma de trabajar y de reagruparse que sea coherente con la actualización de la departamentalización de la medicina que se está llevando a cabo en Francia.

Lo dicho se halla perfectamente ilustrado por los trabajos realizados en EVREUX desde hace algunos años, así como por los de PAGANO y su equipo en PROVENCE, y los de ANT. M. CODRON. F et COLL. a ARRAS (3) estos últimos más específicamente orientados hacia la evaluación crítica de una experiencia urbana en psiquiatría.

Dado que en la mayoría de las ocasiones los psicólogos no son reconocidos en el plano estatutario, sus condiciones de trabajo

están a la merced, sin negociación ni medios de protección alguna, de los prejuicios y arbitrariedades de los responsables (27). Es probablemente por este motivo que el público se ve privado en los hospitales de las prestaciones de los psicólogos, quienes ocupan sin embargo un lugar remunerado para ello.

No cabe duda de que ellos mismos son un tanto responsables de su situación, sobretodo si siguen aislándose y lamentándose de su suerte sin darse cuenta de que se arriesgan a verse excluidos a corto o a largo plazo de las estructuras sanitarias, a menos que se decidan a agruparse y expresar públicamente, de una vez por todas, cuales son sus posiciones (34; 45; 53).

Esta concepción de los hechos, anunciada hace ya casi 5 años (25) ha encontrado y encuentra aún reticencias y oposiciones entre los implicados. En todo caso, parece incontestable, sobretodo desde el inicio de la crisis y la extensión galopante del paro, que los psicólogos deben abandonar definitivamente esta tradición de apatía que consiste en aceptar de una forma más o menos solapada el juego del sistema. Hoy en día los argumentos teórico-políticos, cuyos fundamentos son más que discutibles, no pueden seguir siendo invocados para justificar esta inercia. Si bien podemos admitir que durante un período no lejano, los psicólogos no eran enteramente responsables de la relegación a la que se veían sometidos, ha llegado un momento en que deben imponerse al sistema, para que no se les pueda seguir acusando de "no querer mojarse", de "sacar partido de la situación", y sobretodo de no ser exigentes con ellos mismos, con el perjuicio que ello supone para los usuarios y para los fondos del estado.

¿No son acaso ellos prácticamente los únicos contratados en los hospitales públicos, que no pasan unas oposiciones? O en el caso de que así sea, en condiciones tan sospechosas que es normal que los poderes públicos guarden un silencio prudente sobre la cuestión.

La Economía en materia de gastos de salud pública a la que nos vemos confrontados, no permitirá

que los psicólogos sigan siendo "ramas muertas". Simplemente porque ello representa un despilfarro para el sistema sanitario en su totalidad.

¿A la cuestión siempre espinosa de saber si existe un mercado para los psicólogos, se suma la de saber si estos son necesarios?

El sistema no ha previsto nada para contribuir al desarrollo de la psicología, y los médicos, al igual que los psicólogos a fin de cuentas, parecen poco convencidos de esta necesidad.

Este hecho pone una vez más de manifiesto que, para ser útiles las intervenciones de los psicólogos deben fijarse como objetivo la eficacia y la aceptación de responsabilidades, ya que la profesión topa con otro mercado cuya variedad de aspectos pone en evidencia la existencia de un mercado específico para la psicología y con ello el hecho que los psicólogos son necesarios.

Este aspecto hace referencia a la formación, ilimitada en número y en obstáculos universitarios y hospitalarios, de los psicólogos clínicos en relación al número de médicos psiquiatras en Francia y en la mayoría de otros países. Por esta razón se crea una competencia (viéndose privilegiados, ya sea los psiquiatras como sucede en Francia, ya sea los psicólogos en U.S.A.) con una acumulación de roles por parte de los psicólogos clínicos: por un lado el de psicoterapeutas (la eficacia de cuya práctica queda aún por demostrar) (31) y por otro el de psicoanalistas, hecho este del que se lamentaba el Pr. P. DENIKER (7) diciendo que los psicólogos se habían convertido en "psicoanalistas de pacotilla" en "psicoanalistas baratos".

Sea como fuere, todo ello desencadena una serie de conflictos de competencia con los médicos y las jerarquías; originando unas tensiones que no son precisamente beneficiosas para los pacientes, al servicio de los cuales se hallan estos profesionales.

Si hay competencia es que el mercado existe, que los psicólogos son necesarios, como lo prueba el hecho de que muchos psiquiatras llegan a descuidar actividades que les son propias, por otras que pertenecen a la psicología.

Este problema, tal como nos lo escribía el Pr. P. PICHOT "viene agravado por realidades demográficas: en Francia, las organizaciones de psiquiatras empiezan a considerar que los efectivos psiquiátricos son plétóricos, lo cual contribuye a aumentar la competencia". Competencia que se ve agravada a su vez por el hecho de que los poderes públicos, al menos en lo que se refiere a los psicólogos, ignoran totalmente los efectivos de esta profesión. "Este problema es internacional y particularmente agudo en Estados Unidos, en Alemania y en diversos países de Europa" añade el antiguo presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría. La solución para los psicólogos no puede venir más que de un acuerdo internacional.

III. CREAR UNA NECESIDAD PARA LOS PSICOLOGOS ES ANTE TODO RESOLVER EL PROBLEMA DE LA COMPETENCIA

En este embrollo no es fácil aclararse. Las funciones específicas de los psicólogos no son claras, comparadas con las de otros profesionales. La mayor parte de las veces el problema se salda en términos de jarama, de formación universitaria o bien siguiendo usos y costumbres preestablecidas. Algunos psiquiatras por ejemplo, utilizan con sutileza el aura médica para justificar el acaparamiento de campos profesionales y de funciones.

¿Cuáles son las aportaciones específicas de cada uno de ellos? Ahí está el dilema, y la alternativa no puede seguir siendo una guerra corporativa. Se trata de evitar por todos los medios esta competencia agotadora, de la cual acaban pagando las consecuencias los usuarios (enfermos o personas con dificultades psicológicas). Para ello es imprescindible una alternativa política que imponga una opción clara y precisa. Si bien hay que reconocer que los arreglos parciales y "apaños" para salir del paso, han dado en ocasiones un resultado satisfactorio a corto plazo, (48) ahora parece obvio que el problema merece ser considerado de manera más amplia, (4) situándolo en el marco de una política en

materia de Sanidad a llevar a cabo en nuestro país (51). Una política que podría suscitar una serie de competencias en términos de contra monopolios y de mercado que podrían incluso ser beneficiosas para los Organismos Sanitarios como la Seguridad Social (2).

¿Cómo abordar un objetivo de tal envergadura?

¿Cómo situar los grandes ejes de una política en materia de psicología a llevar a cabo en el seno del dispositivo sanitario francés?

La solución debe apoyarse sobre una encuesta previa a nivel internacional, para saber cual es la plaza ocupada por la psicología en los diversos países de Europa, de Ultra Atlántico y del otro lado del Mediterráneo.

Partiendo de la base de que el estatuto de los psicólogos y su identidad psicológica están basados sobre la utilidad de sus intervenciones y las responsabilidades con ellas contraídas, el modelo más adecuado para llevar a cabo el proyecto de encuesta internacional, nos parece ser el utilizado en 1971 por el Pr. R. FRANCES para el estudio de la enseñanza de la psicología (9).

Siguiendo esta línea de trabajo y con la ayuda de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (A.I.P.A.) (58), la colaboración de la A.P.A. (American Psychological Association) y de su revista "The Monitor" ha sido lanzada una encuesta internacional basada principalmente sobre la recogida de artículos. Dicha encuesta tiene como objetivo estudiar la organización de la psicología fuera de Francia y avanzar lo que podría ser una nueva política en esta materia a llevar a cabo en nuestro país. A los psicólogos interesados por esta cuestión se les pide que definan la organización de la psicología en sus respectivos países, a partir de cuatro puntos esenciales:

— El rol y el funcionamiento del colectivo de psicólogos en los hospitales y centros sanitarios, en relación con la reglamentación vigente y con los estatutos y prestaciones de las otras categorías profesionales, comprendidos médicos y administrativos.

— La forma en que son estimados cuantitativa y financieramente los servicios prestados por los psicólogos, y si estos están integrados en algún programa presupuestario. En suma: ¿Existen previsiones presupuestarias concernientes al ejercicio profesional de los psicólogos, a su número? En el caso de que así sea: ¿el número de psicólogos, está en relación con el número de habitantes?

— Proceder a un inventario de las atribuciones y responsabilidades de los psicólogos. ¿Cómo afrontan fuera de Francia sus responsabilidades? ¿Cómo están repartidas? ¿Los psicólogos, son reglamentariamente responsables de sus actos y servicios? ¿Cual es la influencia de esta responsabilidad sobre la plaza ocupada por el psicólogo en las estructuras sanitarias y la ocupada por la psicología en el país en cuestión?

— En el cuarto y último punto se trata de elucidar cuales son las posibilidades de evolución profesional de los psicólogos. ¿Tienen éstos, posibilidades de hacer carrera, de adquirir responsabilidades y autonomía en relación con sus formación inicial, con la forma en que han accedido a su puesto de trabajo (oposiciones...), así como en relación a su experiencia, títulos y publicaciones? ¿Existe una organización jerarquizada en las estructuras en las que trabajan los psicólogos? ¿Cuales son los objetivos de los organismos y de los profesionales que en ellas trabajan? ¿Cuales son los proyectos que pretenden llevar a cabo?

Se trata, en suma, de proceder a una especie de radiografía de la psicología que se practica fuera de nuestras fronteras, con el fin de sacar el máximo de conclusiones y enseñanzas útiles para el desarrollo y puesta en práctica de una auténtica alternativa para la psicología que tenga como objetivo la modificación de la política sanitaria actualmente llevada a cabo en Francia en esta materia.

La A.P.A. (Washington) y "The Pennsylvania State University", con la revista "The Monitor" han permitido las valiosas contribuciones de:

- KUGELMANN, R. The University of Dallas.
- WERTLIEB, D. Institute for health research. Harvard Community Health Plan. Harvard University.
- THE UNIVERSITY OF CANTERBURY, Kent.
- BERMUDEZ, J.M. Psychology. Neuropsychology. Colorado Springs, Colorado.
- GRUB, J. Henry, Virginia Polytechnic Institute and state University. Blacksburg. Virginia.
- HONEA FLEMING, P. Wright State University. Dayton. Ohio.
- JAFFE, T. Dennis. Ph. D. Los Angeles. California.
- SALAMON, J. Michael. The Hebrew Home For the Aged at Riverdale 5901. Polisade avenue. Riverdale, N.Y. 10471.
- CHRIS, E. STOUT. c/o Forest Institute of Professional Psychology 1717 Rand Road. Des Plaines. Illinois. 600.16.

Por parte del Canadá, la Corporación Profesional de Psicólogos de QUEBEC (C.P.P.Q. Montreal y la Sociedad Canadiense de Psicología han manifestado un gran interés por este trabajo. Así como MILLER, R.S. Toronto Général Hospital. 101 College Street. Toronto. Ontario. Canada. M.56. II 7.

Finlandia participa asimismo en esta investigación gracias a la ayuda del "Sindicato de Psicólogos de Finlandia" y de la participación activa de NUPPONEN, Ritva. University of Tampere. Department of Psychology. TAMPEREN YLIOPISTO. Psykologian Laitos. J.A. OPE-TUSKLINIK. P.O. BOX 607. S.F. 33101 - TAMPERE 10.

A partir del llamamiento hecho por el Prof. SHIMMIM a los 82 países miembros de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (58) diversas aportaciones (ya sea a título personal u oficial) llegadas especialmente de Chile, Argentina, Brasil y Perú, han sido propuestas para alimentar esta investigación.

A partir de los trabajos elaborados por los psicólogos de terreno, pueden surgir nuevos proyectos en lo concerniente a la enseñanza y a la investigación. Sugestiones concretas podrán entonces contribuir a modificar la manera en que los psicólogos franceses concilian actualmente el tríptico Enseñanza-Investigación-Práctica.

Considerando como alcanzado el proyecto de definir una nueva política en materia de psicología a llevar a cabo en Francia y sin caer por ello en imitaciones de modelos exteriores, algunas posibilidades concretas merecen ser consideradas:

— Llevar a cabo estudios epidemiológicos concernientes a los psicólogos hospitalarios a partir del momento en que han entrado en funciones.

— Ampliar estos mismos estudios hacia los licenciados universitarios.

— Comparar a que se dedican una vez licenciados los estudiantes de psicología franceses y los de los demás países estudiados.

— Prever cual sería el futuro profesional de los psicólogos en formación, si la psicología estuviera organizada y planificada teniendo en cuenta las prácticas reales, actualmente encerradas en la clandestinidad.

— Articular la psicología clínica con otros sectores prácticos de la disciplina psicológica: ergo-therapia, social...

De esta forma es indudable que las cuestiones de competencia serían abordadas bajo un ángulo diferente. Y que si los psicólogos deben crear una necesidad, esta no concierne a la psicología; la necesidad de la cual está más que demostrada. Es evidente que esta disciplina tiene una plaza de pleno derecho en los Centros Sanitarios en Centros Asistenciales y de Prevención, así como en el seno de la población. La única necesidad a la que deben consagrarse los psicólogos, es la de velar a que la psicología sanitaria sea puesta al alcance del público en condiciones óptimas y por profesionales capacitados para ello.

En conclusión, vemos que existe un mercado para los psicólogos si consideramos que la psicología es su profesión. De lo contrario ¿Para que seguir formando psicólogos? La psicología responde a una necesidad, si se conviene en que debe evitarse una, ya bien avanzada, psiquiatrización general de la población. Los psicólogos deben

crear una necesidad; hacer que los responsables restablezcan el equilibrio en una situación en la que "hay más invitados que platos en la mesa". En la materia los mercaderes son numerosos. El remedio:

Animar a los psicólogos de otros países, y porque no, también a los médicos, a que se unan a sus colegas franceses, a fin de ayudarles a crear y desarrollar un plan de salud para la psicología, del cual el presente trabajo pretende sentar las bases.

Trabajo presentado el 20 de Febrero de 1984 en el "Departement des Sciences de l'Homme et de la Société. MINISTERE DE LA RECHERCHE ET DE L'INDUSTRIE".

S.G. RAYMOND. Doctor en Psicología. Psicólogo de Hospital. Experto en la Audiencia Territorial de ROUEN. Hospital Psychiatrique de NAVARRE. F 27000 - EVREUX. C.P.P.Q. MONTREAL. Número: 03297.82.

J. MOLTO-SANTONJA. Médico. Interno Residente de Psiquiatría. Estudiante de C.E.S. de Psiquiatría (Universidad René DESCARTES. PARIS V).

BIBLIOGRAFIA

- 1- *Acta Psychologica Fennica VII.* 1980. Supplement to Psychologia 1980. Published by the Finnish Psychological Society. Snellmaninkatu 9 - 11 00 170 Helsinki 17, Finland.
Este número comporta una descripción de las tendencias y de las principales problemas de la investigación psicológica Finlandesa, en los 10 Departamentos de psicología de las 7 Universidades del país.
- 2- *American Psychological Association.* Recognition and Reimbursement for psychological Services. A.P.A. State Association program. Washington 1982.
Los problemas encontrados y los movimientos desarrollados por los psicólogos americanos, en los diferentes estados en los que se han estudiado el reconocimiento y las prestaciones psicológicas, son presentados de forma muy concreta, impregnados sobretodo de preocupaciones presupuestarias.
- 3- *Anty, M. Codron, F. et Coll.* Project de création d'une unité de Sciences Humaines expérimentale au Centre Hospitalier d'ARRAS.
Documento sobre la evaluación crítica de una experiencia urbana en psiquiatría sobre la evaluación crítica de una experiencia urbana en psiquiatría de sector y sobre la reflexión colectiva a partir de la creación de una unidad experimental de Ciencias Humanas, más particularmente preocupada por la Salud Mental. Presentado al Ministerio de Sanidad el 18 de Enero de 1983.
- 4- *Blondeau, S. Machavoine, V et Mailard, J.* Pour des Centres de Psychologie clinique. In: Bulletin de psychologie. Psychologie Clinique V: Les psychologues cliniciens. Tome XXXVI. n° 358- Novembre-Décembre 1983.
- 5- *Brehier, T.* a) L'assemblée nationale étend aux agents des collectivités locales les droits et obligations des fonctionnaires de l'Etat. In: Le Monde du 5 mai 1983.
b) Les députés adoptent la première partie du nouveau statut de la fonction publique. In: Le Monde du 6 mai 1983.
c) L'assemblée nationale adopte le nouveau statut des fonctionnaires de l'Etat. In: Le Monde du 11 mai 1983.
- 6- *Chiland, C.* Les psychologues: Fonctions et Formations. Numéro spécial de Psychologie Française. Acte du Colloque de Juin 1981 organisé à l'Université René Descartes. Tome 28-1-Mars 1983.
- 7- *Deniker, P.* Entretien télévisé. TF1. Dimanche 7 août 1983.
- 8- *Escande, P.* La deuxième cellule. Recherches sur la maladie appelée Cancer Paris. Grasset. 1983.
- 9- *Frances, R.* (Avant propos de) L'enseignement de la psychologie. Enquête Internationale publiée sous les auspices de l'I.U.P.S. et de l'U.N.E.S.C.O. Bulletin de Psychologie. Tome XXV, n° 294. 1971-1972.
- 10- *Guillec, G.* L'identité professionnelle des Psychologues Praticiens. Thèse de troisième cycle. Psychologie. Université de Lyon. Octobre 1979.
- 11- *Levy-Leboyer, C.* Lettre du Président. In: Revue Internationale de Psychologie Appliquée. Sage Publication- London. Vol. 32. Number 1. January 1983.
- 12- *Longin, Y.* L'assistance psychiatrique au Mexique. In: Actualités psychiatriques. N° 4. 1971.
- 13- *Longin, Y.* Analyse historique d'institutions psychiatriques en fonction de la réadaptation et de la réinsertion socio-professionnelle des malades et handicapés mentaux. Thèse pour le Doctorat en psychologie- Diplôme de troisième cycle. Ecole pratique des Hautes Etudes. Paris 1975.
- 14- *Longin, Y.* Role du psychologue du travail dans l'Assistance psychiatrique. In: "Psychologie Médicale" 1977. 9, 12.
- 15- *Ministère de la Santé. Institut National de la Santé Publique.* El Madania-Alger. Journées d'études des psychologues. 21-25 juin 1980- Section technique de psychologie - Bulletin de Liaison n° 5. Janvier 1983.
- 16- *Pagano, F. Guerin, C et Saboye, J.L.* Projet de création d'un département de psychologie clinique au Centre Hospitalier Général d'Arles-Mai 1983; Polygraphié. Travail transmis au Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. 1983.
- 17- *Passeron, A.* Egalité, Indépendance, "citoyenneté" - Un nouveau statut pour quatre millions de Fonctionnaires. In: Le Monde du 28 avril 1983.
- 18- *Potier, A.* Psychologue, mal-aimé, cherche identité... In: Actualités Sociales Hebdomadaires- n° 1351- 23 avril 1983.
- 19- *Ralite, J.* Retour de France. Editions Sociales. Notre Temps/Société. Paris 1982.
- 20- *Raymond, S.G.* Projet de création d'une section d'information et de formation pratique des psychologues. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 37, Février 1978.
- 21- *Raymond, S.G.* La belle indifférence du psychologue. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 39, Novembre 1978.
- 22- *Raymond, S.G.* Le psychologue et la "catégorie A". In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 40, Mars 1979.
- 23- *Raymond, S.G.* Sur la catégorie A des psychologues des hôpitaux. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 42, Octobre 1979.
- 24- *Raymond, S.G.* Alternative administrative légal/médico morale pour les psychologues des hôpitaux. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 43, Janvier 1980.
- 25- *Raymond, S.G.* Le psychologue hospitalier et la législation. In: Bulletin de Psychologie. 342, XXXII, Septembre-Octobre 1979, pp. 1011-1015.
- 26- *Raymond, S.G.* Le psychologue hospitalier, expert pres les tribunaux. In: Bulletin de Psychologie, 344, XXXIII, Janvier-Février 1980.
- 27- *Raymond, S.G.* Psychologues des hôpitaux. Psychologues de santé Libéreau (La situation erratique occupée par les ectoplasmes juridiques). Actualités psychiatriques, n° 8, Décembre 1980, pp. 107-113.
- 28- *Raymond, S.G. et Amiel, R.* Ere transitionnelle ou aire transitionnelle (Fonctionnement interne d'un club-corps psychotique). In: Transitions Revue de l'innovation psychiatrique et sociale, n° 5. Les structures intermédiaires et la désinstitution. Paris, Janvier 1981, pp. 93-98.
- 29- *Raymond, S.G.* Plaidoyer pour une psychologie hospitalière. (Le refus psychologue des hôpitaux qu'un lui "rende son chapeau claque"). Actualités psychiatriques, n° 8, Décembre 1981, pp. 63-73.

- 30- Raymond, S.G. Départements de psychologie et orientations hospitalières (Hypothèses en faveur d'une carrière de psychologue des hôpitaux au service du public). In: Psychologie Française, n° 3-4, Décembre 1981, pp. 305-319.
- 31- Raymond, S.G. Questions d'un psychologue des hôpitaux aux "psychothérapeutes en quête de respectabilité". In: Le Quotidien du Médecin, n° 2627, mercredi 17 Février 1982.
- 32- Raymond, S.G. Doctorat professionnel, protection du public et responsabilité du psychologue praticien. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 51, Février 1982.
- 33- Raymond, S.G. Les hôpitaux publics seront-ils transformés en champs de bataille? In: Bulletin de Liaison, n° 5 de l'Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires, Février 1982.
- 34- Raymond, S.G. La psychologie au service des usagers. In: "Le Monde", Jeudi 4 Mars 1982, Rubrique "idées": Humaniser les hôpitaux.
- 35- Raymond, S.G. et Amiel, R. Options transitionnelles du club M.G.E.N. (Fonctionnement interne d'un club-corps psychotique). In: "Psychologie Médicale", 1982, 14, 1, pp. 89-92.
- 36- Raymond, S.G. et Amiel, R. En lisère de la prévention et de la postcure: réflexions à propos de l'Alternative mutualiste du club M.G.E.N. (Fonctionnement interne d'un club-corps psychotique II). Communication au congrès de l'AS. EPSI. 5.6.7. Novembre 1981. In: Actes d'Evry. Supplément à la Revue Transitions, n° 9. L'enjeu des structures intermédiaires en psychiatrie. 4ème trimestre 1982.
- 37- Raymond, S.G. La corporation professionnelle des psychologues du Québec (Le modèle est-il applicable en France? Exhorte à la responsabilité ou réquisitoire...?). In: Actualités psychiatriques, n° 3. Mai 1982.
- 38- Raymond, S.G. Prolégomènes à une revalorisation des stages. (A propos des stages préparatoires à l'exercice professionnel chez les psychologues du Québec). In: Actualités psychiatriques, n° 7, Novembre 1982.
- 39- Réponse à S.G. Raymond. In: Actualités psychiatriques, n° 5, Septembre 1982. R. Clement, E. Garcin, H. Holmucki et M.C. Treca.
- 40- Raymond, S.G. et Schopp, G. Le psychologue et le déficit chronique de la Sécurité Sociale. Halte à l'hospitalocentrisme! In: Le Quotidien du Médecin, n° 2774. 17-18 Septembre 1982.
- 41- Raymond, S.G. et Defives, J.F. Notes relatives à la question des stages pour les psychologues hospitaliers en formation. In: Bulletin de psychologie de l'Université de Paris. Psychologie Clinique V, consacré aux psychologues cliniciens. Avant propos de S.G. Raymond Tome XXXVI, n° 35. Novembre-Décembre 1982.
- 42- Raymond, S.G. La loi de 1838: Quelques avatars et beaucoup de bruit pour rien. In: Le Journal des Psychologues, n° 4. Février 1983.
- 43- Raymond, S.G. Enfants et divorce: peut-on vraiment estimer les qualités parentales? In: Le Quotidien du Médecin, n° 2874. Mercredi 9 Février 1983.
- 44- Raymond, S.G. Digression autour du titre: un formidable bond... en arrière. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues, n° 55. Mars 1983. Un titre de psychologue?
- 45- Raymond, S.G. Le mouvement du 19 mars 1983: des psychologues sur la place publique. In: Bulletin de Psychologie de l'Université de Paris. Psychologie Clinique VI. Tome XXXVI, n° 360. Mai-Juin 1983.
- 46- Raymond, S.G. Des assises nationales à l'Université René Descartes: Une carte d'identité pour les psychologues. In: Le Journal des Psychologues, n° 7. Mai 1983.
- 47- Raymond, S.G. Le psychologue Expert, une philosophie de la compétence. In: Actualités Psychiatriques, n° 5. Mai 1983.
- 48- Raymond, S.G. Une alternative psychologique à la crise de santé. In: Bulletin du Syndicat National des Psychologues. Thème consacré aux départements de psychologie. Juillet 1983. Trimestriel n° 56.
- 49- Raymond, S.G. Questions aux magistrats. Le psychologue en matière de divorce. In: Le Journal des Psychologues, n° 10. Septembre 1983.
- 50- Raymond, S.G. La reconnaissance du titre de psychologue. Un formidable bond en arrière. In: Le Quotidien du Médecin. Mardi 4 Octobre 1983, n° 3028.
- 51- Raymond, S.G. Opinions et recherches sur les départements de psychologie. Une politique psychologique en matière de Santé est-elle possible en France? In: Actualités Psychiatriques, n° 10. Décembre 1983.
- 52- Raymond, S.G. Après la greve à Navarre, l'avis d'un Docteur en psychologie. In: Paris Normandie. Samedi 17 Dimanche 18 Décembre 1983, n° 12.091.
- 53- Raymond, S.G. L'enjeu des hôpitaux publics. In: Le Journal des Psychologues n° 13. Décembre 1983- Janvier 1984.
- 54- Raymond, S.G. Le psychologue en justice administrative et vis à vis de responsabilité. In: Actualités Psychiatriques, n° 1. Janvier 1984.
- 55- Raymond, S.G. La psychologue au Civil: libre propos autour de l'expérimentation dans le couple et auprès des enfants. In: "Dialogue"- Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, n° 83. Mars. 1984.
- 56- Raymond, S.G. Les paradoxes du psychologue des Hôpitaux en France. In: Le Journal des Psychologues. Dossier consacré aux psychologues des Hôpitaux. Présentation de S.G. Raymond, n° 16. Avril 1984.
- 57- Raymond, S.G. Le psychologue des hôpitaux: Ane de Buridan ou Triboulet Stratège? In: "Actualités Psychiatriques". En cours de publication.
- 58- Shimmin, S. Un appel à tous les membres de l'A.I.P.A. In: International Review of Applied Psychology. Vol. 32. Number 4, October 1983.
- 59- Trey, P. Le temps des corporations. In: Le Monde du 7 mai 1983.

EL PSICOLOGO EN EL SISTEMA DE SALUD CUBANO

JUAN CARLOS DURO
FELIPE VALLEJO

YA en el número 10/11, de septiembre de 1983, de esta misma revista, se publicaba un artículo sobre la Psicología de la Salud en Cuba en el que, de una manera genérica, se explican las características del Sistema Nacional de Salud Cubano y la inclusión de la Psicología, en sus distintos niveles de atención. Remitimos a dicho artículo para recordar los objetivos y áreas de aplicación de la Psicología de la Salud en Cuba, sus premisas teóricas básicas, los niveles y tipos de intervenciones psicológicas, los aspectos organizativos y las tendencias futuras.

El trabajo que a continuación presentamos se basa en nuestra participación en un taller internacional de Psicología de la Salud en Cuba, celebrado en diciembre del pasado año, en La Habana. Constó ese taller de conferencias de los responsables del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba, de miembros del Poder Popular, de la Federación de Mujeres Cubanas y de los Comités de Defensa de la Revolución con el objetivo de dar a conocer las características de la realidad social cubana que enmarcan el desarrollo de la Psicología de la Salud en ese país.

Por otro lado, y ese fue el aspecto que desarrollaremos en profundidad más adelante, realizamos visitas a distintas instituciones sanitarias, donde conocimos la práctica profesional de los psicólogos que en ellas trabajan.

ALGUNOS DATOS INTRODUCTORIOS

En el Sistema Nacional de Salud Cubano (S.N.S.) trabajan dos tipos de profesionales de la Psicología: los psicólogos y los técnicos medios en Psicología (antes llamados psicometristas).

Los 1.300 psicólogos formados en las Universidades estatales a partir de 1962, tres años después del triunfo de la revolución, traba-

jan (en Cuba no hay paro de psicólogos) en los distintos sectores, educativo, laboral y salud, siendo este último el que mayor número de psicólogos acoge, 521 actualmente. Estos psicólogos, 40% del total, se definen y autorreconocen como Psicólogos de la Salud.

Los técnicos medios, formados a partir de 1971, cursan dos años después de terminar sus estudios preuniversitarios. Actualmente existen 550 técnicos medios de Psicología en el S.N.S. cubano. La relación que suele darse en las distintas instituciones sanitarias es de un psicólogo y un técnico medio.

El S.N.S. cubano está organizado en tres niveles:

I. NIVEL CENTRAL

Representado por el Ministerio de Salud Pública (Minsap) es el encargado de establecer las políticas de salud, establecer normas profesionales a través de grupos asesores de todas las especialidades (en el caso de los psicólogos es el Grupo Nacional de Psicología) y ejercer tareas de supervisión, control y evaluación de los niveles inferiores.

De este nivel Central dependen directamente la atención terciaria, es decir, los hospitales especializados (hospitales psiquiátricos, hospitales oftalmológicos, hogares de impedidos físicos, etcétera) y los 11 institutos de investigación existentes (Cardiología, Neurología, Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, etcétera).

II. NIVEL PROVINCIAL

Representado por las Direcciones Provinciales de Salud, es el encargado de aplicar los programas de salud y ejercer tareas de

supervisión, control y evaluación del nivel municipal.

De este nivel provincial depende la atención secundaria, es decir los hospitales maternos o ginecobstétricos, hospitales pediátricos, los hospitales generales o clínico-quirúrgicos y los hogares de ancianos.

III. NIVEL MUNICIPAL

Representado por la Dirección Municipal es el encargado de aplicar los programas de salud en el Policlínico (equivalente a lo que serán nuestros Centros de Salud), primer nivel de atención o atención primaria, puerta de entrada al sistema de salud, con especial énfasis en los aspectos preventivos, promoción de salud y valoración integral del fenómeno salud-enfermedad.

La presencia del psicólogo en el S.N.S. cubano se da en los tres niveles, tanto en tarea de dirección, programación, como de intervención directa.

En el plano directivo los psicólogos están incluidos a Nivel Central en el Grupo Nacional de Psicología, cuyas funciones son:

- Asesoramiento a la Dirección Nacional para el establecimiento de normas profesionales de los psicólogos que trabajan en salud y para todas aquellas cuestiones generales que se benefician del asesoramiento de los psicólogos (por ejemplo, en la construcción de edificios sanitarios).
- Evaluación y control de la actividad de los psicólogos en todos los niveles de atención.
- Organización de actividades docentes para los psicólogos de la salud y para otras especialidades médicas.
- Promoción de actividades de investigación de los psicólogos de la salud y de equipos interdisciplinarios que trabajan en este campo.

En el Nivel Provincial conforman los Grupos Provinciales de Psicología que realizan las mismas fun-

ciones que el Grupo Nacional, excepto las normativas y a Nivel Municipal los llamados activistas municipales de Psicología que realizan tareas de evaluación e investigación en la atención primaria.

La inclusión del Psicólogo en las distintas instituciones sanitarias, data de 1968, cuando el Ministerio de Salud Pública decide implantar la figura del psicólogo de la salud, sacándolo del estrecho marco de la atención psiquiátrica hospitalaria y de las limitadas labores de psicodiagnóstico y algunas psicoterapias.

Así es como la presencia del psicólogo cobra sentido en los distintos niveles y dispositivos de salud, más allá de su inclusión como profesional en el trabajo específico de salud mental.

Esta nueva concepción del trabajo del psicólogo justifica su inclusión en los Servicios de Psicología. Estos Servicios constituidos exclusivamente por psicólogos y técnicos medios en Psicología tienen su propio organigrama (el jefe del Servicio es un psicólogo) y no dependen como Servicio de ninguna otra profesión de salud (como los psiquiatras, por ejemplo), sino que se incluyen como un servicio más dentro del esquema global de la institución que se trate. Incluso, y esto es muy importante por lo que nos puede servir de clarificación a nosotros, en los Policlínicos existe un Servicio de Psicología y sin embargo no están incluidos los psiquiatras (Servicio de Psiquiatría) en este nivel de atención primaria.

Traduciéndolo al lenguaje que ahora se está utilizando en nuestro medio, la atención en salud mental especializada se da en el nivel secundario (y ahí participan psicólogos), sin embargo, los psicólogos en el nivel de atención primaria (Policlínicos allí, Centros de Salud aquí) tienen su función específica como a continuación desarrollaremos.

EL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL POLICLINICO

El Policlínico integral en el S.N.S. cubano en el primer esla-

bón de trabajo en la comunidad o atención primaria y presta una atención integral en Salud de un Área de población determinada (20.000 a 30.000 habitantes).

Este Área de salud se divide en sectores cuya responsabilidad está a cargo de un equipo de salud horizontal compuesto por médico pediatra, médico internista, médico ginecobstetra, odontólogo y enfermeras. El resto de los profesionales que trabajan en el Policlínico, los Psicólogos, trabajadora social y trabajador sanitario forman parte del equipo de salud horizontal.

En el Policlínico Alamar que visitamos, el equipo de salud horizontal cubre el siguiente número de personas, un pediatra por cada 1.000 niños, un internista por cada 2.000 adultos, un ginecobstetra por cada 2.000-2.500 mujeres. Además tienen Servicio de Urgencia las veinticuatro horas del día, Laboratorio Clínico y una Unidad de Docencia. En cuanto al Servicio de Psicología está formado por dos psicólogos y un técnico medio en Psicología.

Los objetivos del Servicio de Psicología en el Policlínico son:

a) Generales:

1. Contribuir al logro de los principios que sustentan la Medicina en la Comunidad (Atención integral, Dispensarizada, Continua, en Equipo, con participación de la Comunidad, etcétera).
2. Participar en la realización de los Programas Básicos del Área y en el programa de Promoción de Salud, los cuales recogen las actividades fundamentales del equipo de salud del Policlínico.
3. Contribuir a la integralidad en la atención a las familias del área de salud.

Concretamente en el Policlínico Alamar los programas básicos que se desarrollan son: Programa de Atención Integral a la mujer, Programa de Atención Integral al niño, Programa de Estomatología y Programa de Atención al adulto. Además están los programas de saneamiento ambiental, de higie-

ne en el trabajo, epidemiología, administrativo y lo que ellos llaman "el programa de todos los programas", programa de optimización de los servicios, es decir, que los ciudadanos reciben los servicios en la cantidad y calidad que necesiten, con un alto grado de satisfacción. (Este será uno de los Trabajos que realicen los psicólogos mediante estudios, Trabajos de campo, Asambleas de vecinos, etcétera.)

b) Objetivos específicos de los Servicios de Psicología son:

- Promover el cambio en los hábitos perjudiciales a la salud como el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad en la población del área.
- Favorecer la preparación prematrimonial de las parejas que contraen matrimonio en el área.
- Disminuir las interrupciones del embarazo en el área y elevar en general el nivel educativo en cuestiones de la sexualidad y reproducción.
- Lograr relaciones y comunicaciones en la pareja que favorezcan la salud, el bienestar y beneficiar el funcionamiento familiar.
- Promover el mejor desarrollo del embarazo y trabajo de parto, sobre todo en gestantes de alto riesgo obstétrico del área, con vistas a favorecer la disminución de las dificultades perinatales y generales y la futura relación madre-hijo.
- Promover un mayor conocimiento por parte de los adultos de las necesidades psicológicas del niño en las distintas etapas de su desarrollo (lactante, preescolar y adolescente).
- Promover el desarrollo psicológico normal de los niños nacidos de bajo peso, patológicos y desnutridos del área.
- Detectar precozmente y orientar oportunamente dificultades en el desarrollo intelectual y problemas psicológicos con el niño y adolescente, tanto en el ámbito familiar como escolar.

- Lograr en los pacientes dispensarizados infantiles y adultos, así como en sus familiares y allegados, respuestas psicológicas ante la enfermedad que promuevan la mejor evolución. Estos pacientes dispensarizados (asmáticos, diabéticos, hipertensos, etcétera) reciben una atención programada en función de la cronicidad de su enfermedad. Otras personas dispensarizadas en función del riesgo son los niños menores de cinco años, los adolescentes, las mujeres embarazadas y los adultos mayores de sesenta y cinco años.
- Identificar los factores psicosociales que intervienen en la aparición y evolución de las enfermedades crónicas más frecuentes en el área, en las primeras causas de muerte y otros problemas de salud priorizados.
- Conocer el nivel de cultura sanitaria de los grupos comunitarios en problemas específicos detectados.
- Promover, en colaboración con el Ministerio de Educación condiciones de vida y actividad favorables a la salud y desarrollo de la personalidad del niño y el adolescente en escuelas del área priorizadas.
- Promover condiciones de trabajo y actividad laboral favorables a la salud, bienestar y realización personal de los trabajadores priorizados a nivel provincial y/o municipal.
- Facilitar el proceso de entrega a la población de conocimientos médicos y psicológicos necesarios para tomar decisiones en cuestiones de salud.
- Propiciar mecanismos efectivos en la comunicación para detectar, comunicar y dar solución, en conjunto con los equipos de los sectores, a los problemas de salud percibida.
- Evaluar los servicios de atención primaria en lo que respecta a la percepción que de los mismos tiene tanto la comunidad, como los trabajadores del Policlínico.

- Transmitir conocimientos y habilidades propios de las ciencias psicológicas a los miembros de los equipos horizontales para el mejor desempeño de sus funciones.

Las Actividades del psicólogo en el Policlínico son:

- Realizar intervenciones psicológicas a nivel de individuo, familia, grupos, colectivos y medios de comunicación de masas para la modificación de hábitos perjudiciales y para aumentar la motivación de la población en cuestiones de salud.
- Realizar orientación prematrimonial a parejas que contraen matrimonio en el área.
- Realizar orientación a nivel de individuo, familia, grupos y medios de comunicación masiva sobre aspectos psicológicos de la reproducción y la sexualidad.
- Realizar interconsulta con Obstetricia para el manejo de aspectos psicosociales en embarazadas priorizadas por dificultades emocionales debidas a situaciones específicas de orden familiar, conyugal, laboral o social.
- Realizar reconsulta de seguimiento a gestantes, cuando la evolución lo requiere, empleando técnicas psicoterapéuticas y de orientación individual, matrimonial, familiar o grupal.
- Realizar visitas al hogar con el equipo horizontal a gestantes, cuando lo requiera la orientación psicológica del caso.
- Realizar interconsulta con Pediatría y consulta de seguimiento en caso necesario, para el manejo de problemas psicológicos en el niño y para orientar las reacciones psicológicas del paciente dispensarizado y sus familiares.
- Realizar intervenciones psicológicas para lograr la estimulación oportuna del lactante en riesgo.
- Visitar el hogar, círculo infantil o escuela, cuando lo exija la orientación psicológica del ni-

- ño o adolescente, o de los adultos encargados de su educación.
- Realizar dinámicas de grupo con padres de niños dispensarizados priorizados para favorecer las reacciones a la enfermedad.
- Realizar interconsulta con Medicina Interna, pacientes dispensarizados afectados por problemas psicológicos asociados a situaciones particulares, familiares, conyugales, laborales o sociales que dificultan la evolución del padecimiento.
- Realizar reconsulta de seguimiento, cuando sea necesario, en pacientes adolescentes y adultos dispensarizados empleando técnicas psicoterapéuticas y de orientación individual, familiar o grupal.
- Asesorar a las tres especialidades médicas básicas en la dirección de grupos de pacientes dispensarizados.
- Realizar visitas al hogar o centro de trabajo de pacientes dispensarizados adultos cuando la orientación psicológica del caso lo requiere.
- Realizar estudios de grado de satisfacción de la población con los servicios para realizar una evaluación continuada de los mismos.
- Asesorar a los equipos horizontales y participar, cuando sea necesario, en actividades encaminadas a conocer y motivar a los cuadros y activistas de las organizaciones de masas de la comunidad en relación a las actividades de salud.
- Asesorar y participar activamente en las actividades educativas con la población, fundamentalmente en las cuestiones de Psicología.
- Participar cuando se requiere, en las reuniones con los sectores para identificar problemas de salud o evaluar los servicios del Policlínico.
- Realizar estudios para conocer factores psicológicos involucrados en los problemas de salud de la población, del Área.

- Impartir cursos y seminarios teórico-prácticos de perfeccionamiento y capacitación de Ciencias Psicológicas a los profesionales y técnicos del equipo de salud.

- Adiestrar a los equipos horizontales sobre técnicas educativas grupales y dinámica de grupo. Especial interés reviste la participación del psicólogo en el diagnóstico de salud del sector realizada en reuniones públicas entre equipo de salud y comunidad. Ahí el psicólogo ha de favorecer la comunicación entre equipo de salud y la comunidad, potenciar una participación de la comunidad, concretar tareas y establecer metas de trabajo.

- Participar cuando sea necesario en las reuniones departamentales de Pediatría, Medicina Interna y Ginecología.

- Colaborar, cuando el caso lo requiera y dentro de las especialidades de trabajo, con las especialidades de nivel secundario que ofrecen interconsulta en el Policlínico.

- Intervenir en la dinámica institucional del Policlínico para mejorar la organización del mismo.

En numerosas Policlínicas existen Unidades Docentes en las que se forman los médicos de las distintas especialidades. Es de resaltar que la formación en Psicología de estos médicos, ocupa el mayor número de horas de su formación general y en ella se incluyen cinco bloques temáticos: Psicología de la Salud, Ciencias Sociales, Técnicas educativas en salud, Psicología del desarrollo y Metodología de la investigación.

Obviamente, además de esta formación reglada, se realiza por parte de los psicólogos una continuada labor formativa de los restantes profesionales, en el cotidiano trabajo en equipo y en la práctica de la interconsulta.

Actividades de los técnicos medios en Psicología son:

- Participar en las tareas educativas con la comunidad en general y con los cuadros de los

organismos de masa sobre aspectos de Psicología del Desarrollo, según indicaciones del Psicólogo.

- Participar en la realización de entrevistas grupales y dinámica de grupo en la comunidad, tanto para obtener información, como para sensibilizar y vincular a la población con el Policlínico.

- Realizar grupos educativos con gestantes que acuden a psicoprofilaxis sobre necesidades psicológicas del lactante y técnicas de crianza infantil.

- Realizar grupos educativos con madres y padres sobre crianza infantil en las distintas etapas del desarrollo, en locales del Policlínico y de la Comunidad, centro de trabajo, escuelas de Área, etcétera.

- Aplicar pruebas psicológicas a niños, gestantes y adultos cuando la evaluación del caso lo requiere, según indicación del psicólogo.

- Realizar visitas al hogar, centro de trabajo, escuelas, para buscar información necesaria para la evaluación de los casos o para complementar orientaciones específicas indicadas por el psicólogo, empleando las técnicas de la entrevista y observación.

- Recoger información para las investigaciones psicosociales del Servicio aplicando cuestionarios, pruebas o mediante la observación y la entrevista.

- Participar en el procesamiento estadístico de investigaciones.

- Participar en cursos y seminarios de capacitación sobre Psicología a personal técnico medio y administrativo de la unidad.

Criterios para solicitar interconsulta o remitir a consulta de Psicología.

Para terminar con la exposición del trabajo del psicólogo en el Policlínico remarquemos los criterios existentes para solicitar interconsulta de parte de los médicos a los psicólogos y/o remitir a consulta de Psicología.

Por un interés cara a nuestro medio, señalemos de nuevo que esta interconsulta es solicitada al Servicio de Psicología incluido en el Policlínico y no al Servicio de Psiquiatría y/o Servicio de Psicología incluido en los Hospitales Generales de Segundo nivel como más adelante expondremos.

En Ginecología

1. Embarazadas sanas y de alto riesgo obstétrico, así como pacientes ginecológicas con problemas emocionales por dificultades familiares, conyugales, laborales o sociales que pueden repercutir negativamente sobre su estado de salud.

2. Gestantes menores de dieciocho años.

3. Adolescentes que soliciten interrupción del embarazo y que presenten conflictos en esta área.

4. Parejas con disfunciones sexuales.

En Pediatría

1. Niños con padres con necesidad de ser instruidos en lo que es normal en el desarrollo psicológico de los hijos y orientados respecto a situaciones específicas que enfrentan en esos momentos en la educación de los mismos.

2. Casos en que los que el clima emocional de la familia puede afectar negativamente el desarrollo de la personalidad del niño o provocarle problemas psicológicos.

3. Niños que presentan a la familia dificultades en su crianza, como agresividad, celos, intranquilidad, problemas con el sueño, en la alimentación, los hábitos, temores, rabietas, enuresis sin base orgánica, hipoactividad y timidez, alteraciones en la identificación sexual, etcétera.

4. Lactantes desnutridos, nacidos de bajo peso y patológicos, así como lactantes sanos, donde el ambiente familiar impida satisfacer adecuadamente las necesidades de esos niños.

5. Niños con dificultades tanto en su adaptación a la escuela o círculo infantil, como en el aprovechamiento escolar.
6. Niños asmáticos, cardiopatas, diabéticos, con limitaciones físicas u otras patologías orgánicas cuyos padres necesitan orientación psicológica con respecto a la educación del niño y la adaptación a la enfermedad.

En Medicina Interna

1. Adolescentes con dificultades en la esfera familiar, escolar o social, que estén afectando su desarrollo emocional y su salud.
2. Adolescentes con enfermedad crónica cuya reacción psicológica y la de los allegados dificultan la evolución del padecimiento (sobre protección, limitación en exceso, no cumplimiento del tratamiento, etcétera).
3. Pacientes adultos con patologías crónicas, cuyas respuestas ante la enfermedad no favorecen su evolución (indolencia, preocupación excesiva, incapacidad para modificar hábitos perjudiciales, etcétera).
4. Pacientes con patologías crónicas con problemas emocionales por dificultades específicas familiares, laborales, conyugales o sociales que perjudiquen la evolución de su padecimiento.

EL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL NIVEL HOSPITALARIO

La inclusión de los Servicios de Psicología en los hospitales cubanos es un logro relativamente reciente, ya que anteriormente los psicólogos estaban incluidos dentro del Servicio de Psiquiatría con reducidas tareas de psicodiagnóstico y algunas psicoterapias.

Actualmente los Servicios de Psicología se ubican en los distintos tipos de hospitales, a saber: Hospitales Generales o Clínico-Quirúrgicos, Hospitales Pediátricos, Hospitales Maternos o Ginecobstétricos y Hospitales Psiquiátricos.

El Servicio de Psicología en el Hospital General

En los Hospitales Generales o Clínico-Quirúrgicos ingresan las personas provenientes de los Policlínicos o de los servicios de urgencia. Es el médico de guardia quien efectúa el ingreso en el caso necesario y posteriormente lo notifica al especialista, que se va a hacer cargo del paciente.

Existe en el Hospital General Servicio de Psiquiatría y Servicio de Psicología, organizativamente independientes, aunque en algunos hospitales los psicólogos pertenecientes al Servicio de Psicología trabajan establemente en equipo con el Servicio de Psiquiatría. En ambos casos los psicólogos dependen del Servicio de Psicología y han de responder en sus actividades al plan nacional para hospitales, elaborado por el Grupo Nacional de Psicólogos del Ministerio de Salud Cubano. La participación del psicólogo en el Servicio de Psiquiatría se refiere a evaluación de la problemática psicológica de la persona y psicoterapias de distinta modalidad (individuales, familia, grupo, etcétera), según las características del equipo formado por psiquiatras y psicólogos.

Pero las actividades del Servicio de Psicología no se reducen a su participación en el Servicio de Psiquiatría sino que, y al parecer cada vez más, se refieren a trabajo conjunto con otras especialidades médico-hospitalarias (Cardiología, Aparato Digestivo, Cirugía, etcétera) que requieren la presencia del psicólogo en aquellos casos de personas ingresadas que presentan problemática psicológica, o en personas que van a ser sometidas a intervenciones quirúrgicas.

Igualmente, el trabajo sobre la institución hospitalaria es otra de las funciones del Servicio de Psicología de manera que se analicen los conflictos existentes entre distintos departamentos, se mejore la comunicación inter-servicios, etc.

Es importante reseñar cómo el psicólogo, en la práctica, ha ido saliendo del estrecho marco de la Psiquiatría para irse ocupando de los distintos niveles psicológicos que se producen en la atención a la enfermedad y en la propia dinámica institucional.

El Servicio de Psicología en el Hospital Ginecobstétrico

Para explicar las actividades del psicólogo en los hospitales maternos tomaremos como referencia nuestra visita al Hospital Ginecobstétrico de La Habana "Ramón González Coro", primer hospital materno cubano, donde se puso en marcha un Servicio de Psicología. El objetivo de los psicólogos es insertar la Psicología en los médicos para que cada vez en mayor medida, éstos tengan en cuenta las repercusiones psicológicas de la patología de la mujer relacionada con la sexualidad y reproducción, bien para abordarlos ellos en una atención integral, bien para efectuar correctamente las derivaciones al psicólogo.

Para facilitar la exposición dividiremos las intervenciones de los psicólogos en distintos apartados:

Patología ginecológica

En todos los casos de mujeres que presentan algún tipo de patología ginecológica se le presta atención a la repercusión psicológica que esa patología genera, especialmente en los casos de pruebas citológicas alteradas.

En la problemática adolescente que suele presentarse como un fuerte monto de ansiedad, las chicas son atendidas conjuntamente por médicos y psicólogos, incluyendo la orientación a los padres para que ese trastorno ginecológico no vaya a repercutir en su salud. Los psicólogos trabajan las ansiedades que acompañan a los problemas de dismenorrea o con aquellas muchachas sin vagina a las que se les presta ayuda psicológica individual, familiar y de pareja.

Igual apoyo psicológico se presta en los casos de interrupción del embarazo de adolescentes.

Psicoprofilaxis quirúrgica

Con las personas que van a ser sometidas a alguna operación (útero, mama, etc.) se realizan grupos de preparación a la operación en los que, con un máximo de 9 personas, se les da información sobre la operación (en qué consiste, qué efectos tiene, qué utilidad tiene el órgano, etc.) y se trabaja en grupo sobre la angustia asociada.

da a la operación, sus fantasías ("que se iban a transformar en hombres", "que van a quedarse sin sexualidad", etc.) y los aspectos no conscientes basados en estereotipos y prejuicios (unión de sexualidad y reproducción por ejemplo).

Después de más de 4 años desarrollando este trabajo han observado una menor incidencia de depresiones post-operatorias.

Psicoprofilaxis del parto

La atención a la embarazada es un programa priorizado en todos los niveles de atención en salud del S.N.S. Cubano. Así el seguimiento de la mujer embarazada sana se efectúa en el Policlínico (10 controles de embarazo) participando el psicólogo a la segunda o tercera entrevista con el fin de detectar problemas psicológicos que la transforma en población de alto riesgo. Aquellas mujeres en las que se detecta precozmente algún tipo de patología o riesgo especial pasan a ser controladas en el H. Ginecobiológico de su Área de Salud.

Toda mujer que va a dar a luz realiza psicoprofilaxis del parto en el Hospital que le corresponde, el objetivo es ayudar a elaborar la angustia que le provoca esa situación, temores asociados a la pérdida de la figura corporal, capacidad-incapacidad de enfrentar nuevas responsabilidades, malformaciones en el niño, morir en el parto, dañar al niño, etc.

La preparación consiste en alternar dos temas de información con una sesión de psicoterapia de grupo. En total son 12 clases con los siguientes temas:

- ¿Qué es la psicoprofilaxis?
- Aparato genital
- Cambios en el embarazo
- Medios diagnósticos
- Relajación y respiración
- Trabajo, parto y post-parto
- Cuidados inmediatos del recién nacido
- Lactancia materna
- Métodos anticonceptivos
- Cuidados del recién nacido
- Primer año de vida del niño

También se realiza una visita a la sala de partos y una al cunero donde pasa 6 horas en contacto con otros niños.

Persiguen las 3 psicólogas que trabajan en este Hospital que las mujeres asuman un rol activo para que no depositen todo en el médico. Es por esto que ellas (coordinadora y observadora) en el trabajo del grupo tratan de no dirigirlo y permiten que las mujeres expresen aquello que la sociedad les reprime.

En los casos que los lactantes tienen problemática social o familiar, bajo peso, desnutrición o nacimiento patológico pasan a ser controlados en el Policlínico de su Área de Salud.

Otras actividades del Servicio de Psicología es participar en el programa de consejo genético, de lactancia materna con grupos de madres y la atención a las disfunciones sexuales. Las personas con problemática sexual pueden acudir al Policlínico o a los Hospitales maternos ya que a veces es más fácil pensar que los problemas son físicos que psicológicos. Son atendidas en ambos niveles.

El Servicio de Psicología en el H. Psiquiátrico

En Cuba existen varios H. Psiquiátricos donde están ingresadas personas diagnosticadas de psicóticos crónicos con largo tiempo de evolución en su patología.

Es un hospital de tercer nivel y por lo general acuden a él personas derivadas de los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales.

En el H. Psiquiátrico de La Habana, que visitamos, actualmente viven 3.500 pacientes muchos de ellos de avanzada edad, recordatorios vivientes de las condiciones infrahumanas en que se encontraba este manicomio antes de la revolución.

Actualmente el personal está compuesto por psiquiatras, psicólogos, técnicos medios en Psicología, enfermeros, auxiliares y trabajadores sociales, siendo muy importante la presencia del psicólogo tanto a niveles directivos (la subdirectora del H. es una psicóloga) como a niveles cuantitativos (trabajan 45 psiquiatras y 40 psicólogos).

El trabajo en equipo organizado por pabellones y servicio consiste en evaluación del paciente, tratamientos psicofarmacológico y psicoterapéutico (individual y grupal) y actividades de terapia ocupacional.

La terapia ocupacional en el eje alrededor del cual se estructura la vida del Hospital y el proceso de inserción social del paciente ya que se realiza en seis niveles, dentro del Hospital y en la comunidad con el fin último de que las personas puedan vivir en su medio con sus familiares o en pisos protegidos.

EL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL NIVEL TERCARIO

Expondremos el trabajo del psicólogo en este nivel tomando como muestra las tres instituciones que visitamos: Hogar para niños con retraso mental "Benjamín Moreno", Hospital Ortopédico "Frank Pais" e Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

Hogar para niños con retraso mental

Este Centro depende de la Dirección de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública y tiene a su cargo 210 niños y adolescentes con retraso mental profundo, 100 de ellos en régimen de internado y 110 semiinternos. Trabajan 195 personas entre ellos médicos, psicólogos, psiquiatras, técnicos medios en Psicología, psicopedagogos, logopedas y fisioterapeutas.

Los niños acceden al Centro detectados por el maestro y/o por el Policlínico que los puede seguir en consulta externa y en el domicilio hasta los 2 años y medio. Posteriormente son remitidos a los Centros de Evaluación y Diagnóstico del Minsap quienes deciden su ingreso en estos Centros. Es objetivo de este hogar prestar atención integral al niño sin descuidar a la familia con la que el psicólogo organiza escuelas de padres para que aprendan el manejo de sus hijos y terapias familiares en los casos que lo requieran.

La evaluación, diagnóstico y pronóstico del caso no se hace basándose en pruebas psicomátri-

cas, ni clasificando a los niños en base a su C.I. sino a través de la observación, fase en el que están durante un año antes de ingresar en el Centro.

Especial importancia tiene en este hogar la educación laboral, ir desarrollando, desde pequeños, habilidades para poder hacer trabajos sencillos de manera que posteriormente se puedan integrar en las fábricas. En la actualidad se estaba llevando a cabo un programa conjunto con el sector de la construcción para este fin y se están construyendo talleres protegidos para aquellos que no se pueden integrar en las normales actividades laborales.

Hospital Ortopédico

A este hospital de 450 camas y provisto de alta tecnología en traumatología y ortopedia, acuden personas derivadas de los Policlínicos de todo el país y personas de gran relevancia social (deportistas, artistas de danza, etc.).

Prestan asistencia en consulta externa e ingreso a niños, adolescentes y adultos.

El trabajo de los 3 psicólogos y un técnico medio en Psicología que forman el Servicio de Psicología se centra fundamentalmente en la psicoprofilaxis quirúrgica, sobre todo en los casos de amputación de algún miembro. Aquí se trabaja con el sujeto, la familia y el equipo que lo va a atender para que la operación se realice en las mejores condiciones psicológicas posibles. El trabajo en grupos postoperatorio para lograr la aceptación con el equipo médico en todos los casos que puedan requerir orientación psicológica y se efectúan tareas de docencia con enfermeras y médicos, así como investigaciones conjuntas sobre impedidos físicos y escoliosis.

Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas

En este Instituto Nacional se atienden todo tipo de trastornos endocrinológicos y enfermedades metabólicas, especialmente la diabetes mellitus con sus dos modalidades. Consulta permanente para orientación, remitiendo los casos sencillos a los Policlínicos correspondientes y Centro Diurno u Hos-

pital de Día, donde acuden pacientes diabéticos descompensados que el Policlínico no puede atender.

En el Centro Diurno las personas diabéticas supervisadas por un odontólogo, un oftalmólogo, un endocrinólogo y un psicólogo, aprender a hacerse pruebas de control, a autoinyectarse, a organizar su comida según calorías, realizar relajación, etcétera.

El Departamento de Psicología, compuesto por cuatro psicólogos y cuatro técnicos medios en Psicología se ocupa además de:

- Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertiroides.
- Disfunciones sexuales.
- Aspectos psicológicos de la endocrinología infantil (diabéticos, baja talla, etcétera).
- Atención a sala niños.

El 75 por 100 de su actividad está dedicada a la investigación y el 25 por 100 a la asistencia. Junto con el estudio de temas como diabetes infantil, infertilidad de la mujer, etcétera, realizan grupos de enfermos diabéticos que no siguen las indicaciones prescritas, y grupos sobre hábitos alimenticios.

Esperamos que esta exposición de la práctica profesional de los psicólogos de la salud en Cuba sea lo suficientemente sugerente para abrir nuevas posibilidades en nuestro medio sanitario y potenciar aquellas actividades ya iniciadas por los psicólogos en el campo de la salud.

LOS PSICOLOGOS Y LA POLITICA SANITARIA

AMADO BENITO,
MIGUEL COSTA y
ERNESTO LOPEZ

EL momento actual es un período de crisis en el que se debate, en el terreno teórico y empírico, político y económico, viejos y nuevos esquemas y modelos en el sistema sanitario de nuestro país. Mucho nos tememos, sin embargo, que la actual política del Gobierno del PSOE está sintonizando con los viejos esquemas de cómo atender las necesidades de salud de nuestro pueblo.

El objetivo de esta colaboración es describir este proceso, así como el lugar y papel que tiene o podría tener la psicología en él. En primer lugar, caracterizaremos muy sucintamente los modelos sanitarios en litigio, que tratan de implantarse por distintas fuerzas sociales y políticas. En segundo lugar, enfatizar la presencia de la Psicología como una ciencia de la salud y, finalmente, reflexionar sobre la expectativas y posibilidades de integración de la Psicología y de los psicólogos que la futura reforma sanitaria ofrece.

I. CRISIS Y EVOLUCION DEL SISTEMA SANITARIO

El actual sistema sanitario se muestra incapaz de resolver los problemas de salud que surgen en una comunidad. Las esperanzas depositadas en los servicios médicos en los años 50 han ido dando paso a una decepción creciente por la dudosa rentabilidad que para la salud tienen muchas de sus prestaciones. Son varias las razones, y todas de importancia, que nos llevan a cuestionar el actual sistema de servicios de cuidado de la salud. Algunas de ellas las señalamos a continuación:

1. **Es muy costoso** su mantenimiento por el crecimiento de los servicios curativos y farmacéuticos y por el empleo de

una alta tecnología hospitalaria.

2. A pesar de este gasto, **los servicios de salud no cumplen los objetivos de proteger la salud**. No se percibe una clara correlación entre las elevadas cifras del gasto sanitario y la mejora de salud de la población. El sistema, centrado en el nivel terciario, se reduce en lo fundamental a hospitalizar y encamar a los enfermos y a administrar su enfermedad. El excesivo gasto de los servicios podría estar plenamente justificado si tuviera un efecto real en el bienestar y en la salud de la gente. Pero no es así.

3. Los servicios de salud, no sólo no protegen la salud, sino que en ocasiones pueden ser **peligrosos para los usuarios** de dichos servicios. Sidel (1978) señala en este sentido la importancia de distinguir el **derecho a la salud del derecho al cuidado de la salud**. Este último implica el acceso a los servicios sanitarios, y esto no conduce necesariamente a la mejora de la salud. La investigación empírica ha fracasado en demostrar una relación necesaria entre ventajas del acceso al cuidado médico y la salud (Adey and Anderson, 1981).

4. El sistema de servicios ofrece una **cobertura desigual**. Es decir, no todos los individuos participan por igual de los beneficios de los servicios que se ofertan. Los ingresos correlacionan estrechamente con el uso de servicios de salud, y así, los individuos más pobres, que por otra parte son los que tienen mayor probabilidad de tener problemas, son los que

tienen menor oportunidad de recibir servicios de salud.

5. Finalmente, **los servicios que se ofertan no son pertinentes para los problemas de salud existentes**. Hay también una **cobertura incompleta** con servicios innecesarios. Es decir, muchos de los servicios que se dispensan en el actual sistema no responden a las necesidades de salud de la gente, sino más bien a intereses surgidos en torno a la "gran empresa de la enfermedad". Algunos indicadores de lo que decimos es el excesivo gasto farmacéutico y la también excesiva oferta de profesionales que "viven" de la enfermedad. Mientras que la lista de medicamentos básicos confeccionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 incluía 220, en el mercado español, en 1977 circulaban 12.227 preparados farmacéuticos (Lobo, 1980; Bayés, 1982). Las multinacionales farmacéuticas tienen con nuestro país a uno de sus mejores clientes (ver cuadro nº 1). Por otra parte, los médicos monopolizan casi con exclusividad el mercado de trabajo en los servicios de enfermedad que no de salud, llegando nuestro país a ser el tercero de Europa en número de médicos por habitante ("El País", 1985).

Gastos de farmacia

País	% del PIB
USA	0,01
GRAN BRETAÑA ...	0,72
HOLANDA	0,66
ESPAÑA	1,15

Cuadro 1. Fuente: CC.OO.

El resultado de todo esto, amén del dispendio vía interconsultas y repetición de exploraciones innecesarias, consumo directo de fármacos-placebo, es el desarrollo de procesos de encronización de problemas y por tanto, el deterioro de la salud. Existe una nueva configuración de la morbilidad que demanda servicios especializados propios de la Ciencia del Comportamiento, y sin embargo se recurre al fármaco de modo indiscriminado para tratar problemas de conducta infantil, enure-

sis, problemas familiares y de pareja, disfunciones sexuales,...

En suma, el actual sistema sanitario se muestra incapaz de hacer frente a los problemas de salud para los que, al menos teóricamente, han sido diseñados (ver cuadro 2). Los indicadores tradicionales están estabilizados y aparecen problemas de salud con carácter epidémico (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico) que tampoco resuelve, puesto que para ello se necesitaría abandonar la concep-

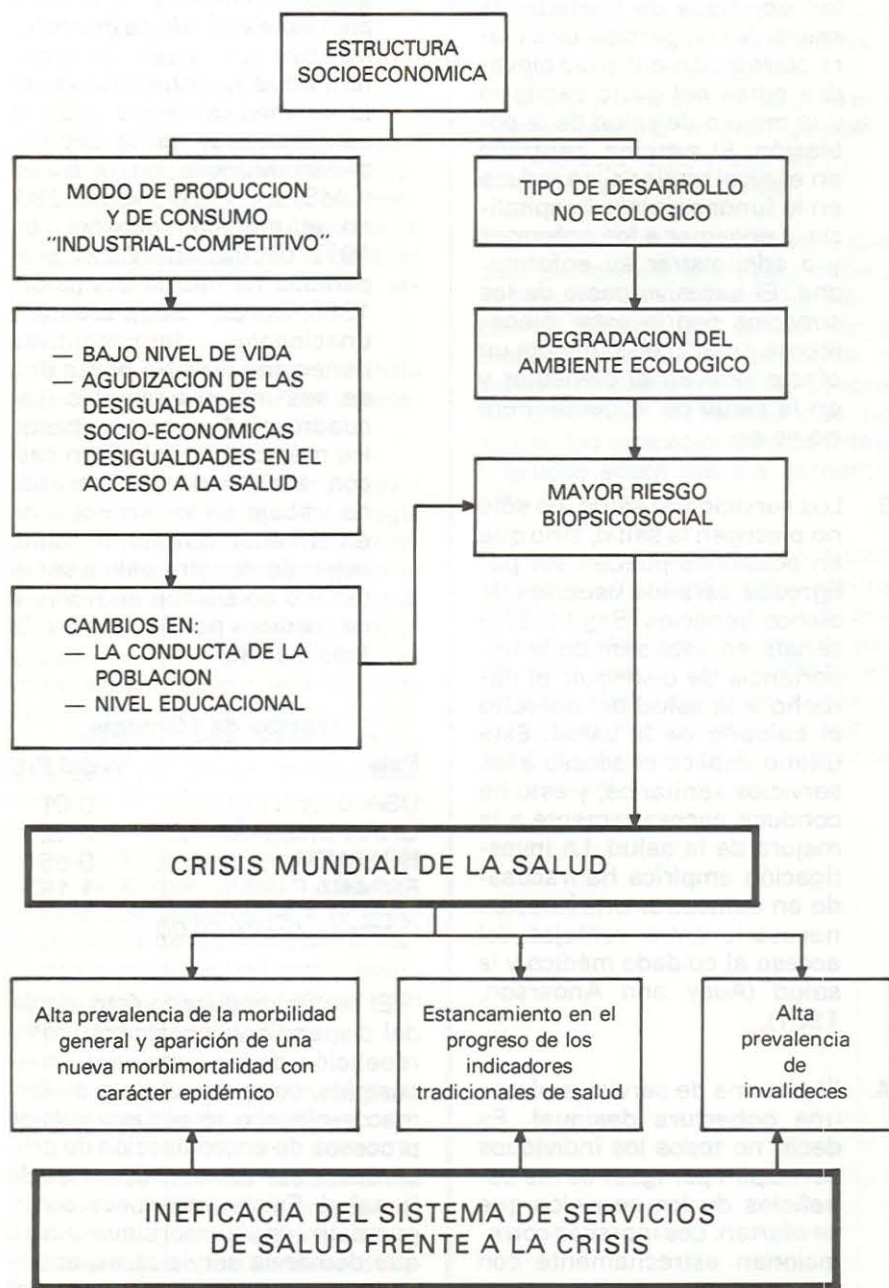
ción biológica, individual y médico-céntrica en torno a la cual se organizan y planifican en la actualidad los servicios de salud. Esta concepción contribuye a **despolitizar** lo que en su origen son las razones políticas fundamentales de la enfermedad: la pobreza y la desnutrición, el estrés y la agresión del ambiente, las barreras para acceder a los bienes y recursos de la comunidad y de cuidado de la salud, la ausencia de redes de apoyo social, la disminución de la capacidad de control y poder social.

II. UN NUEVO MODELO DE SALUD PARA OTRA POLITICA SANITARIA

Esta situación obliga a pensar y desarrollar nuevos modelos conceptuales que impliquen formas distintas de planificación, gestión e implantación de los servicios de salud. Modelos basados en el trabajo en equipo, en la acción intersectorial que vincula el trabajo técnico-profesional con los distintos sectores de la producción y de los servicios; la universalización e integración de los servicios de salud, la gratuidad de los servicios, la descentralización y, por tanto, la participación activa de los usuarios. El origen de esta concepción arranca de las experiencias sanitarias de los países socialistas y de la Conferencia de Atención Primaria de Salud de Alma Ata (1978), en la que se plantea la necesidad de realizar una atención integral en estrecho contacto con la comunidad, y su base sea no el Hospital sino el Centro de Salud.

La vertebración de un modelo de estas características en nuestro país se ha definido en la propuesta de creación del **Servicio Nacional de la Salud** por el que han venido trabajando las fuerzas sociales y políticas de izquierda y progresistas de nuestro país (Espasa, 1975; Acarín, 1976, 1977; Primeras Jornadas Sanitarias del PCE, 1978; Segundas Jornadas de Salud del PCE, 1983; de Miguel, 1979; Jornadas Sanitarias del PSOE, 1980). En honor a la verdad hay que decir que han sido los partidos de izquierda y, en lo fundamental, el PCE quienes más han profundizado en la vertebración y diseño de un modelo sanitario centrado en la salud. Por el contrario, las fuerzas sociales que más obstinadamente han venido haciendo oposición a cualquier intento de transformación del sistema provienen de la Organización Médica Colegial y fuerzas sociales y políticas afines. La decantación de unos y otros, bien por la permanencia y estabilización del sistema, bien por su cambio y reforma, obliga a plantearse el interrogante: **¿A quién beneficia el actual Sistema de Servicios de Cuidado de la Salud?**

Las fuerzas políticas de izquierda durante muchos años en la



Cuadro n.º 2. La Crisis Mundial de la Salud. Fuente: M. Costa y E. López. Material didáctico de difusión interna del CPS de Tetuán.

clandestinidad no tuvieron ocasiones de llevar a efecto sus proyectos de política sanitaria. La primera oportunidad aparecerá con las **elecciones municipales del año 1979** con la constitución de los primeros Ayuntamientos Democráticos después de la Guerra Civil. De la mano de ellos comienzan a introducirse cambios sustanciales en los asuntos públicos de la vida municipal. Uno de estos cambios fue la creación de los Centros Municipales de Salud (CMS) y, en particular, la creación de los Centros de Promoción de la Salud (CPS) en el Ayuntamiento de Madrid. Estos, con un carácter marcadamente interdisciplinario y con el fin de ir reconvirtiendo los limitados recursos de que disponía la sanidad municipal en futuros soportes de lo que podrían ser los Centros de Atención Primaria de Salud, se constituyeron en pioneros de un proceso que de llegar a su fin significaría un cambio radical en el modelo sanitario.

Los CPS se esfuerzan desde el principio por vincularse a la comunidad a través de los consejos de Salud de las Juntas Municipales de Distrito; por vincular el trabajo en equipo, por dar cabida en los equipos de salud a otros profesionales que no sean médicos —2 psicólogos en cada equipo—; por atender necesidades de salud de la población completamente olvidadas por la Administración Central, por ejemplo: Planificación Familiar y Servicios Psicológicos y psiquiátricos. Todo ello hace de los CPS una experiencia atractiva, innovadora y formadora de futuros cuadros de profesionales que tendrán responsabilidad de gestión sanitaria en algunos entes autonómicos y organismos del INSALUD durante el gobierno del PSOE.

Así las cosas, las **elecciones legislativas de octubre de 1982** y el triunfo socialista abrieron expectativas inusitadas en el proceso de vertebración del Servicio Nacional de la Salud. Por fin las fuerzas políticas dominantes en la Administración Local, Autonómica y Central coincidían, al menos teóricamente, en un proyecto común: crear un único Servicio Nacional de la Salud, gratuito, basado en la Atención Primaria, interdisciplinario,... Paradójicamente este hecho político coincide también con el hundimiento electoral de una de las fuerzas políticas que más decididamente habían venido

luchando por el Servicio Nacional de la Salud (S.N.S.): el PCE.

El PSOE como partido del gobierno tenía, y así había asumido electoralmente, una gran tarea pendiente: desarrollar un modelo de salud del que habían sido celular germinales las experiencias municipales. Grandes expectativas se abrían también a los psicólogos y a la Psicología como Servicio Público. Por fin estos servicios iban a ser accesibles a la gran mayoría de la población en aras de una atención integral, más humanizada y efectiva. Como veremos más adelante, y cualquier lector de este trabajo habrá comprobado, estas expectativas fueron, y están siendo, sobradamente defraudadas.

III. LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA DE LA SALUD

La marginación de la Psicología como una ciencia más de la salud ha sido una característica de los modelos sanitarios tradicionales. Y, aún existen fuerzas sociales en nuestro sistema sanitario que se oponen a su integración y a rentabilizar los recursos teóricos y empíricos que la Psicología ofrece. Signo este, por otra parte, de que el actual sistema sanitario sigue anclado en viejas concepciones que reclaman ser cambiadas.

El nuevo modelo de sistema sanitario, por racional, demanda los niveles de explicación e intervención específicos que la Psicología aporta. En palabras de Bayés (1982) "la inserción de la Psicología conductual en el campo de la salud constituye un signo de los tiempos". Continúa este autor, "en efecto, de acuerdo con un informe reciente, dado a conocer por la revista norteamericana *Healthy people*, 7 de las 10 principales causas de muerte se encuentran determinadas, en gran parte, por factores conductuales. Y —añadimos nosotros— la etiología, el curso y la prognosis de la mayoría de las enfermedades, si no todas se encuentran también probablemente afectadas en alguna medida por variables psicológicas" (Bayés, 1982, pág. 9).

No es nuestra intención detenernos a justificar la presencia de la Psicología en el sistema de servicios de cuidado de la salud por estar sobradamente desarrollado en otros trabajos (Bayés, 1979;

Bayés, 1981; Bayés, 1983; Costa y López, 1983; I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, 1984). Tan sólo queremos enfatizar el papel que la Psicología ha de tener en el cambio del sistema.

Un sistema sanitario con recursos humanos entrenados en lo fundamental para intervenciones exclusivamente clínicas y para tratar enfermedades necesitan ser reconvertidos —que no expulsados al desempleo—. Y la Psicología, junto a las adecuadas medidas económicas, políticas y legislativas, será sin duda un componente necesario para el cambio.

Como ya dijimos en otra parte (Costa y López, en prensa), las diferentes áreas profesionales (medicina, enfermería, asistencia social...) que intervienen en el campo de la salud demuestran una insuficiencia epistemológica en sus fuentes básicas: Fisiología, Biología, Sociología; para aplicar su tecnología de modo adecuado. Generalmente estas profesiones tienen asignado un trabajo relativo a las condiciones en que el hombre vive y se comporta. Es decir, el **comportamiento media** decisivamente la intervención de las profesiones de la salud. Sus acciones implican interactuar con personas, y sus objetivos profesionales, que el encargo social les demanda, van a depender de cómo este comportamiento se produzca. Lógicamente esto obliga a buscar otros soportes explicativos que tengan en cuenta la variable psicológica o comportamental a fin de que estas profesiones que ejercen en el campo de la salud tengan éxito en sus cometidos.

Los retos a los que se exponen los recursos humanos del sistema sanitario tradicional son:

1º. **Cambiar su estilo de intervención.** Un **estilo de espera**, propio de intervenciones clínico-individuales se contempla inadecuado para la prevención y la Educación para la Salud, objetivos que se demandan en el nuevo modelo. Son muchos los inconvenientes que se derivan de persistir en este tipo de intervenciones. Algunos, entre otros, son:

- Facilita el colapsamiento de los dispositivos asistenciales ya que la oferta clínico-individual es inferior a la demanda de atención existente.
- Fomenta la concepción individualista en la etiopatogenia de los problemas de salud.

- Sus acciones son curativas ya que, en un sistema medicalizado como el nuestro, lo único que se demanda es atención a enfermedades.
- No se atiende las poblaciones de alto riesgo o las situaciones y condiciones de riesgo. Conocido es que existen barreras a la accesibilidad (Costa, 1984) de los servicios, difíciles de superar por un estilo de espera.
- La cobertura, por tanto, de los servicios es extremadamente baja. Merece la pena destacar la reducida cobertura por ejemplo (6-7 %) en los Programas de Planificación Familiar de los CPS, entre otras razones, por el estilo de espera dominante en sus acciones.

Mucho nos tememos que el perfil profesional característico de las Unidades Básicas de Salud —en donde no se contempla la presencia de la Ciencia del Comportamiento— sea insuficiente para obviar un peligro que, de hecho, ya se está dando: el de convertirse en unos mini-ambulatorios con unos profesionales "encerrados" por la presión asistencial.

2.º Optimizar su rendimiento. Sabido es que gran parte de los servicios sanitarios tradicionales fracasan en que los usuarios lleven a efecto muchas de sus prescripciones y, lo que es más difícil aún, de que adopten prácticas de vida (alimentación, ejercicio, higiene, etcétera) saludables. En efecto, el objetivo fundamental de proteger y promocionar la salud de los ciudadanos lleva necesariamente implícito un cambio de conducta. Pero ¿con qué recursos teóricos, metodológicos y técnicos si el sistema no garantiza la presencia de la ψ como Ciencia específica del Comportamiento? ¿Cómo se va a facilitar la acción educativa —objetivo prioritario del nuevo modelo— de los servicios de salud si no se garantiza la presencia de recursos humanos expertos —psicólogos— en el aprendizaje y cambio de conductas, en la investigación y evaluación de Programas de Salud, en el Desarrollo Organizacional y Comunitario?

Es necesario adoptar estilos de intervención en los que se facilite el trabajo con la comunidad, se desarrollen procesos de investigación epidemiológica y de evaluación de los servicios y programas, se enfatice la Educación para la Salud... Pero a condición de que se

racionalice el sistema e incorpore las aportaciones de una Ciencia de la Salud como la Psicología.

IV. LA PSICOLOGIA EN LA REFORMA SANITARIA: UN FUTURO INCIERTO

Como ya dijimos en la primera parte de este trabajo, octubre de 1982 fue una fecha histórica que infundió optimismo incluso al sector de los psicólogos. El programa electoral del partido mayoritariamente elegido por el pueblo para formar Gobierno, prometía una verdadera reforma sanitaria. Para ello era necesario desarrollar varias leyes básicas: la del consumidor; la de sanidad; la del medicamento y la de sanidad alimentaria. A los psicólogos nos interesaba muy especialmente la **Ley General de Sanidad** y estuvimos atentos desde el primer momento a cualquier iniciativa que se produjese en este campo. El ministro de Sanidad, el economista Ernesto Lluch, nos sorprendía gratamente en sus primeras declaraciones, hablando de un modelo sanitario basado en un concepto positivo de salud, cuyo objetivo principal sería el fomento de la salud, y lo asistencial se complementaría con los servicios de prevención de la enfermedad, la rehabilitación y la reinserción social. Esta nueva concepción de los servicios sanitarios reflejaba teóricamente una cierta preocupación institucional y política por superar los modelos viejos y anacrónicos de entender los cuidados de salud, y abría, por otro lado, las puertas a ciencias y sectores profesionales hasta este momento marginados. En concreto, la Psicología y los psicólogos vieron una gran oportunidad para ser "aceptados oficialmente en sociedad".

El Colegio Oficial de Psicólogos quiso colaborar con el responsable del área de sanidad y le envió, siguiendo las concepciones que en relación con la salud mental defiende y difunde la OMS, un informe que entre otras cosas decía: "...la atención a la salud mental se desarrolla mediante el reconocimiento de los componentes psicológicos en los distintos niveles sanitarios del **Servicio Nacional de la Salud**" (Informe del Colegio, 1983). El informe iba más allá e incluso enumeraba posibles funciones de los psicólogos, tareas concretas que podrían reali-

zar, formas de integración y financiación de estos trabajadores, metodología de trabajo... Por darle, le dio hasta "pistas" de cómo racionalizar los recursos destinados en aquellos momentos a la salud mental.

Sin embargo, pronto empiezan las contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace. La primera, y muy significativa, es la constitución de una Comisión Ministerial para la reforma de la psiquiatría, como paso previo para integrar la salud mental en el SNS. No sólo se cae en la paradoja de hablar de "salud mental" desde una concepción positiva e integral de lo que es la salud, sino que parece que la "salud mental" se reduce solamente a la psiquiatría. En el artículo "Atención Primaria de Salud", publicado en **Papeles del Colegio**, los autores, miembros de la Secretaría Permanente de la Comisión arriba citada, inspirada en la filosofía de la Atención Primaria, hacen una defensa clara y contundente de la importancia y necesidad de los equipos de salud mental comunitarios y de los equipos de salud mental hospitalarios; diseñan un modelo de integración y funcionamiento—"modelo puente"— de tales equipos dentro de los servicios de salud, y aconsejan que el futuro borrador de la Ley General de Sanidad debería tener en cuenta estos planteamientos. Estos consejos, con los que no entramos a polemizar por no ser el objetivo de este trabajo, no parece que hayan tenido mucho poder de convicción, puesto que los distintos proyectos, anteproyectos y borradores, conocidos y por conocer —presumimos—, de la futura Ley General de Sanidad, pasan como por "ascuas" en lo que respecta a la incorporación de los recursos teóricos, empíricos y humanos que una ciencia de la Salud como la Psicología, aporta.

Pero nuestra crítica no se reduce sólo a la insuficiencia legislativa que vulnera los principios de universalidad y gratuidad, sino, y sobre todo, a la política sanitaria que en la realidad viene haciendo el Gobierno del PSOE. Una política que entra en contradicción no solo con el modelo sanitario nuevo al que venimos aludiendo, sino también con aspectos progresivos ya existentes en el tradicional sistema de servicios de cuidado de la salud. Y ello lo argumentamos por las siguientes razones:

1.º El énfasis continúa centrado en el hospital, propio de los sistemas sanitarios tradicionales (médico-céntricos). Los 971.581 millones de pesetas de los Presupuestos Generales del INSALUD para 1985 son un claro exponente de esta filosofía (ver cuadro n.º 3).

Atención Primaria	19,54%
Atención Hospitalaria . .	40,62%
Conciertos	18,80%
Administración	3,13%
Investigación y Docencia	1,58%

Cuadro n.º 3. Fuente: CC.OO.

Llama la atención el exiguo porcentaje dedicado a la Atención Primaria, si es que merece esta denominación la red de ambulatorios y dispensarios de la Seguridad Social, cuando, a nivel de declaraciones, la consideran muy importante. Por otra parte, el 1,58% dedicado a la "Investigación y Docencia" es radicalmente contradictorio con los objetivos de cambio del sistema. Como dijimos más arriba los recursos humanos del sistema tradicional necesitan reconvertirse. Estos han de aprender habilidades de investigación epidemiológica, tecnológica, de Educación para la Salud y de trabajo comunitario; y sin embargo, aún no se ha establecido un Plan de Reciclaje de todos estos recursos humanos en la temática y exigencia de la Salud Pública. Las Unidades Básicas de Salud se están convirtiendo en unos miniambulatorios con todos los defectos que les caracteriza por no haber planificado la "reforma" de sus recursos humanos y no haber diseñado el perfil profesional adecuado de los mismos. Llamamos una vez más la atención sobre la importancia que la Psicología tiene en esta deseada reforma. Paradójicamente, a los psicólogos se les excluye, en la práctica, del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (CC.OO., 1984). Por otra parte, sorprende que los capítulos del INSALUD dedicados a "Medicina Preventiva y Social", "Investigación", "Docencia" e "Inversiones" no se liquiden al 100% de lo presupuestado cuando, en lo que respecta a los "Conciertos con Instituciones privadas" y "Recetas Médicas" superan ampliamente las cantidades presupuestadas. (CC.OO., 1985).

2.º Incapacidad política de integrar en una sola red pública los diferentes servicios sanitarios.

Después de casi tres años de gobierno socialista en la Administración Local, Autonómica y Central no se han dado pasos tendentes a articular las diferentes redes sanitarias. El sistema sanitario en su globalidad continúa ofreciendo una imagen de caos, descoordinación, con duplicidad de servicios y acciones de salud ineficaces. Es más, la Planificación que de hecho se viene haciendo entra en contradicción con el carácter integral que se pretende teóricamente. Prueba de ello es la creación de los distintos centros especializados de base: Centros de Planificación y Orientación Familiar, Centros de Salud Mental..., que viene a complejizar aún más el referido "archipiélago sanitario". Puede darse el caso de que una misma familia si desea que le vean un hijo enfermo haya de ir a un centro determinado, si desea que le aconsejen y prescriban un método anticonceptivo a otro, y si desea que les vean "la cabeza" —permítasenos la ironía— a otro. Algunos gestores salen al paso de esta crítica argumentando que cuando se disponga de una ley de Sanidad todos estos centros dispersos podrán reunificarse por decreto. Mucho nos tememos que cuando no se planifica de modo coherente con los objetivos de salud integral, las redes de servicios creadas como las que hemos aludido lleguen a "cristalizar" definitivamente y sea imposible acceder a la deseada integralidad a la que, teóricamente, se alude.

Se camina también en sentido divergente de lo que debe ser un sistema sanitario integral cuando se pretende desarrollar una red específica de Centros de Salud Mental Comunitaria para acometer la Reforma Psiquiátrica. Esta será una permanente declaración de principios e intenciones mientras no se den pasos decididos en el desarrollo de la Atención Primaria y, por tanto, en la reforma de los dispensarios y ambulatorios del INSALUD. Es en este punto precisamente el lugar en donde, con acciones adecuadas, se puede intervenir muy tempranamente en la cadena de causalidad de los problemas de salud y prevenirlos; o, de no hacerlo, se puede facilitar los procesos de cronificación y desbordar la oferta de los servicios de hospitalización. La experiencia de los CPS, como Centros de Salud integrales —sin apellidos—

debería ser un punto de referencia obligado en esta deseada reforma, por la calidad de sus servicios y por el **training** de sus equipos en el desarrollo e implantación de Programas de Salud comunitarios.

3.º El abandono de la Reforma y/o cambio del Sistema Sanitario como objetivo político. Para constatar este aserto basta observar la distribución de los Presupuestos Generales del Estado. En estos se observa que el capítulo dedicado a Sanidad disminuye más de un 6%. Paradójicamente, con un Gobierno socialista el presupuesto de Defensa crece más de un 10%. Como sostienen Acarín y Mirada (1985) "hacer la reforma significa aumentar —al menos en un primer momento— el presupuesto sanitario" y —nosotros decimos— en vista de los datos, que el Gobierno del PSOE ha renunciado a hacer la reforma y, en cambio, ha optado por potenciar la industria militar. El mejor método de comprobar la veracidad de las declaraciones políticas y/o electorales es contrastarlas con la Política de Presupuestos, es decir, con los recursos que planifican para llevar a efecto lo que prometen.

Esta restricción extrema del gasto sanitario puede generar —y de hecho así viene ocurriendo— un proceso de deterioro de la red asistencial pública. Un aumento del nivel de cobertura de la población (ver figura 1) ha de implicar



Figura 1. Fuente: CC.OO.

necesariamente un aumento en el gasto por persona en prestaciones sanitarias, a no ser que las medidas racionalizadoras hayan sido de tal envergadura que ocasione una reducción en los costes. Como éste no es el caso, el gasto sanitario ha de aumentar si no se desea deteriorar la ya maltrecha sanidad

pública. Sin embargo, el gasto por persona en prestaciones sanitarias se ha reducido considerablemente (ver figura 2 y cuadro 5).



Figura 2. Fuente: CC.OO.

A la luz de los datos parece que se opta decididamente no sólo por no hacer la reforma, sino por vulnerar aspectos progresivos que se habían conquistado en nuestro país: las propuestas del Gobierno sobre la reforma de la Seguridad Social no son muy respetuosas con todos los derechos adquiridos o conquistados por el movimiento obrero en lo que respecta a la jubilación ("El País", 17-III-85).

Años	Beneficiarios	Gastos por persona
1981	31.656.000	20.691
1982	32.527.000	20.580
1983	33.280.000	19.840
1984	35.895.000	17.651
1985	36.670.000	15.350

Cuadro 5. Fuente: CC.OO.

La política de recortes presupuestarios en capítulos de necesidad social también se deja sentir en la Administración Local: los nuevos CPS de reciente creación se abren no con dos psicólogos, sino con uno, y con otras carencias de recursos.

4.ª La marginación de la comunidad. Recordemos que la Ley de Régimen Local no reconoce el papel protagonista que los Ayuntamientos han de tener en la Atención Primaria de Salud; y que los proyectos conocidos de Ley General de Sanidad no dan ningún protagonismo activo a los ciudadanos en la planificación y gestión de los servicios de salud.

Así, y en resumen, a dos años y pico de aquellos momentos de euforia sentimental, al menos en lo que a los psicólogos nos afecta, si somos capaces de poner en marcha el "recuerdo histórico", ten-

dremos extrañas e inquietantes sensaciones. La primera de **carencia de algo**: algo tan importante como la Ley General de Sanidad, la cual, como decía el ya dimitido Pedro Sabando, no es suficiente para la reforma sanitaria, pero sin ella es imposible. La segunda, de **decepción**: hay indicios más que sospechosos, al menos por lo que conocemos de los distintos proyectos de borrador de Ley General de Sanidad, que la futura Ley, si sale en esta legislatura, va a producir lamentos sobre "la nueva ocasión perdida", para que los psicólogos tuviesen un estatus específico como profesionales de la salud. De lo que conocemos, no encontramos ni una sola referencia explícita a los psicólogos, la Psicología o las variables psicológicas. Y parece que queda claro en el Capítulo IV, de la Salud Mental, Art. 37, que los cuidados y servicios de "salud mental" son competencia exclusiva del psiquiatra. ¡Para este viaje no se necesitan alforjas! ¿Dónde ha sido marginada la tesis, tantas veces pregona-da, de que la asistencia a los problemas de salud debía de ser multidisciplinaria, con implicación en ella de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales...? ¿Dónde están reflejados aquellos presupuestos de formación de equipos de salud mental comunitaria y hospitalaria? ¿Qué valor se ha dado al sugerente informe del Colegio Oficial de Psicólogos? ¿Quién evaluará las variables psicológicas determinantes de salud en los distintos niveles de los servicios sanitarios?

Por último, una tercera sensación de **desconfianza**: ante tanta promesa incumplida y abandono de principios ideológicos y políticos que inspiraron la propuesta electoral del Servicio Nacional de Salud, ¿es posible seguir pensando que los psicólogos tendrán presencia en los servicios de cuidado de la salud? Cada cual es libre de pensar lo que quiera. Nosotros nos tememos que las variables psicológicas no le quiten el sueño al Gobierno socialista —en todo caso, siempre tendrán al psiquiatra de turno que les de una pastilla para dormir.

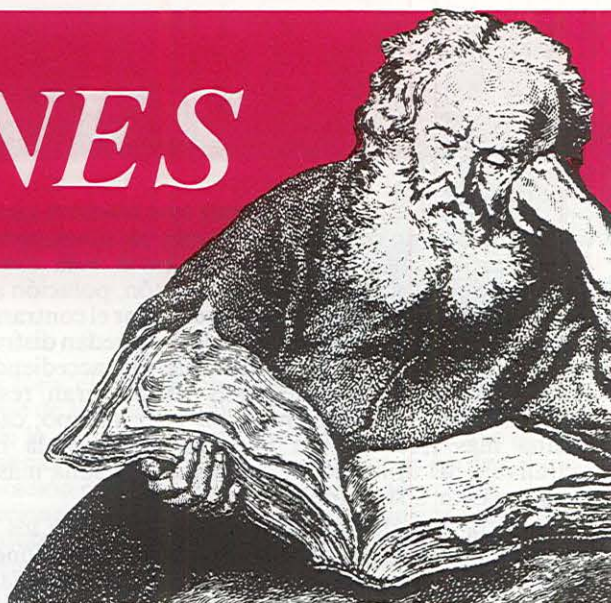
Ante esta situación, los psicólogos habremos de seguir luchando en todos los frentes que nos sea posible: planes de estudios que garanticen una formación teórico-práctica a la altura de las exigencias de los tiempos en que vivimos;

formación permanente; presencia en las instituciones públicas; reconocimiento del estatus del psicólogo; Ley de Colegios Profesionales, etcétera, si deseamos ampliar nuestras posibilidades de colaboración en la mejora de las condiciones de vida y de salud de todos los ciudadanos. La vertebración del **Servicio Nacional de la Salud** es uno de los frentes más actuales y por el que los psicólogos en su conjunto habremos de optar si deseamos un modelo sanitario progresivo e interdisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

- Acarín, N. y Mirada, A.: Hospitales o cañones. *El País*, 19-III-85.
- Acarín, N.: La salud, exigencia popular, Laia, 1976.
- Aday, L.: Ana Andersen, R. Equity of Access to Medical care: A conceptual and Empirical Overview. *Medical Care*, Vol. 19, 12, 1981, 4-27.
- Bayés, R.: *Psicología y Medicina*, Fontanella, 1979.
- Bayés, R.: El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre. *Análisis y modificación de conducta*, Vol. 8, 18, 1982 a, 259-280.
- Bayés, R.: Papel de la Psicología en un nuevo modelo de actuación interdisciplinaria, en el campo de la salud. En *Terapias del Comportamiento. Aspectos clínicos y experimentales*, Cádiz, 1982 b.
- Bayés, R.: Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 1983, 91-110.
- CC.OO.: Posición de CC.OO. ante el Proyecto de Memoria del INSALUD de 1983. Marzo, 1983.
- CC.OO.: Valoración de la gestión de 1982 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Marzo, 1984.
- Costa, M.: Salud Comunitaria. *Anuario de Psicología*, 31/32, 1984.
- Costa, M. y López, E.: La ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de la Salud. *Papeles del Colegio*, 9, 1983.
- Costa M. y López, E.: *Educación para la Salud*. UNED (en prensa).
- De Miguel, J. M.: *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española*. Akal, 1979.
- Espasa, R.: *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa*. Avance, 1975.
- Espino, J. A.; Fraile, J. C.; Mateo, I., y Morínigo, A.: Atención Primaria y Salud Mental. *Papeles del Colegio*, 10/11, 1983, 9-10.
- "El País", Suplemento de Educación. 5-III-1985.
- Lobo, F.: La publicidad farmacéutica en España. *Papers. Revista de Sociología*, 14, 1980, 99-132.
- Sidel, VW. The right to health care: an international perspective. In *Bioethics and Human Rights*. Boston: Little Brown, 1978.

REFLEXIONES



Psicología y seguridad vial (III) EDAD Y CONDUCCION

José Alonso Forteza (*)

ALEX Confort, reconocida autoridad en materias de biología y sexología y también autor de excelentes obras de divulgación sobre cuestiones gerontológicas afirma rotundamente, a propósito de las relaciones entre edad y conducción, que entre las personas viejas que siguen conduciendo se encuentran sin lugar a dudas los mejores y más seguros conductores puesto que a estas edades, los malos o se han matado ya o por lo menos se han visto privados de su carnet de conducir.

Dado que desde hace algunos años vengo dedicándome muy particularmente al estudio de los temas del envejecimiento, amablemente se me invitó a participar en esta Reunión indicándoseme que me centrara en los problemas específicos y en las peculiaridades de las personas de edades avanzadas.

Ello me ha supuesto revisar una bibliografía, que si no muy extensa, sí aparece como muy dispersa y de muy desigual rigor y de la que no resulta sencillo llegar a establecer conclusiones claras y definitivas que permitan demasiadas generalizaciones (en las que se puedan apoyar los responsables de tomar iniciativas, tales como podrían ser determinadas decisiones sobre renovación o retirada de permisos de conducir, formas especiales de control, etc.). Sin embargo, del conjunto de lo publicado se pueden entresacar una serie de observaciones y comentarios que pueden contribuir, por un lado a disipar prejuicios y estereotipos tan habituales como carentes de fundamento y por otro a sugerir ciertas recomendaciones tendentes a mejorar las condiciones de la conducción que afectan a todas las personas sean cual sean sus edades; pero sobre todo pienso que pueden servir para lograr erradicar fuentes

suplementarias de preocupación, intranquilidad e insatisfacción entre las personas maduras.

Antes de iniciar la exposición, se hace preciso detenernos en unas breves consideraciones relativas a ciertas peculiaridades socio-demográficas de nuestro país.

Entre nosotros el coche se ha convertido en un elemento corriente, por no decir imprescindible, en la vida de una gran mayoría de personas sólo a partir de los años sesenta aproximadamente; este hecho se ha producido al menos en las zonas más económicamente desahogadas. Atrás quedan pues los tiempos en que poseer un automóvil era señal de estatus, que comportaba ventajas nada desdeñables a unos pocos privilegiados, por mucho que como veremos siga considerándosele símbolo de determinados valores y que por otra parte el fenómeno de la "cochificación" sea aún reciente entre nosotros, lo que nos diferencia de otros países desarrollados.

A su vez ello se traduce en que todavía queda una parte muy importante de esa población que día a día va traspasando los límites siempre arbitrarios de lo que convencionalmente se llama vejez, que nunca poseyó vehículo propio o que jamás obtuvo el permiso de conducir y por supuesto ésta escasez comparativa aparece mucho más acentuada entre nuestra población femenina; de lo hecho el porcentaje de mujeres de más de 65 años con carnet de conducir es insignificante.

(*) Catedrático de Psicología Diferencial de la Universidad Complutense, Madrid.

III.— Tercera aportación de "Psicólogos, Papeles del Colegio" a la definición de una nueva salida profesional, tras los dos artículos publicados en el nº 16/17.

Pero todo ello no supone pensar que nuestros conciudadanos mayores no sufran directamente las consecuencias de la brusca irrupción del automóvil en la vida cotidiana: peligros, riesgos y molestias como peatón, polución atmosférica, ruidos, cambio de costumbres, o por el contrario, que a su manera y según sus posibilidades no puedan disfrutar de sus indudables beneficios como usuarios, accediendo con comodidad a lugares que antes les hubieran resultado vedados. (En los días festivos con buen tiempo, cada vez resulta más frecuente en nuestras ciudades, la imagen entrañable del utilitario en que alguna persona más joven lleva a pasear a sus familiares ancianos).

Datos de los últimos censos indican que de los diez y medio millones largos de conductores, ocho millones cuatrocientos mil corresponden a personas comprendidas entre los 25 y 64 años, frente a solamente menos de trescientos mil que corresponden a mayores de 65 años, lo que en términos de porcentajes equivale aproximadamente a un 80% frente a un 2,8%.

Para los próximos años o por lo menos para las décadas inmediatas, se puede esperar que se produzca en España un incremento de conductores maduros o dicho de otra manera, es sensato prever que la población de conductores envejecerá rápidamente, pese a las nuevas incorporaciones que naturalmente tenderán a ser más de gente joven, ya que muchos de los comprendidos ahora entre los 45 y 64 años se irán haciendo viejos al volante de su automóvil.

Notemos que en otros países entre la población conductora se barajan porcentajes superiores al 6% como poseedores del carnet de conducir con más de 65 años y que de este grupo, una parte considerable posee y utiliza su carnet.

Cambios normativamente impuestos por la edad en características que afectan a la conducción

LA conducta de conducir supone la interacción entre las condiciones ambientales del lugar por donde se transita, las características del vehículo y las destrezas del conductor. En su estudio se impone la utilización de modelos interaccionales que tengan en cuenta las distintas variables en juego, procedentes de los tres componentes.

De entre estas variables, los psicólogos se han ocupado de determinar y evaluar aquellas que parecen más idóneas para una correcta conducción. De hecho, la selección de conductores —y muy especialmente de los profesionales de la conducción— ha sido una de las primeras tareas que acometió la Psicología Industrial y a ella dedicaron buena parte de su atención los primeros Institutos Psicotécnicos, creados hacia los años 20 en Estados Unidos y en diversos países europeos, labor que más o menos modificada se ha mantenido hasta la actualidad.

A la personalidad del conductor, se dedica alguna de las Sesiones de esta Reunión, en la que sin duda se aludirá a la evolución de los enfoques en el estudio de la personalidad, los requisitos personales o dimensiones fundamentales y su estructuración y de alguna manera a los procedimientos de medida utilizados.

A lo largo de su ciclo vital, toda persona experimenta cambios en su comportamiento. Vivir consiste en ir cambiando de vida, sin dejar de ser biológica y personalmente uno mismo.

Entre estos cambios, algunos parece que vienen más directamente impuestos por la edad, mientras que otros dependerán en mayor grado de las circunstancias o contexto histórico que a cada uno le ha tocado en suerte vivir; y por último otros son independientes de estas dos influencias y corresponden a los avatares de la trayectoria personal específica de cada uno.

Pues bien, las funciones psicológicas, que traducidas a términos de rendimiento podríamos denominar aptitudes, van modificándose con el paso del tiempo, si bien lo hacen de forma *diferencial*; diferencial en un doble sentido. Primero, porque cada clase de funciones o aptitudes comporta pautas distintas de evolución-involución y segundo, porque se manifiestan grandes diferencias entre personas de la misma edad, tanto en el momento del comienzo de las pérdidas como en la rapidez en que se desarrollan y la profundidad o gravedad que alcanzan.

Las alteraciones con la edad de las *funciones sensoriales*, por lo menos de las más importantes (vista y oído) constituye un dato plenamente confirmado.

La agudeza visual o capacidad para ver objetos distantes varía poco hasta los 40-45 años; posteriormente tiene lugar una disminución gradual, por la reducción del tamaño de la pupila y opacidad de las lentes del cristalino, que determina que las personas mayores necesiten disponer de una iluminación más intensa para ver bien. Sin embargo un exceso de luz puede provocar molestias (reflejos y reverberaciones) debido a la presencia de calcificaciones, fisuras, adherencias, burbujas y rugosidades en el cristalino. Hacia la mitad de la década de los cuarenta se hace patente en la mayoría de las personas una especial dificultad para enfocar los objetos de cerca (acomodación); la elasticidad del cristalino se va perdiendo desde la niñez para desaparecer casi por completo hacia los sesenta años, dando lugar al fenómeno que se conoce como vista cansada o presbicia. Las pérdidas de agudeza y de acomodación conjugadas pueden provocar impedimentos de lectura y apercibimiento de señales; un problema muy corriente entre los automovilistas en estas condiciones consiste en la dificultad para atender a lo que pasa fuera del vehículo sin perder el control de los indicadores internos.

Las personas mayores experimentan también dificultades para adaptarse a la obscuridad y a los cambios de luz, se produce en ellas un estrechamiento del campo visual y discriminan peor los diversos niveles de brillantez. No hay consenso, aunque si indicios sobre su peor visión en profundidad.

Objeto específico de estudio en conductores de diversas edades ha sido el fenómeno del deslumbramiento, empleándose pruebas que permiten la medida de umbrales de tolerancia y tiempos de recuperación; estas pruebas se han adaptado a simuladores de conducción, lo que permite apreciar el comportamiento más real de los sujetos. Parece ser que los efectos del deslumbramiento son dobles: por un lado se produce como consecuencia un empeoramiento del rendimiento; esta reducción de aptitud afecta a personas de todas las edades, aunque la acusan mucho más las personas mayores que tardan más tiempo en recuperarse (permanecen más tiempo con la visión obnubilada, medio cegada).

Este texto fue presentado por el autor en el Symposium sobre Psicología y Seguridad Vial celebrado en Valencia.

Por otra parte, una exposición prolongada y continuada produce un aumento de incomodidad y tensión que degrada la manera de conducir.

No es de extrañar, por tanto, que las personas mayores conduzcan mucho peor de noche o en situaciones de mala visibilidad y de penumbra crepuscular que a la luz del día.

La incidencia de los distintos grados de sordera aumenta linealmente con la edad a partir de los cincuenta años; las pérdidas de audición que también se producen gradualmente aparecen antes con referencia a los tonos agudos que a los graves. Las personas mayores son más sensibles a las interferencias auditivas y los ruidos de fondo pueden llevarles más fácilmente a distraerse. Es frecuente también una localización defectuosa de la procedencia de los sonidos.

Todo ello puede afectar aunque en menor grado a la conducción y lo mismo ocurre con los otros sentidos: pérdida de discriminaciones táctiles y olfativas (escape de humos).

La percepción supone una mayor complejidad, un grado mayor de interpretación y evaluación de los estímulos y en definitiva un procesamiento central de la información, por lo que en ella se manifiestan aún mayores diferencias individuales y hay más probabilidades de que se produzcan respuestas inadecuadas.

Multitud de trabajos de laboratorio confirmados en estudios de campo con tareas de carácter industrial, indican que tanto la velocidad como la amplitud de percepción sufren influencias adversas en relación con el proceso de envejecimiento. Comparadas con las jóvenes, las personas mayores en general: tardan más en identificar e interpretar la información que se presenta incompleta o desorganizada; hallan difícil el identificar elementos ocultos y enmascarados en estructuras complejas; les cuesta más discriminar entre un conjunto de estímulos aquellos que son los verdaderamente relevantes para la ejecución de una tarea; tienden a no modificar los perceptos una vez que han sido formados, incluso cuando otros datos externos sugieren las posibilidades de cambio; tienden a percibir unidos como formando un todo estímulos discretos presentados muy seguidos, y por último y fundamentalmente, requieren más tiempo para procesar la información: aparece ya aquí el fenómeno al que reiteradamente habremos de referirnos a lo largo de toda nuestra exposición; muchos expertos consideran que el *enlentecimiento* es una característica típica y representativa de la conducta de los organismos envejecidos, sobre todo cuando en dicha conducta media el Sistema Nervioso Central.

Avanzando en nuestra esquemática exposición llegamos al área más importante para nuestro tema, la de los *procesos psicomotores* o para seguir nuestra terminología las aptitudes psicomotrices. Estas aptitudes consisten en movimiento del cuerpo, especialmente de las extremidades y otros miembros como los dedos, que se ejecutan mediante la acción de los músculos estriados, en respuesta a una entrada de información; estas aptitudes intervienen en mayor o menor escala en la gran mayoría de las actividades que constituyen la vida cotidiana y en los trabajos de fábricas y talleres que suponen manejo de útiles, herramientas y maquinaria en general.



Pues bien, el declive que acompaña al envejecimiento en esta clase de aptitudes es menos pronunciado y aparece más tarde de lo que suele creerse, siempre claro está que se trate de personas relativamente sanas, aunque es verdad que en comparación con los más jóvenes, los maduros tardan más en reaccionar ante estímulos diversos, emplean más tiempo en ejecutar determinados movimientos, poseen menos fuerza y en suma, suelen realizar peor los ejercicios que requieren coordinación, vigor y rapidez. Todo esto se debe matizar, teniendo en cuenta las modalidades de tareas y las características que el utillaje empleado tiene, las clases de posturas y movimientos requeridos, las modalidades de estímulos ante los que hay que reaccionar y su forma de presentación, etc.

Con el aumento de la edad se produce un decrecimiento pero el problema estriba en conocer hasta qué punto esta disminución puede afectar seriamente al rendimiento en distintas actividades y tareas habituales; así por ejemplo se sabe que la fuerza muscular alcanza su punto culminante en el comienzo del decenio de los veinte, a partir del cual se registra un descenso gradual y moderado; en la década de los setenta esta fuerza se ha reducido en un porcentaje que oscila, según los casos y circunstancias, entre un 15% y un 35%. Una disminución semejante se ha encontrado en la presión máxima y continua de la mano, apretando un dinamómetro. Ahora bien, hay que tener en cuenta que en la mayoría de los trabajos no se exige emplear la fuerza a tope, ni se requiere mantener un esfuerzo prolongado durante largo tiempo por lo que el rendimiento de los trabajadores maduros no sufrirá merma alguna a causa de esta reducción.

Los estudios sobre tiempos de reacción muestran diferencias entre jóvenes y viejos; estas diferencias son pequeñas cuando se trata de tareas simples pero se van acentuando a medida que se aumenta la complejidad de la tarea (al incluir muchos estímulos de diversas clases y que aparecen a ritmos irregulares, etc.). El fructífero intercambio de resultados entre estudios de laboratorio y estudios de campo realizados en las condiciones normales de la vida real de los talleres, materia en la que fue pionero Welford, ha permitido conocer en qué momentos del proceso se producen las desventajas de los sujetos mayores, cuáles son sus límites y qué medidas pueden tomarse para compensar o paliar tales desventajas.

En un principio se había pensado que la menor rapidez y a veces también la menor precisión de los trabajadores maduros podía atribuirse a ciertas pérdidas en las fases periféricas del proceso: peor recepción de los estímulos y dificultad en la ejecución de los movimientos. Welford demostró que la mayor desventaja de los trabajadores maduros se localiza en las secuencias centrales, es decir en las que tiene lugar la decisión de los movimientos que hay que realizar y en la dedicada al control de tales movimientos; esto se cumple especialmente cuando se trata de tareas

Entre las personas viejas que siguen conduciendo se encuentran los mejores y más seguros conductores.

no-repetitivas y de cierta complejidad. Este hallazgo fue posible al analizar las tareas, descomponiéndolas en sus distintas fases, lo que permitió observar el tiempo que espontáneamente dedicaban a cada una de ellas los grupos de sujetos de diversa edad. Por supuesto, las pérdidas en aptitudes sensoriales y perceptivas, así como las dificultades en la ejecución de movimientos musculares pueden también contribuir a esta desventaja, pero tienen menos importancia.

De las investigaciones de Welford y colaboradores en tareas industriales, se desprenden un conjunto de conclusiones que pueden fácilmente extrapolarse para tratar de entender mejor las diferencias de edad en las formas de conducir.

En la ejecución de tareas que no requieren movimientos muy amplios y que hayan de ser realizados al máximo de rapidez, los cambios con la edad son relativamente pequeños. Igualmente apenas hay diferencias cuando los movimientos a realizar pueden preverse con antelación.

Los cambios de mayor cuantía se producen por el contrario, cuando los movimientos no pueden preverse y prepararse por anticipado, especialmente en el caso de implicar una serie de diferentes movimientos rápidos y conjugados entre sí. En estos casos, una parte del tiempo de más que consumen los viejos, puede atribuirse a la elección de respuesta y otra parte importante al tiempo dedicado en controlar las diversas fases de la secuencia de movimientos a medida que van realizándose. La tendencia a controlar e inspeccionar los movimientos aumenta con la edad. Esto último parece guardar una estrecha relación con la actitud de *cautela* tan común entre las personas mayores; los viejos se muestran más precavidos que los jóvenes en un doble sentido: tardan más en inspeccionar las señales antes de disponerse a responder y dedican más tiempo a considerar lo que están haciendo. En una situación en la que sea posible dedicar todo el tiempo que se quiera a inspeccionar las señales y a controlar los movimientos, los viejos tienden a ser más lentos pero más precisos que los jóvenes; cuando esta circunstancia no es posible, porque el ritmo viene impuesto desde fuera, tienden también a ser menos precisos que los jóvenes. Hasta los 30-35 la velocidad se mantiene a expensas de la precisión; a partir de los 40-45 ocurre lo contrario. Las relaciones entre señales y respuestas que no son directas sino que requieren transposiciones espaciales complejas o translaciones simbólicas entre percepción y acción, tienen un efecto desproporcionadamente adverso sobre los rendimientos de los viejos que actúan con más lentitud e imprecisión; en ello pueden intervenir también los déficits de memoria.

En suma las exigencias de rapidez, cuando se trabaja con ritmos impuestos parecen ser más perjudiciales para las personas mayores que las exigencias de esfuerzo físico moderado.

Se insiste también en el efecto compensatorio de la *experiencia* que puede suplir ciertas disminuciones. Si se trata de una tarea habitual, que se ha practicado durante cierto tiempo, en la que no hay que efectuar operaciones demasiado complejas y los estímulos se presentan claros, diferenciados y sin ambigüedades, las diferencias de edad en rendimiento son, por lo general, mínimas.

Haciendo hincapié en este problema de la pérdida de rapidez con la edad, Kochhar y Ali (1979) plantearon un experimento con tareas que requerían una combinación de decisión y habilidad manual en las que se fueron modificando sistemáticamente diversas variables como carga de información, amplitud o distancia de movimientos, espacio radial para operar y dificultad de la tarea; sus sujetos se dividían en un grupo formado por los de 18 a 29 años y otro en edades comprendidas entre 52 y 63 años. Se encontraron diferencias de edad en general significativas, pero especialmente los tiempos de decisión de los viejos aumentaban cuanto mayor era la carga de información que había que atender. Los viejos tienen una demora en iniciar su control de movimientos (un tiempo de arranque lento). Esta fue la mayor diferencia encontrada. Se controlaron también los errores, donde los efectos de la edad no fueron significativos, si bien los viejos hacen más errores de omisión que de comisión (son más cuidadosos). Si se les permite graduar por sí mismos su tiempo de trabajo son capaces de mantener un ritmo constante durante largos períodos sin pérdida de precisión y calidad mientras que los jóvenes parecen más irregulares.

A partir de los enfoques cognitivos se han modificado parcialmente algunos de los resultados que se daban por válidos a propósito de los déficits mnésicos con la edad, déficits que como precisa Aremberg no son inevitables pero son substanciales y normativos.

La memoria primaria o a corto plazo no parece que sufra demasiado con la edad, siempre y cuando no haya que hacer reestructuraciones; pero la dificultad de retención aumenta cuando se tiene que atender al mismo tiempo un cierto número de datos diversos y mantenerlos durante unos segundos mientras se está haciendo otra cosa, como es el caso de las tareas de conducción en las que se requiere efectuar una búsqueda rápida sobre un panorama circundante que va cambiando constantemente, para detectar pequeñas señales que van a influir en la acción a seguir (atención distribuida).

En memoria secundaria las edades avanzadas también influyen negativamente y más en el caso del recuerdo (recuperación espontánea de datos) que en el reconocimiento.

No es extraño pues que las personas mayores tiendan a simplificar la sobrecarga de información, reduciendo el número de elementos a tener en cuenta, lo que puede hacerles prescindir de algún dato crucial (señal de tráfico, cruce, presencia de obstáculos, otros vehículos, peatones, etc.).

Lo que miden los tests de inteligencia general, con independencia de su adecuación y validez ecológica para personas mayores, no parece excesivamente relevante para las tareas de conducción. Defendiendo su concepción de la Inteligencia como capacidad de abstracción, decía Terman: "Es evidente que las diferencias intelectuales importantes entre los hombres no se encuentran en el nivel sensorial, perceptivo o reproductivo. Sabemos muy bien que un "morón" (borderline) puede ser capaz de ver, oír, gustar, oler, reaccionar ante una señal, montar en bicicleta, conducir un coche, etc., casi tan bien como un genio intelectual".

De los diez millones y medio de conductores, solamente menos de trescientos mil corresponden a mayores de 65 años, un 2,8%.



Los informes psicotécnicos de conductores profesionales que han sido premiados por su brillante historial no indican para nada que sus C.I. sean superiores al resto de sus compañeros.

Ahora bien, se ha señalado que la capacidad de abstraer y relacionar, indirectamente podría tener que ver con la aptitud para extraer inferencias de ciertas condiciones del tráfico que no pueden ser observadas directamente; en este sentido los tests de inteligencia más adecuados pueden ser los que alcanzan saturaciones elevadas en factores espaciales especialmente en los factores espaciales dinámicos. Precisamente las puntuaciones en estos tests, decrecen con la edad antes de que lo hagan otras aptitudes como las verbales.

La revisión de las dimensiones aptitudinales relevantes para la conducción que se modifican con la edad, podría completarse con la consideración de ciertos rasgos temperamentales y dinámicos que también presentan tendencias de cambio a lo largo del ciclo vital; así hemos aludido a la actitud de cautela o recelo como típica y distintiva de la conducta de los viejos, a la que deberíamos añadir otras características que parecen más comunes o se hallan más exacerbadas entre ellos: rigidez, depresividad, ansiedad, introversión social, paso a un locus de control más externo, disminución en impulsividad y necesidad de logro.

Los partidarios de la teoría de la desvinculación activa como mecanismo de adaptación en la vejez, describen un estilo de vida caracterizado por una ruptura con el mundo exterior y un centrarse en las pertenencias, problemas y preocupaciones de cada uno, lo que se traduce en una apariencia de pasividad, relajación, egoísmo y ensimismamiento de las personas que adoptan esta forma de ajuste.

La introducción, de la mano de la Psicología Cognitiva, de los "estilos cognitivos" que pueden substituir ventajosamente a los rasgos aislados como categorías de clasificación, puede aportar nueva información relevante para nuestro tema. A este respecto son numerosos los trabajos en los que se relaciona D-I de campo con éxito en la conducción o con determinados aspectos y modalidades concretas de ella. Sin embargo, las revisiones más recientes no permiten ser tan optimistas.

Si se mantiene la hipótesis de que los independientes resultan ser mejores conductores o por lo menos que poseen determinadas ventajas en tareas de conducir, se hace preciso destacar que en toda la bibliografía sobre la evolución cronológica de este constructo se destaca que, manteniéndose las diferencias individuales, hay una relación curvilínea con una tendencia hacia una mayor dependencia en las personas que se van haciendo mayores, si bien cuanto mayor sea la actividad que aún mantenga la persona anciana menos pronunciada es la baja en independencia.

Visión, percepción, tiempos de reacción, coordinación de movimientos (visomanual, visopedal), atención distribuida, inteligencia espacial, rapidez de juicio, independencia de campo, control rígido frente a flexible, son dimensiones que parece que pueden influir en la conducción y que además, como hemos visto, covarian con la edad, tendiendo a empeorar a medida que las personas van envejeciendo.

En razón de lo expuesto, ¿deben ser las personas mayores proscritas o eliminadas de la tarea de conducir? o por lo

menos ¿deben ser sometidas discriminadamente a una rigurosa vigilancia en su actuación como conductores?.

No creemos que soluciones de este tipo sean las más acertadas. Las personas mayores deben ser conscientes de sus limitaciones y actuar en consecuencia responsablemente, adoptando modalidades adecuadas a tenor de sus condiciones.

Es más, en el caso concreto de la visión, cuando se han comparado medidas muy precisas de aptitudes visuales con los expedientes de conductores profesionales de todas las edades, apenas se han encontrado relaciones.

Vamos a pasar a considerar los datos que nos ofrecen las estadísticas en relación a los accidentes de tráfico, (vertiente negativa de la V.D. que nos interesa: la Seguridad Vial).

Edad y accidentes de tráfico EL análisis de los accidentes de tráfico, que a veces se complementa con el de las infracciones sancionadas, ha sido el recurso más habitualmente explotado para determinar, entre otras cosas, posibles limitaciones de los sujetos y diferencias en la forma de conducir según características de los grupos de conductores (edad, antigüedad o experiencia, sexo, nivel socioeconómico, profesión, etc.); pues bien en modo alguno, su consideración hoy por hoy, nos autoriza a afirmar que a mayor edad se conduzca peor. Los datos que proporciona, no indican ni que la frecuencia ni que la gravedad aumenten con la edad.

En España, según el censo de 1982 hubo 51.306 conductores implicados en accidentes con víctimas en carretera. La distribución por edades fue la siguiente:

12.041 entre 18 y 24 años
24.463 entre 25 y 44 años
11.747 entre 45 y 64 años
1.080 entre 65 y 74 años
174 de 74 en adelante

Nota: Quedan 1.801 cuya edad no se pudo especificar.

Pues bien, si cotejamos el porcentaje de conductores envueltos en accidentes, distribuido por edades, con el porcentaje de la distribución de edades de todo el censo de conductores, tendremos que los jóvenes de 18 a 24 acaparan el 23,47% de los accidentes, siendo su porcentaje en la población total de conductores de sólo el 18,40%. (Es mayor su participación en los accidentes de lo que correspondería por su presencia en la población de conductores). Esta relación se invierte en el caso de los conductores mayores de 65 años que constituyen el 2,85% del censo y sólo intervienen en el 2,44% de los accidentes. Es significativo que las compañías de Seguros penalicen con un suplemento del 20% la edad, en el caso de España, hasta los 27 años.

Por supuesto para extraer conclusiones válidas de los datos que aportan las estadísticas de tráfico se requeriría un análisis mucho más detallado y profundo, cosa que dicho sea entre paréntesis, pocas veces se registra en la literatura publicada.

En otros países más del 6% de los poseedores de carnet de conducir tienen más de 65 años.

Así no sólo se debería tener en cuenta la distribución por edades del censo de conductores, la proporción de personas que en cada intervalo de edad conducen o no y el tiempo de práctica reflejada por la antigüedad del permiso que poseen, sino que también habría que considerar el kilometraje recorrido por cada conductor en un mismo período de tiempo y además resultaría esclarecedor comprobar otros muchos aspectos, sin los cuales las comparaciones entre edades pueden resultar harto engañosas, tales como por ejemplo, condiciones de los lugares recorridos (peligrosidad, densidad de tráfico, estado de rutas y calzadas, señalización, límites de velocidad), horas y días de la semana y del mes en que se efectúa la conducción, condiciones climatológicas, etc., por no referirnos a estados más pasajeros (alcoholismo, drogas, cansancio, tensión por problemas personales, etc.), situaciones que aunque distintas de la edad en sí, pueden afectar diferencialmente a sujetos de diversas edades.

Resultados de encuestas indican que un gran número de conductores mayores y sobre todo entre los que han superado los 70 años, que se supone liberados de sus imposiciones laborales, evitan conducir con mal tiempo, en horas y días punta, hacer largos recorridos de noche y por rutas mal iluminadas o en mal estado o que exijan conducir a gran velocidad.

De forma similar a lo anterior, los tipos de vehículos utilizados y su estado de conservación pueden mediar moduladoramente en la relación entre edad y conducción. Hay razones para pensar que entre los grupos juveniles es mucho más frecuente conducir vehículos en malas condiciones.

Es evidente que este conjunto de elementos se hace muy difícil de controlar y por ello no está de más una actitud de suma cautela cuando ante las cifras de unas tablas se intentan establecer determinadas relaciones.

Con respecto a la distribución de edad de las víctimas, tampoco se puede olvidar que las personas mayores envueltas en accidentes de circulación graves tienen menos posibilidades de sobrevivir y de recuperarse que las jóvenes que hubiesen sufrido las mismas heridas o lesiones.

Para cerrar este punto hay que hacer mención especial al papel primordial de la experiencia, que lógicamente no se reparte por igual entre las edades. Al factor experiencia se atribuye el claro descenso de la accidentabilidad al superarse la cota de los 23-24 años, momento en que se supone que los conductores han adquirido ya la práctica necesaria para enfrentarse a los problemas y emergencias de la conducción. Las compañías de seguros penalizan en sus pólizas al conductor novel con menos de dos años de experiencia.

Coincidiendo plenamente con los datos españoles recientes que acabo de indicar, los autores que se han referido a estos temas, bien sea con estudios propios o bien recopilando información de otras publicaciones que en su conjunto abarcan a sujetos de características muy variadas y que han empleado metodologías de muy diverso rigor y cuidado en el control de variables, incluida la gran variedad de formas de calcular los índices de accidentabilidad, coinciden todos, sin excepción, en afirmar que los conductores más peligrosos, los que más implicados se hallan en toda clase de sucesos son si duda los más jóvenes, concretamente

los comprendidos entre los 18 y los 23-24 años. También hay cierto consenso en señalar que la mejor edad para conducir puede situarse entre los 30 y 49 años, si bien algunos se atreven a concentrar algo más este período: 35-45 ó 40-50 años. Parece que es el momento en que puede lograrse la conjunción más perfecta entre madurez personal, plenitud o mantenimiento de facultades y los frutos de la experiencia. Los conductores mayores y en especial, los que ya podemos llamar viejos, se situarían en una posición intermedia, con todas las reservas que acabamos de mencionar.

Notemos que estos resultados son también congruentes con los obtenidos en los estudios más numerosos efectuados sobre accidentes en la industria y en la construcción, si bien en la industria el período "más seguro" se suele alargar hasta la mitad de la década de los cincuenta.

Ahora bien, si a la luz de la evidencia empírica no resulta fácil demostrar que a edades cronológicas avanzadas la conducción tenga que ser forzosamente un peligro, no se puede dejar de soslayar que "la edad no viene nunca sola" y que a ciertas edades aumentan determinadas dificultades (según vimos a propósito de aptitudes sensoriales, perceptivas y psicomotrices) y determinadas enfermedades que sí pueden obstaculizar directamente la tarea de conducir.

Se ha observado que un fallo en la conducción —tenga o no consecuencias trágicas— puede ser síntoma premonitor o revelador de la aparición de alguna dolencia importante.

Rodstein ha indicado algunas dificultades específicas derivadas de situaciones patológicas presentes en numerosos ancianos: la artritis de las vértebras cervicales hace muy dificultoso girar la cabeza atrás o a los lados, movimientos empleados para hacer marcha atrás; mirar con fijeza hacia adelante u oblicuamente puede ocasionar isquemia cerebral, la ingestión de medicinas puede provocar estados de confusión, somnolencia, lentitud de reflejos y excitación.

Por supuesto será preciso volver a recordar la amplitud de las diferencias individuales en todas las aptitudes que afectan a la conducción y que acentuadas por la desigual experiencia aumentan con la edad, siendo mayores que las diferencias de grupo.

Un aspecto del que es posible sacar un mayor partido que de la mera relación posible entre edad y frecuencia o gravedad de los accidentes es el relativo a la distinta *causalidad* de los mismos en función de los grupos de conductores cronológicamente dispares que intervengan.

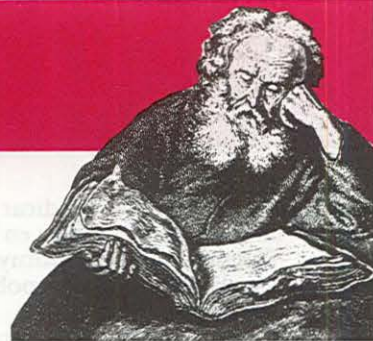
También en este punto se ha encontrado un claro paralelismo con respecto a los datos conocidos de los análisis de accidentes en la industria.

Entre las causas humanas de accidentes de tráfico en los que han intervenido personas maduras, alcanzan porcentajes muy elevados:

- adelantamientos indebidos,
 - giros equivocados,
 - falta de atención a las señales de tráfico,
 - no ceder el paso cuando el contrario tiene preferencia.
- En cambio, las causas más frecuentes entre los jóvenes parecen deberse a:
- exceso de velocidad,
 - invasión del carril contrario.

Es curiosa la estricta coincidencia de los datos procedentes de países muy diversos y recogidos a lo largo de varios decenios.

La conducta de conducir supone la interacción entre las condiciones ambientales del lugar por donde se transita, las características del vehículo y las destrezas del conductor.



Se han propuesto varias explicaciones para estas conductas diferentes, que pueden resultar complementarias: enlentecimiento y confusión perceptiva, lentitud e imprecisión psicomotora, incapacidad para atender a varios estímulos cambiantes a la vez en una situación compleja; se habla también de un cierto ensimismamiento: la persona mayor, aunque cuidadosa con lo que hace, no se preocupa demasiado de lo que los demás están haciendo u harán. Se cierra en sí misma.

Para caracterizar las conductas de los jóvenes se emplean expresiones tales como placer del riesgo, presunción, atrevimiento, impulsividad, atolondramiento, irresponsabilidad, inmadurez, machismo.

Es de observar que entre los conductores jóvenes se registran marcadas diferencias sexuales en cuanto a velocidad. Sin embargo, los varones a medida que envejecen tienden a conducir algo más despacio que cuando eran más jóvenes, mientras que las muchachas que habían empezado a conducir lentamente, con la edad y la experiencia, van atreviéndose a ganar velocidad, por lo que podemos decir que con el paso del tiempo estas diferencias iniciales se atenúan.

Un posible apoyo de algunos de los resultados obtenidos mediante el procedimiento del Análisis de los accidentes, procede de las opiniones recogidas de los propios conductores mayores. Podemos preguntarnos: ¿cómo ven las personas que se van haciendo mayores los problemas de la conducción?, ¿qué piensan los propios conductores maduros de la forma en que conducen?, ¿qué dificultades específicas encuentran?, ¿cuáles son los errores, los fallos que más habitualmente cometen?

Planeck y Fowler (1971) realizaron en Estados Unidos un amplio estudio con una muestra compuesta por 3.633 conductores mayores de 55 años, de diversa procedencia y características. En un momento del estudio se pidió a los sujetos que ordenaran los errores que cometían con mayor frecuencia; el procedimiento consistió en presentar una lista de diez posibles errores y cada sujeto debía elegir los tres que más veces comete y los tres en que menos incurre. En segundo lugar se les pidió que escogiesen también las operaciones de conducir que les resultaban más dificultosas y las más sencillas.

Ambas ordenaciones se cotejaron posteriormente con los resultados de análisis de accidentes de circulación imputables a personas mayores.

El orden de las faltas que habitualmente considera que comete la muestra explorada es el siguiente:

- 1.— No percatarse de alguna señal.
- 2.— Conducir demasiado pegado a otro vehículo.
- 3.— Conducir demasiado despacio.
- 4.— Efectuar giros incorrectos.
- 5.— Pasarse a la izquierda de la raya central.
- 6.— Conducir demasiado deprisa.
- 7.— Adelantar en prohibido.
- 8.— Saltarse una señal de stop.
- 9.— No darse cuenta de ceder el paso.
- 10.— Saltarse un disco en rojo.

Por lo que respecta a la dificultad de las operaciones, la ordenación se estableció de la siguiente forma:

- 1.— Cambiar de carril.

- 2.— Girar a la izquierda.
- 3.— Aparcar.
- 4.— Introducirse en una autovía.
- 5.— Leer las señales de tráfico.
- 6.— Adelantar.
- 7.— Mantenerse en la corriente del tráfico.
- 8.— Guardar una distancia adecuada.
- 9.— Hacer marcha atrás.
- 10.— Juzgar distancias.
- 11.— Mantener el coche en el carril.
- 12.— Hacer giros a la derecha.
- 13.— Dominar el volante.

Aunque no hay una correspondencia exacta entre las opiniones manifestadas por los sujetos y los hechos que se registran, se pueden señalar bastantes coincidencias e incluso algunas discrepancias pueden ser merecedoras de atención en cuanto que revelan preocupaciones de los conductores maduros que son susceptibles de remediar en base a la adopción de algunas medidas y reformas.

Problemas de la reducción de la movilidad

EN la mayoría de los países desarrollados, con niveles altos de industrialización y

concentración urbana, un número cada vez más elevado de personas de edad viven en situación de aislamiento.

El éxodo rural, la inevitable desaparición de seres queridos, la transformación de la familia patriarcal en nuclear y la más reciente crisis de esta última, pueden contarse como causas principales de este hecho.

Frente a esta panorámica de separación, vivida como un sentimiento de soledad y desvalimiento, las posibilidades de desplazamiento pueden abrir interesantes perspectivas, a veces injustificadamente mermadas.

La oportunidad de conducir el propio automóvil o al menos de poder usar alguno, y en términos más generales, la disponibilidad de medios de transporte adecuados, adquiere un inusitado valor para efectuar los inevitables reajustes en las formas de vida que sin duda a estas edades todo el mundo se ve obligado a realizar.

De hecho cuando se pregunta a un anciano por sus problemas, es frecuente oír quejas y lamentaciones sobre su inmovilidad forzada, sus dificultades para desplazarse libremente, su incapacidad de acceso a ciertos lugares, la drástica reducción en suma de su "espacio vital", con las consiguientes renunciaciones que ello impone.

Algunas encuestas norteamericanas y alemanas sobre motivos de preocupación atestiguan más fehacientemente que entre las cuestiones que más inquietan a las personas mayores, el problema de transporte ocupa un lugar prominente. Así en una realizada bajo los auspicios del National Council of Aging, expuesta en las reuniones sobre envejecimiento patrocinadas por la Casa Blanca, aparece en tercera posición de importancia, sólo precedida por preocupaciones económicas y de salud, si bien informaciones

El declive que acompaña al envejecimiento en las aptitudes psicomotrices es menos pronunciado de lo que suele creerse.

recientes parecen indicar que lo que llamaríamos "seguridad ciudadana", también en este país va ganando terreno en los últimos años, constituyendo uno de los problemas más angustiosos para la población anciana que habita en las grandes urbes.

Sea cual sea el orden, es de advertir que entre las tres primeras mencionadas se establecen inevitables interacciones difíciles de separar. Un mal estado de salud no invita precisamente a salir con frecuencia ni a viajar lejos de casa y una importante reducción de ingresos, como ocurre con motivo de la jubilación, limita también considerablemente esas posibilidades, precisamente en un período de la vida en el que el tiempo ha dejado de ser ya una importante restricción. Resulta revelador a este respecto el dato de que en un país en que el automóvil consiste en algo tan habitual y necesario como es en los Estados Unidos, el conjunto de hogares en el que el cabeza de familia se halla retirado, posee un número de coches que dista mucho de la media nacional.

La disponibilidad de transporte ejerce una poderosa influencia sobre la movilidad y por ello sobre la posibilidad de satisfacer necesidades de mantenimiento tales como sociabilidad, autonomía, utilización de servicios médicos, asistenciales, administrativos, financieros, acceso a centros comerciales, a actos culturales, religiosos, recreativos, etc.

Pero además como señala Carp (1971 y 1972) "los efectos secundarios del transporte pueden manifestarse no sólo sobre conductas de desplazamientos, salud, nutrición, índice de accidentes, sino también sobre el autoconcepto, la desvinculación, la alienación y la anomia".

En los trabajos realizados para la verificación empírica de las teorías sobre la adaptación en la vejez, la tasa de movilidad constituyen uno de los elementos integrantes del índice objetivo de actividad, que a su vez, según los enfoques adoptados, tiene una relación elevada con el grado de satisfacción y moral.

Por ello es frecuente que cuando se piensa en atenciones o ayudas a la tercera edad, las autoridades nacionales y locales se muestren propicias a conceder ventajas especiales en los diversos medios de comunicación (pases, deducciones, viajes gratis en días especiales), costumbre bastante extendida ya por todo el mundo y que afecta a países y ciudades de muy diversas condiciones sociales, políticas, económicas y culturales.

Pero, por supuesto, de todos los medios de transporte que pueden utilizarse, el automóvil propio sigue siendo el preferido por lo que su privación para aquellos que lo han disfrutado, previamente puede suponer un fuerte trauma a añadir a otras pérdidas de roles, impuestas normativamente por la edad. El automóvil se ha constituido en un símbolo de juventud, de poder e incluso de masculinidad. Conducir su propio coche es, no sólo la forma más práctica y eficaz de conseguir satisfacer una serie de necesidades sino la más apetecida por razones de independencia y autosuficiencia. Las limitaciones e inconvenientes que supone no poder contar con un vehículo propio, pueden ser de menor importancia para la vida de una persona que la sensación de impotencia, dependencia y desvalimiento que su pérdida acarrea.

Frances Carp ha examinado algunas de estas ideas en un estudio en que se plantea el papel distorsionante de la

memoria como mecanismo de defensa. La muestra estuvo formada por 709 sujetos jubilados de San Antonio, Texas, con una media de edad de sesenta y siete años y medio, de los que 283 fueron hombres y 426 mujeres; 280 sujetos, aproximadamente un tercio de la muestra, poseían automóvil y seguían conduciendo normalmente en el momento del estudio; 202 habían dejado de conducir, sea voluntariamente o bien por necesidad; el resto nunca había dispuesto de vehículo propio.

El estudio se concentró en los sujetos que en algún momento habían conducido, habiéndose controlado que entre el grupo de los actuales conductores y el de los exconductores no existiesen diferencias significativas en variables tales como ingresos económicos, calidad de la vivienda, nivel de instrucción, tipo de empleos anteriores, autoevaluación de su estado de salud, edad cronológica, etnicidad y distribución por sexos.

Las preguntas claves a los miembros de los dos grupos fueron: 1ª su reacción ante "la retirada del permiso de conducir" y en segundo lugar, su reacción ante "dejar de tener automóvil"; las respuestas son pues en un caso anticipatorias ante un hecho todavía hipotético y en otro retrospectivas frente a un hecho ya real. Se compararon también las respuestas en función del sexo. A los exconductores se les preguntó ¿cómo se sintieron cuando dejaron de tener su carnet? y a los conductores ¿cómo se sentirían si esto les ocurriera?. Ambos grupos tenían que usar una escala de respuesta compuesta de siete intervalos; las diferencias fueron significativas; la mediana y la moda de los que todavía conducían fue de 7, que equivale al grado de respuesta más negativo: "extremadamente disgustado", mientras que la mediana y la moda de los exconductores fue sólo de 4, neutro "no me importó demasiado". En la pregunta sobre la pérdida del automóvil: ¿cómo se sintieron o se sentirían al dejar de tener coche?, también en este caso las respuestas anticipativas fueron peores que las retrospectivas, aunque la diferencia fue menor que en la anterior; los conductores eligieron preferentemente los dos intervalos más negativos de la escala: "Me disgustaría mucho" y "Mi coche es la cosa más importante que poseo, preferiría perder cualquier otra cosa"; los exconductores tendieron a elegir una respuesta también negativa pero más intermedia: "Me sentí un poco disgustado".

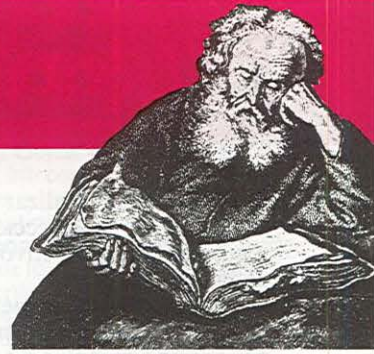
Los comentarios en la entrevista posterior en la que se trataba de razonar el por qué de las respuestas elegidas, también fueron diversos entre ambos grupos.

En cuanto al sexo, los conductores masculinos fueron mucho más extremadamente negativos que las mujeres, especialmente respecto a la pérdida de la condición de conductor: el papel masculino subraya los atributos de autonomía y poder.

Otros resultados del estudio indican que mientras que los que siguen conduciendo están en situación de ventaja y facilidad para ir donde necesitan y a los sitios que les apetece, los exconductores están en peores condiciones incluso que las personas del tercer grupo, personas que nunca habían conducido.

La conclusión parece obvia, la condición de exconductor es vista por la mayoría de sujetos como algo desagradable y amenazante para su prestigio, por mucho que la memoria

En la ejecución de tareas que no requieren movimientos muy amplios y que hayan de ser realizadas con el máximo de rapidez, los cambios con la edad son relativamente pequeños.



actúe como mecanismo suavizante, más en el caso de una pérdida de un atributo personal (la capacidad de conducir) que en el de la pérdida de un objeto (el coche).

En otro artículo dedicado a "los jubilados como pasajeros de coches", la autora se refiere a sus sentimientos y problemas tales como sentirse una carga para los demás, falta de independencia, tener que acomodarse a la distribución de tiempo y recorridos que hagan otros, escasez de oportunidad, recibir favores sin poder corresponder, etc.

Más recientemente, en uno de los estudios de mayor seriedad que conocemos sobre las dimensiones de la satisfacción en la vida de las personas mayores (Berghorn y otros, 1978), se ha incluido como una de las 14 variables independientes la de "transporte por sí mismo".

La muestra definitiva estuvo formada por 705 sujetos de ambos sexos, mayores de 60 años que representaban a la población de personas de esta edad de la ciudad de Kansas City (Kansas). El 48% conducía coche y la mayoría lo hacía en el suyo propio.

La técnica seguida fue un análisis de recorrido "path analysis", que se basa en un análisis de regresión múltiple stepwise y permite verificar la ordenación causal de un sistema de variables teóricamente cerrado. La variable dependiente: Moral, estuvo operativamente definida por las puntuaciones obtenidas en un cuestionario original de Clark y Anderson ligeramente modificado, que puede describirse como una escala bipolar que indica depresión en un extremo y satisfacción en el otro.

Entre las 14 variables se logró explicar el 0,27 de la varianza en la variable dependiente, obteniendo la variable "transporte por sí mismo" un coeficiente Beta de 0,17, significativo al nivel del 0.5% $P \leq 0.5$ igual al obtenido por las otras variables que alcanzan valores más altos: Actividad y Salud autoevaluada; (siendo superior a variables que tan relevantes pueden parecer como adecuación de los ingresos económicos, condiciones del vecindario, capacidad, etc.).

Al referirse al apartado de la variable que a nosotros aquí nos interesa, los autores que parecen hallarse un tanto sorprendidos por la magnitud del coeficiente, comentan que el estudio muestra inequívocamente la gran significación que tiene la movilidad en la vida de las personas mayores. La influencia que ejerce el poder contar con un medio de transporte propio sobre la moral puede atribuirse a dos explicaciones interrelacionadas: el fortalecimiento de la movilidad y el mantenimiento de la independencia.

Parece claro que la persona que posea un automóvil y tenga capacidad física para usarlo, dispondrá de todas las oportunidades de actividad que ofrezca el medio urbano en que vive, lo que le permite tomar parte en ellas sin tener que depender de otros, evitando esos sentimientos desazonantes a que se refería Carp. Pérdida de automóvil significa pérdida de independencia, autonomía y autosuficiencia. Es posible que en los años venideros el automóvil vaya a su vez perdiendo parte de su importancia como símbolo, pero seguirá siendo cierto que el poseerlo y utilizarlo será señal de

algo muy importante: que la persona puede aún *valerse por sí misma*, lo que permite alejar el fantasma de lo que en frase lapidaria expresaba Francois Mauriac en una de sus novelas: "Cette horreur de la vieillesse qui est de non plus servir".

Las personas mayores como peatones

POR razones de higiene mental y corporal, el ejercicio físico moderado resulta

saludable para la mayoría de personas de edad. Caminar todos los días, pudiendo a través de ello satisfacer por su cuenta una serie de necesidades de orden material, social y espiritual, es o por lo menos debería ser, uno de los ejercicios más adecuados para estas personas, como constantemente recomiendan geriatras y gerontólogos. Sin embargo estos paseos parece que pueden comportar sus riesgos, uno de los cuales, el de los accidentes de circulación se cobra un elevado precio.

Las estadísticas muestran que entre los peatones muertos o heridos en accidentes de tráfico, tanto los niños como las personas de más de 65 años están altamente sobrerrepresentados.

Valga el ejemplo de nuestro propio país. Del total de víctimas mortales por atropellos ocurridas en 1981, el 26,7% en carretera y el 40,8% en zona urbana, fueron personas de más de 64 años. Naturalmente los porcentajes de ancianos fallecidos resultan mucho más abultados que los porcentajes de víctimas, pero aún así éstos (17,8 y 18,5 respectivamente) superan con creces la proporción de ancianos en nuestra pirámide de edades (sólo el 11%).

Todos los cambios normativamente impuesto por la edad a propósito de las limitaciones de los conductores mayores, afectan también poderosamente a las personas de estas edades como peatones: vista, oído, órganos vestibulares del equilibrio, aptitudes perceptivas y psicomotoras, atención distribuida, memoria, rapidez de decisión y de juicio, etc.

Los impedimentos de tipo psicomotor más patentes en buena parte de los ancianos se reflejan en la reducción de su velocidad al andar. Ahora bien, también en esto las diferencias individuales son muy grandes y mayores que a otras edades, lo que supone que si bien la media de la población anciana en cuanto a rapidez de andar no dista demasiado de la de adultos, sin embargo un gran porcentaje de ellos caminan mucho más despacio.

Conjugando esta lentitud motórica con la disminución de aptitudes sensoriales, perceptivas y cognitivas en general, acrecentadas por el estado de confusión, aturdimiento y fatiga que producen la multiplicidad de señales luminosas destelleantes y cambiantes, los ruidos y el barullo de la multitud en movimiento, se comprende que aunque la

Bibliografía

Berghorn, F.; Schaefer, D.; Steele, G. y Wiseman, R. (1978): "The urban elderly. A study of life satisfaction", Allanheld, Osmon. Montclair N.J.

Birren, J. (1964). "The Psychology of Aging". Prentice Hall.

Carp, F. (1971). "On becoming and exdriver: prospect and retrospect" *The gerontologist*, 11 pp. 101-103.

Carp, F. (1972). "Transportation" *The gerontologist* 12 pp. 11-16.

Carp, F. (1972). "Retired people as automobile passengers". *The gerontologist* 12 pp. 66-72.

Cohen, S.H. (1980). "Multiple impacts and determinant in human servi-

ce delivery systems" en Turner y Reese: "Life-span developmental Psychology: Intervention". Academic Press.

Comfort, A. (1977). "A good age". M. Beazley (Traduc. castellana en Debate, 1978).

Cutler, S.J. (1972). "Transportation and changes in life satisfaction", *The gerontologist* 12 pp. 155-159.

Cutler, S.J. (1974). "The effects of transportation and distance on voluntary Association Participation among the Aged". *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 5.

Chapman, A.; Wade, F. y Foot, H. (1982). "Pedestrian accidents", J. Wiley, New York.

Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Boletín Informativo: Anuario estadístico general 1982.

Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Boletín Informativo: Accidentes 1982.

Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Programa Nacional de Seguridad Vial: Plan de actuaciones para 1983 (Comisión nacional de seguridad de la circulación vial).

Forteza, J.A. (1983). "Edad y trabajo: Hacia una psicogerontología laboral", *Boletín de la Asociación española de Dirección de Personal*. Septiembre.

Fozard, J.; etc. (1977). "Visual perception and Communication" en Birren

dificultad para realizar las rápidas maniobras de desplazamiento en la dirección y el tiempo adecuados que se requieren para desenvolverse entre el caótico tráfico ciudadano.

Se ha indicado también la tendencia generalizada entre las personas viejas de caminar con la vista fija en los pies, quizás por temor a resbalar o a tropezar, lo que les impide observar detenidamente lo que ocurre a su alrededor.

En las ciudades la mayor parte de los atropellos de peatones ancianos se producen al intentar cruzar determinadas vías; puede ser frecuente, que imprudentemente, por distracción, antiguas costumbres, etc., lo hagan por sitios indebidos fuera de los pasos protegidos; pero también hay que considerar que los conductores, impulsados por la prisa y la densidad del tráfico, no suelen ser muy dados a respetar la prioridad de los pasos de cebra y que incluso en los lugares donde existe un sistema de señalización con semáforos, la distribución de tiempos de las luces no sea lo más acorde a las condiciones de los ancianos.

Dado que la velocidad de marcha normal puede estimarse en 4,5 pies por segundo (aproximadamente un metro y treinta y siete centímetros), los expertos en ingeniería de tráfico han tomado como base para la planificación de la regulación de cambios de luces una velocidad de 4 pies un metro y veintidós centímetros por segundo, algo inferior por tanto a la calculada como normal. Ahora bien, habrá que tener presente que al tratarse de datos medios una parte de los sujetos pueden quedar fuera de esta norma como han señalado varios autores que estiman que un 35% de peatones, entre los que se incluyen muchos ancianos, caminan a un ritmo bastante más lento.

Estudios realizados en Suecia han propuesto que se adopte como criterio de tiempo para recorrer un espacio (cruzar una calle) aquél que sea comodamente superado por el 95% de los sujetos; según este criterio los 4 pies por segundo deberían reducirse a 2,2 (67 cms) para los adultos en general y a sólo 1,8 (55 cms) para los ancianos, lo que de aceptarse, muy probablemente, en determinadas vías y a determinadas horas, colapsarían el tráfico en los pasos previstos para los peatones.

En cualquier caso, a este ritmo lento de marcha, habría que añadir la posible demora en percibir el cambio de las luces y disponerse a andar, con lo que el viejo inicia su cruce algo más tarde. Esto determina que los tiempos concedidos le sean muchas veces insuficientes y que por tanto su seguridad e integridad física queden a merced de la prudencia y benevolencia del conductor.

Sugerencias

1.— Dada la amplitud de las diferencias individuales, el diferente ritmo en que se producen en cada individuo las pérdidas en las distintas características y el papel compensador de la experiencia, carece de sentido científico fijar un límite de edad a partir del cual se introduzcan restricciones tendientes a eliminar de la conducción a las personas mayores.

2.— Los exámenes con tests, pruebas de simulación, etc., se realizan en unas condiciones forzadas y artificiales que normalmente tenderán a penalizar en exceso a las personas mayores poco habituadas a estas situaciones, por lo que sus resultados, salvo casos muy extremos, no deberían ser sin más determinantes de la exclusión de personas que sea cual sea su edad, llevan conduciendo satisfactoriamente cierto tiempo.

3.— La proliferación, especialmente en los medios urbanos, de anuncios, carteles, adornos, pancartas y obstáculos visuales de todo tipo, hace muy compleja la percepción de las señales de tráfico pertinentes; dada la especial dificultad entre las personas mayores de discriminar rápidamente la información relevante de la no relevante, cualquier iniciativa que se tome para simplificar el entorno y hacer resaltar las señales (formas, colores, tamaños), destacándolas del contexto de otros estímulos que las enmascaran y confunden, obtendrá a la larga excelentes resultados. De adoptarse medidas de este tipo, se hará preciso una labor continuada de vigilancia y mantenimiento.

4.— En vistas a la especial dificultad de la conducción nocturna, en la que se registra el mayor número de accidentes graves, se impone hacer esfuerzos para mejorar o en su caso dotar de mejores sistemas de alumbrado y que cuenten con protecciones adecuadas para evitar deslumbramientos, tanto a las calles suburbanas como a los tramos de carretera o autopista de mucha densidad de tráfico, proximidad a núcleos urbanos importantes, poniendo señales en curvas y cambios de rasante.

5.— De la misma forma que se fomentan campañas de formación para la seguridad vial dirigidas a escolares, habrá que tratar de organizar y difundir a través de los medios de comunicación, actividades de instituciones ciudadanas, etc., programas de concienciación para adultos en general que incluyan temas o sesiones dedicadas especialmente a los ancianos. Se debe informar sobre las limitaciones que impone la edad y la conveniencia de evitar situaciones de especial riesgo; en este sentido la exposición analítica de causas de accidentes, cuasiaccidentes e infracciones puede ser uno de los materiales más adecuados para las discusiones en grupo.

6.— Precisamente hay que estimular la investigación mucho más detallada y analítica de los accidentes de tráfico, apoyándose en la descomposición o desglose de los datos en función de todas las variables que puedan resultar relevantes y cotejando esa información con la recogida sistemática de relatos introspectivos de las personas que han intervenido o han sido testigos presenciales.

7.— En un plano más general, se hace preciso urgir a las autoridades competentes que promuevan la creación o el rediseño en ambientes urbanos de zonas estructuradas más en función de las condiciones y necesidades de los peatones que de los automovilistas, para que la ciudad y sus habitantes, por lo menos en algunos lugares, puedan volver a ser lo que antes fueron y que quizás no deberían haber dejado de ser.

Bibliografía

y Schaie "Handbook of the Psychology of Aging".

Golden, H.M. (1973). "The dysfunctional effects of modern technology on the adaptability of the aging". *The gerontologist*, 13 pp. 136-143.

Hoyos, C. (1970). "Psychologie de la circulation routière", P.U.F., Paris.

Kimmel, D.C. (1974). "Adulthood and aging". J. Wiley. New York.

Kochhar, D.S., Ali, H. (1979). "Age as a factor in combined manual and decision tasks", *Human Factors* vol. 21 pp. 595-603.

Lehr, U. (1977). "Psychologie des Alterns", Guelte and Meyer; Heidel-

berg (Traduc. castellana en Herder, 1980).

McFarland, R.A.; O'Doherty, B. (1959). "Work and occupational skills" en Birren: "Handbook of aging and the individual". Chicago, Univ. Press.

McFarland, R.A.; Turner, G. y Welford, A.T. (1964). "On the driving of automobiles by older people". *J. of Gerontology*, 19 pp. 190-197.

Marsh, B.W. (1960). "Aging and driving", *Traffic engineering*. Nov. pp. 3-21.

Planek; Fowler (1971). "Traffic accidents problems in exposure characte-

ristics of the aging driver" *J. of Gerontology* 26 pp. 224-230.

Pulling, N.H. y otros (1980). "Headlight Glare Resistance and Driver Age", *Human Factors* 22 pp. 103-112.

Rodstein, M. (1964). "Accidents among the aged: Incidence, causes and prevention", *J. Chron. Dis* 17, pp. 515-526.

Shinar, D. (1978). "Psychology on the road" J. Wiley. New York.

Welford, A.T. (1977). "Motor performance" en Birren y Schaie: "Handbook of the Psychology of Aging".

Wolf, F. (1967). "Studies on the shrinkage of the visual field with age", *Highway Res. Rec.* 167 pp. 1-7.



26
septiembre

Congreso de Evaluación Psicológica

Seguramente el rasgo más saliente del I Congreso de Evaluación Psicológica (Madrid, 26 a 29 de septiembre) ha sido el de brindar a los participantes una oferta de actividades científicas y de comunicación, no sólo rica y enriquecedora, sino también ampliamente diversificada. A los ingredientes usuales de cualquier congreso —conferencias, ponencias, comunicaciones—, y a los que, siendo ya habituales en otros países, comienzan en el nuestro a ponerse en uso, como es la comunicación mediante presentación de posters, ha añadido otras actividades menos frecuentadas en reuniones científicas, tales como reunir en mesa redonda a personajes tan dispares como Cronbach, Eysenck y Mischel, más otros profesores hispanos, para abordar tema tan polémico como el de “las dos disciplinas de la psicología científica en la evaluación psicológica”, y, sobre todo, las que constituyeron una verdadera perla de hallazgo y de animada interacción, las “horas con...”, donde los participantes tuvieron la oportunidad de plantear libremente preguntas y escuchar sobre los temas así propuestos a los tres invitados extranjeros antes referidos. Una combinación, pues, si no para todos los gustos, sí, desde luego, para satisfacer una amplia gama de gustos, intereses y necesidades de intercambio.

El contenido de las conferencias es un indicador interesante de las direcciones de investigación y de los problemas actuales en evaluación psicológica. Repasarlo brevemente da idea no sólo de los temas que se hicieron patentes en el Congreso, sino, en general, de cuál es la temática que hoy interesa y ocupa ya a los psicólogos evaluadores, ya a los profesores de psicología, cuando desde la ciencia básica, abordan los problemas de la evaluación.

A propósito de “nuevas líneas de pensamiento en torno al uso de tests psicológicos”, L. J. Cronbach resaltó como novedades sobresalientes en el empleo y en la tecnología de los tests, primeramente, la introducción del microanálisis, de un género de análisis aplicado a unidades menores y más finas en el proceso de realización de tareas, proceso que los tests tradicionales evaluaban de manera sólo global, en sus resultados finales; y, en segundo lugar, junto a eso, la introducción de la computadora, la computarización de la evaluación psicológica, que precisamente permite y facilita esos análisis más finos, más complejos, y del todo cercanos al proceso temporal mismo en que tienen lugar las conductas objeto de evaluación. Cronbach destacó también los aspectos sociales y políticos inevitablemente implicados en la práctica de la evaluación psicológica.

Enfrentado a una cuestión tan delicada como la del “uso científico de la experiencia interna”, J.L. Pinillos recordó que, en realidad, ni siquiera en el medio siglo de hegemonía del conductismo, llegó la conciencia a desaparecer del todo de la psicología científica. Ahora, de todos modos, la conciencia, y, con ella, la experiencia interna y la introspección, han sido recuperadas para la psicología. Según el profesor Pinillos, la observación de la experiencia interna es útil como fuente de hipótesis y para propósitos cualitativos gruesos; no lo es, en cambio, para la comprobación de hipótesis, ni tampoco para la determinación cuantitativa, ni en general para el conocimiento riguroso de los procesos verdaderamente básicos, por lo común no accesi-

bles a la conciencia. Quizá todo empieza, pero nada termina por la introspección.

No hubo mucho de nuevo en la exposición de W. Mischel sobre “últimos avances en la evaluación de la personalidad”. El público pudo escucharle de viva voz lo que de él cabía esperar y lo que tiene ya escrito en su prolífica producción de los últimos diez años. A juicio de Mischel, la evaluación de la personalidad ha de centrarse en diferencias interindividuales que sean conductualmente pertinentes, tales como competencias cognitivas, modos de categorización de la experiencia, expectativas personales, valores subjetivos y estrategias o planes autorreguladores. Nuestro conocimiento de las personas es, básicamente, un conocimiento mediante prototipos, un conocimiento consistente en codificación de percepciones de personas a través de categorías o perfiles de tipos conductuales en cierto modo puros a los que luego, por aproximación, referimos otros patrones de comportamiento.

También de H.J. Eysenck, sobre “medidas psicofisiológicas de la inteligencia” pudo escucharse lo que cabe aguardar de él: la insistencia en que hablamos de inteligencia, ante todo y radicalmente, para referir a una capacidad biológicamente fundada (inteligencia A por llamarla de algún modo), aunque también está justificado identificar como inteligencia (esta otra, inteligencia B) para significar lo que aparece en la ejecución, en el rendimiento y competencia frente a tareas intelectuales, y que resulta de la combinación de la inteligencia A con variables de personalidad. Pero, además de esto, Eysenck se extendió de manera magistral en la presentación de métodos recientes, basados principalmente en las técnicas de tiempos de reacción y de registro de potenciales evocados, que parecen aportar una medición objetiva, psicofisiológica, de la inteligencia A. Personas más inteligentes manifiestan un patrón más complejo de potenciales evocados. Para el profesor Eysenck, los procedimientos usuales en evaluación de la inteligencia funcionan suficientemente bien en poblaciones normales y para predicciones de éxito académico o de rendimiento laboral. En cambio, para personas en quienes variables de personalidad pueden interferir seriamente en la ejecución (pacientes psiquiátricos, individuos muy ansiosos o deprimidos), y asimismo en la investigación transcultural, o en la longitudinal, con medidas repetidas, los tests convencionales pueden resultar inaplicables o no fiables. Justo en tales casos, están particularmente indicados y van a resultar del todo imprescindibles los procedimientos psicofisiológicos de medida.

La otra cara de la moneda de la inteligencia fue objeto de análisis por V. Pelechano: “inteligencia social y habilidades interpersonales”. Su tesis fundamental se resume así: los tests de inteligencia al uso miden aptitudes en tareas impersonales; ahora bien, la mayor y más importante parte de nuestros problemas diarios entraña situaciones interpersonales, de competencia social, y, sin desdén por la medición de aptitudes en otro tipo de tareas, son principalmente aptitudes ante problemas sociales, en las relaciones entre personas, las que el evaluador ha de tratar de medir. Esta tesis incluyó, en la exposición del profesor Pelechano, una severa crítica al enfoque, propio de psicólogos evolutivos de orientación piagetiana, de considerar el desarrollo de la inteligencia exclusivamente en términos de operaciones formales, y la presentación de un instrumental de medición de las competencias sociales: tres escalas para aplicación en edades de 4 a 14 años.

En la sesión de clausura, Rocío Fernández Ballesteros, presidenta del Congreso, disertó acerca de la distinción entre “evaluación psicológica y evaluación valorativa”. La evaluación

psicológica ("assessment" en inglés) refiere a la exploración y medida de conductas, de procesos psicológicos o conductuales. La evaluación valorativa o valoración (ahora, en inglés, "evaluation") tiene que ver, en cambio, con los tratamientos e intervenciones realizados, por el psicólogo o por otros agentes de cambio, en orden a modificar la realidad en los individuos y en los grupos. La profesora Fernández Ballesteros fijó así la regla de oro de toda evaluación psicológica: no evaluar sino para intervenir; y no intervenir sin valorar. Evaluación, intervención y valoración forman con ello una secuencia completa de actividad a la vez científica y práctica, de conocimiento, de modificación de la realidad y de enjuiciamiento de la modificación lograda.

Comunicaciones y sesiones de posters quedaron agrupadas en cuatro áreas temáticas: clínica, educación (áreas más concurridas, como suele siempre suceder, con más de 15 comunicaciones y 50 posters cada una), organizaciones, ambientes sociales. Las sesiones interactivas de posters, en las que los comuni-

cantes, frente a sus respectivos paneles, intercambiaron información con los participantes interesados, estuvieron muy animadas, resultaron sumamente vivas y satisfactorias, y, a juicio de muchos, propiciaron una comunicación más directa y rigurosa de la que permite una breve exposición oral ante un auditorio amplio, pero a menudo no interesado en todos y cada uno de los temas.

Un último detalle digno de mención y elogio: los organizadores del Congreso sobre Evaluación no rehuyeron el trance de verse ellos mismos evaluados; antes, al contrario, requirieron a los asistentes a manifestar, en anónima respuesta a un cuestionario, su valoración de las distintas actividades programadas. Esta valoración, analizada rápidamente en sus más gruesos datos, y bastante halagüeña para la organización, pudo ser presentada ya en el acto de clausura. Es un gesto merecedor de verse convertido en uso y costumbre de toda reunión profesional o científica.

Alfredo Fierro

8

noviembre

Atención infantil temprana (Experiencias de Estimulación Precoz)

Acaba de celebrarse en el Centro Base del INSERSO de Sevilla, durante los días 8, 9 y 10 de noviembre de 1984, el curso "Atención Infantil Temprana en la zona rural".

El primer día, José María García, psicólogo y Jefe de Negociado de Atención Básica de los Servicios Centrales del INSERSO, situó el contexto de la Atención Temprana, que comienza a desarrollarse hacia 1960 en Estados Unidos, motivada, fundamentalmente, por la incorporación de la mujer al trabajo y la expansión económica, además de por las nuevas investigaciones evolutivas sobre el niño.

A continuación, expuso el origen de la Estimulación Precoz en España, a comienzos del quinquenio 1970-75, con las aportaciones principales de la Maternidad Santa Cristina, de Madrid; la UPEP de la Universidad de Navarra y las experiencias piloto del SEREM. Analizó la realidad española, con la gran dispersión y necesidad de coordinación en este tema, y pasó a estudiar los tres modelos que se han ofrecido en nuestro país: clínico, interdisciplinario y comunitario, resultando este último el más barato y útil. Además, el modelo comunitario es aplicable a cualquier tipo de trabajo social y técnico.

Integración del discapacitado en Toledo

El segundo día, Mari Carmen Cabello, psicóloga y Directora Provincial del INSERSO de Toledo, explicó extensamente el trabajo que llevan a cabo para la detección precoz, en colaboración con la Unidad de Prematuros de Toledo, y el apoyo a la integración en la escuela normal de los niños mongólicos y paralíticos cerebrales, dentro de un programa conjunto INSERSO-INSALUD-Ministerio de Educación, trabajo en el que se implica también a las familias, Ayuntamientos, Asociaciones y todo Organismo que tenga alguna vinculación posible con el tema.

Se declaró también partidaria de la atención lo más precoz posible y del trabajo comunitario en Servicios Sociales, resaltando el abaratamiento de costes cuando se produce la integración del niño discapacitado en la escuela normal.

Junto a ella, Carmen García Vázquez, psicomotricista del INSERSO de Toledo, completó el programa.

Por la tarde se comentaron unas experiencias concretas que se están realizando actualmente en Andalucía:

Experiencia de Alcalá La Real (Jaén)

En primer lugar, José Luis Muñoz, pedagogo del INSERSO de Jaén, y el Equipo del Patronato Municipal de Atención a Disminuidos de Alcalá la Real (Jaén), divulgaron su trabajo, en el que destaca una atención lo más domiciliaria posible, evitando así los gastos de transporte, pérdidas de tiempo y problemas derivados de la separación del disminuido de sus familiares. Presentaron los casos dentro de su contexto real y, con frecuencia, dramático, donde muchas veces se trataba de familias viviendo en condiciones inhumanas y casos en los que, a partir de la detección del discapacitado, se empezaban a mejorar las condiciones materiales de supervivencia de todo el grupo familiar.

Atención infantil temprana en Sevilla

A continuación, el Equipo de Atención Temprana del Centro Base de Sevilla, representado por su Director, Manuel Borrero, y los terapeutas Pepa García Jiménez y Rafael Perezagua, repasaron la evolución de la Estimulación Precoz en Sevilla, desde sus orígenes en 1979 hasta el comienzo, en noviembre de 1983, de otras experiencias de descentralización de Servicios Técnicos de Sevilla Capital hacia El Arhal, Paradas y Marchena, tres pueblos de la comarca de La Campiña, al sudeste de Sevilla, en los que se viene trabajando, desplazándose los terapeutas mencionados, un día por semana, a los pueblos citados, enseñándose las técnicas a los profesionales de la zona y supervisando la evolución de la experiencia y de cada niño en su tratamiento.

A la vista del éxito de esta experiencia piloto, se va a ampliar la misma a la comarca de la Sierra Norte de Sevilla, dándose un paso más en la descentralización técnica y tratamiento comunitario.

Fernando Gállego Estévez



En los últimos años se asiste a una avalancha de psicología cognitiva. Se asume un fracaso conductista que ha liberado nuevos aires. Pues bien; el autor sostiene que ese planteamiento está equivocado.

"MODA, MITO E IDEOLOGÍA DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA"

MARINO PEREZ ALVAREZ*

EN los últimos años se asiste a una avalancha de psicología cognitiva. Gran cantidad de producciones psicológicas llevan la etiqueta cognitiva, así como sus productores. Datos clásicos se releen cognitivamente y los psicólogos bautizados en otros dominios se reconvierten. Incluso, quienes nunca vieron clara la innovación cognitiva también asienten y terminan convencidos. Todo parece ser (necesariamente) cognitivo. Quizá, la etiqueta "cognitivo/a" invada la psicología en la misma proporción que en las líneas anteriores.

Una cuestión central en este panorama es la decadencia del conductismo. Se asume que la insuficiencia y el consiguiente fracaso conductivista liberaron nuevos aires para una psicología más cabal y adecuada a la condición humana. Esta innovación se puede concretar en tres puntos (entre otros), generalmente aceptados, a saber.

1. El cambio del paradigma conductista por el cognitivismo.

2. (Por tanto) un estudio más profundo y auténticamente humano, en relación a la superficialidad, cajanegrismo y mecanicismo conductistas, lo que se relaciona con.

3. La recuperación del sujeto activo, en contraposición con el sujeto pasivo conductista.

Pues bien, se va a sostener que este planteamiento está

equivocado y que mantener la posición cognitiva en los términos con que convencionalmente se presenta es una ingenuidad, con "toques" de moda, mito e ideología. El escrito siguiente desarrolla estos puntos, que se han de entender como un conjunto de reflexiones colaterales que han surgido al hilo de trabajos más amplios y técnicos, donde se encuentran parte de las argumentaciones y referencias que se echarán de menos aquí.

1. La moda cognitiva

EL término "paradigma" es utilizado frecuentemente en Psicología, quizá porque presenta con (una aparente) claridad aspectos del desarrollo y constitución de las ciencias en realidad más complejos (y más bien oscuros). Un (ab)-uso muy llamativo tiene que ver con las presentaciones del panorama de la psicología actual, con particular referencia a la situación del conductismo y el cognitivismo. En este contexto, se da por establecido que la situación es de "cambio paradigmático", donde el paradigma emergente sería el cognitivista, que vendría a sustituir al conductista. Así, Arnau (1982); Delclaux, Ruiz Vargas y Zaccagnini (1983); García-Albea (1984), Vega (1984); Zaccagnini, Del-

* Profesor de Psicología de la Personalidad. Universidad de Oviedo.

claux y Ruiz Vargas (1983), por citar sólo algunos autores españoles beligerantes en este tema. Dichos investigadores ofrecen diversos modos de entender el procesamiento de información como el paradigma alternativo ("emergente", "de choque", de "operación de recambio" o de "revolución copernicana"), respecto del conductismo.

El error de apelar al concepto de paradigma es que sus usuarios no precisan en cuál de los veintitantos sentidos lo utilizan (cif. Masterman, 1970). Bueno, lo que se quiere decir es que se acude al término "paradigma" de una manera ingenua, sin reparar que el propio Kuhn, ateniéndose a las críticas de Masterman (1970) y Shapere (1964), ha reconvertido el concepto de "Matrices disciplinares", con cuatro elementos: modelos, valores, generalizaciones simbólicas y ejemplares, siendo este último el componente epistemológicamente más importante y el significado originario de "paradigma" (cif. Kuhn, 1969 y 1970).

En este mismo sentido, Masterman (1970) agrupa en tres concepciones los veintitún usos de "paradigma", a saber, paradigmas metafísicos, paradigmas sociológicos y paradigmas artefactos o construcciones. Los "ejemplares" de Kuhn corresponderían a los "artefactos" de Masterman, refiriéndose ambos a la construcción científica misma, o sea, el ejemplar científico en cuanto "solución de un problema concreto", presentado como el artefacto experimental, es decir, lo que realmente hacen los científicos en cuento tales (en sentido "artefactual").

Pues bien, los cognitivistas utilizan el "paradigma" en la versión indiscriminada y ya reparada de 1962, y cuando refieren las revisiones, por ejemplo, Vega (1984, p. 25) se quedan con el significado de "matrices disciplinares", que aparte de no ser el central, no tiene más significado que el metafísico y el sociológico. De todos modos, "matrices disciplinares", aún sigue siendo una concepto impreciso y ambiguo (Suppe, 1978). Por otra parte, de acuerdo con Quintanilla (1976, p. 95) "no hay criterio alguno para juzgar cambios de paradigma", con lo que difícilmente se puede saber si se ha producido o se está produciendo uno (aunque hay autores que aseguran que lo han visto o lo están viendo).

De cualquier manera, si nos atenemos al valor metafísico u ontológico, es decir, a los "modelos" o "analogías" y "valores", nos encontramos un panorama poblado de "ciencias cognitivas" distintas, en el que se plantea, incluso, la posibilidad de convivencia (cif. Mayor, 1980, Mandler, 1984). Una situación muy alejada del empleo que le dan a "paradigma cognitivo", donde tiene mucho interés preguntar ¿cuál es el emergente?, ¿cuál "choca" más y contra qué? y ¿cuál es más revolucionario? (en vez de darlo por hecho).

Y no sólo "muy alejada", sino que se ofrece, curiosamente, como la contraparte de "paradigma", que se podría utilizar como ejemplo (opcional entre el psicoanálisis y la parapsicología) de lo que no es ciencia, una de las razones por las que entiende Bunge (1982, p. 65) que el procesamiento de información (¡a su vez una psicología cognitiva!) es una pseudociencia. En efecto, Newell, hace más de diez años (1973), ya identificó 59 fenómenos básicos en las investigaciones cognitivas y 24 cuestiones planteadas en términos de opuestos, de tal manera que nunca quedan resueltas, sino cada vez más confusas, donde cada investigador formula su propia versión y el "progreso" científico únicamente afecta al "currículum" de autor.

Por su parte, apreciaciones recientes encuentran que el "cognitivismo" (todavía) no ofrece un enfoque nuevo de los problemas, ni presenta un campo propio y unitario, tanto en la concepción teórica y filosófica, como en las categorías psicológicas que investiga y en los métodos de que se sirve.

Así, una visión de cien años de psicología observa que el cognitivismo "desde una perspectiva conceptual" no ha avanzado desde Aristóteles (Leahey, 1980, p. 546, de ed. española), algo que también destaca Rorty (1979, p. 235 de la ed. española), cuando dice que los cognitivistas están haciendo empíricamente "lo que Locke y Kant hicieron con lucubraciones". De acuerdo con Gergen (1984), el movimiento cognitivo ha resucitado la vieja disputa filosófica entre empiristas y racionalistas, en el que los conceptos y problemas vuelven a pasar sin progresos, como una cinta de Moebius. De manera que el "giro copernicano" que atribuye Vega (1984, p. 25) al "nuevo paradigma" del procesamiento de información quizá se refiere al retorno a la época de Copérnico. Del mismo modo que el título "Psicología cognitiva: ¿un nuevo paradigma con una vieja metodología?" (Delclaux, Ruiz Vargas y Zaccagnini, 1983), quedaría más apropiado si fuera "Psicología cognitiva: ¿un viejo paradigma con una nueva metodología?".

Pero, en fin, todavía en relación a los métodos, tampoco hay novedades. En general, derivan de otros campos (cif. Delclaux, 1982; Vega, 1984, p. 41-56), de suerte que, aún siendo nuevos, no son propios, con la consiguiente dispersión y pluralidad metodológica (cif. Eysenck, 1984). Lo que lleva a una situación en que ni siquiera hay acuerdo en el significado de "cognición" (Bindra, 1984, descifra cinco usos diferentes) y donde es problemática la cohabitación de las diversas "ciencias cognitivas" existentes, a no ser que se atengan a la constitución doméstica que les otorga Mandler (1984) a través de una casa con habitaciones para cada "ciencia".

Parece ser que lo más común a las psicologías cognitivas y

*Mantener la posición cognitiva
en los términos en que
convencionalmente se presenta es una
ingenuidad, con "toques" de moda,
mito e ideología*

*No hay criterio alguno para juzgar
cambio de paradigma, con lo que
difícilmente se puede saber si
se ha producido uno*



lo más “revolucionario” es el vocabulario nuevo que introducen (cif. Vega, 1984, p. 32), de manera que se cubren bajo el paraguas de la terminología. Una metáfora más adecuada que la del sombrero (Mandler, 1984, p. 305), ya que sugiere que se pueden tapar varias cabezas (en Oviedo hay un paraguas que cubre toda una plaza), en vez de una sola, lo que sería indicativo de unidad paradigmática, e insinúa el mal tiempo que se acerca para el “cognitivismo”, dado el atasco y colapsamiento teórico y su insignificancia práctica. Dentro de un contexto en que el “conductismo” sigue funcionando y dando vitalidad epistemológica a la psicología (especialmente, a través de la concepción de la conducta de la teoría de campo, Pérez Alvarez, 1985, y Ribes y López, 1985).

En cuanto al significado sociológico (disciplinar), quizá el más probable de los usos cognitivistas, ya que no reparan en los otros más rigurosos, originarios y pertinentes (aunque creen que se refieren a ellos), se tiene que la producción conductista (el paradigma “obsoleto” y “decadente”) no está en decadencia. Por el contrario, el panorama es cada vez más amplio (Pelechano, 1978) y los análisis bibliométricos muestran buena salud científica (Carpintero y Peiro, 1981). En el ámbito aplicado de la salud, promueve el área de mayor innovación y de desarrollo más sobresaliente, como es la medicina conductual (cif. Fernández Trespalacios, 1984), y contribuye significativamente en la constitución y expansión de los modelos comunitarios (Bayés, 1983 y Costa, 1984) y, en fin, los psicólogos conductistas se extienden cada vez más (J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat., 1982-1983; ver, también, O’Leary, 1984).

Una “solución cognitiva” en estos reparos conceptuales sería entender que el planteamiento les es ajeno a sus presupuestos, puesto que la psicología cognitiva “rechaza el condicionamiento” (cif. Delclaux, 1982, p. 29). Como si un científico pudiera permitirse el lujo de rechazar hechos, datos o construcciones que no les gustan y/o no encajan en su teoría. Otra cosa es que trabaje en otros problemas. Desde el punto de vista de los datos, se puede decir que “peor para la teoría”. Sinceramente, esto es falta de seriedad científica.

Otra solución es hacer una nueva lectura (cognitiva) de los datos básicos (Seoane, 1981, p. 20-22). Pero, igualmente, se puede hacer una vieja lectura (conductista) de los nuevos datos (cognitivos), (cif. Eysenck, 1979, Millenson, 1967, Skinner, 1977; también, Pérez Alvarez, 1985b), lo que en definitiva habrá que remitir al tribunal de la “parsimonia”, de la “validez incremental” y de la relevancia social.

Por consiguiente, un diagnóstico más adecuado del

“estado del arte” cognitivo es el de moda, con lo que ello tiene de estadístico y de frívolo.

De otra parte, resulta curioso constatar que autores conductistas de primera fila, también se sirvan del concepto de paradigma para presentar la teoría de la conducta como siendo, precisamente, el paradigma que se establece en psicología (por ejemplo, Staats, 1975 y 1981 y Yates, 1975). Lo que puede ser visto en conexión con la versatilidad del concepto y con que no está nada clara la “emergencia cognitivista”.

Sin embargo, de igual modo puede ser visto que los conductistas lo utilizan con más propiedad. Con referencia particular a Skinner, se tiene que su programa de investigación se basa en un sólo modelo, da soluciones a problemas concretos e implica una respuesta totalmente nueva a muchos planteamientos teóricos y problemas sociales, lo que significaría que el conductismo radical sería, casualmente, el cambio revolucionario “paradigmático” (en el ámbito ontogenético), en la línea de la revolución darwinista en el nivel filogenético, (cif. Bayés, 1980, Catania, 1978, Ghiselin, 1969, p. 237, Skinner, 1981). (Para completar la conexión, los cognitivistas actuales corresponderían a los vitalistas).

En cualquier caso, valoraciones más adecuadas del “cambio de paradigmas” revelan que la “emergencia del cognitivismo” es una complementación y, desde luego, “no sustitución” (Caparrós, 1980, p. 226-245). Igualmente, Leahey (1980) encuentra más bien cambios conceptuales que “rupturas paradigmáticas”, con la observación de que alguna psicología cognitiva se hace conductista.

Así mismo, usos más rigurosos del concepto de paradigma, como observa Fuentes Ortega (1983, p. 204) pueden servir a planteamientos distintos de los anteriores, más interesantes y relevantes para la psicología. Destaca este autor el sentido que le ha dado Veá (1983) al reconsiderar

El “cognitivismo” no ofrece un enfoque nuevo de los problemas, ni presenta un campo propio y unitario, ni en la concepción teórica, ni en las categorías, ni en los métodos

Lo más común a las psicologías cognitivas y lo más “revolucionario” es el vocabulario nuevo que introducen, cubriéndose bajo el paraguas de la terminología

que el cognitivismo y el conductismo comparten un mismo tipo de explicación funcional, que definiría el campo específico de la psicología, frente a otras explicaciones, propias de las ciencias neurofisiológicas. De este modo, el uso del paradigma adquiriría potencia epistemológica, al permitir la confrontación de ciencias dadas culturalmente como distintas (las biológicas y las psicológicas) y ver conjugados los quehaceres de los psicólogos cognitivos y conductistas, ya que sus ejercicios ("artefactos" o "ejemplares" experimentales y profesionales) pueden tener más en común que las figuraciones que se tienen de ellos. Es decir, más parecidos en lo que hacen que en lo que dicen, dentro de la pauta que imprimió el conductismo a toda la psicología que quiere ser científica de establecer la conducta patente de un sujeto en una situación como el campo propio de la psicología (ver Yela, 1980, en relación con 1974, p. 93-95). Lo que está de acuerdo con el hecho de que ningún psicólogo cognitivo en sus experimentos se ha librado (de momento) de los estímulos y las respuestas.

Así, pues, el uso que hacen los cognitivistas de "paradigma" es ingenuo, por cuanto resulta extremadamente peligroso para sus propias tesis, ya que ni el significado filosófico ni el sociológico avalan lo que pretenden ilustrar con él. Por el contrario, repliegan el entusiasmo cognitivo-emergente hacia una consideración involucionista. El uso epistemológico (el originario y más riguroso) reofrece el trabajo cognitivo en la línea establecida por el "conductismo".

Dado, entonces que el cognitivismo no presenta ni siquiera la condición de "paradigma sociológico", a todo lo más, lo que ocurre es gran producción dispersa con la única unidad de la etiqueta; es por eso que su estatuto más riguroso es el de moda.

2. El mito cognitivo

LA psicología cognitiva estudia la mente humana y los mecanismos mentales subyacentes a la conducta. Es decir, en relación al conductismo, ha profundizado en la mente y explica la conducta desde la función interna, en vez de atenerse a su condición mecanicista, (cif. Delclaux, 1982, García-Albea, 1984, Vega, 1984). Abrir la interioridad para una explicación de la conducta supone proponer una serie de constructos subyacentes y disponer de una "geografía de lo mental".

A parte el grave problema ontológico de entender cómo un ente espiritual causa un evento físico y el teórico de contribuir con parsimonia y validez incremental en relación a explicaciones alternativas, la dificultad más visible está en

la inflación de mecanismos mentales propuestos. Donde la dificultad consiste en que se invocan procesos que tienen que ser explicados por otros procesos, los cuales, a su vez, requieren otros procesos, para, finalmente, comprobarlos con la conducta de que se partió. Es decir, se explica la conducta por algo que tiene que ser explicado por la conducta. Parece ser que siguen el principio "ignotum per ignotius". Por ejemplo, el caso de los "demonios cognitivos" de Lindsay y Norman, de los cuales se requiere, a su vez, conocer sus procesos. Este problema de la recurrencia infinita se debe a que se hipotetizan (inventan, hipostasian, se importan o "humunculizan") categorías que no han sido construidas en el campo psicológico y, por tanto, que requieren niveles explicativos diferentes, (a pesar de la autosuficiencia y "nivel propio" que les suponen sus usuarios). Pero la verdad es que sus autores elaboran cada vez teorías más profundas (o más altas), lo que viene a confirmar la inadecuación de los procesamientos anteriores, (en un "modo operandi" similar al de los psicoanalistas cuando inventaban conceptos sobre la marcha para ajustar los resultados).

En este sentido, se puede ver la "arquitectura de la cognición" de Anderson (1983). Se compone de tres tipos de representaciones (proposicional, de imágenes espaciales y categorías), contenidas en tres estructuras (memorias de trabajo, declarativas y de producción), con cinco procesos operando sobre ellas (codificación, almacenamiento, recuperación, comparación y ejecución), quizá un "aparato psíquico" tan complejo como el freudiano. Fodor (1983) también va añadiendo módulos cada vez más profundos. García-Albea (1983) invoca la "competencia", que es ya llegar a los "universales lingüísticos", por otra parte, un buen ejemplo de concepto extracientífico. Pylyshyn (1984) entiende la cognición como un programa computacional, en sentido literal, al igual que García-Albea (1984). Pero, también, las analogías del ordenador más débiles requieren gran cantidad de estructuras, procesos y representaciones (Vega, 1984).

En la base de estos planteamientos está el mal entendido de la "mente", quizá una confusión que puede filiarse en los mitos de Platón. Platón ha utilizado los mitos como una forma de conocimiento, de modo que es irrelevante su existencia real. Por ejemplo, para referir formas de estado se sirvió del mito de la Atlántida, donde su descripción geográfica no es pertinente. En concreto, el mito que confunde la psicología cognitiva es el de la Caverna, que se refiere al conocimiento del mundo que se tiene por las sombras que proyecta en sus paredes. Es decir, a las representaciones. La ingenuidad está en que el cognitivista

El cognitivismo y el conductismo comparten un mismo tipo de explicación funcional, que definiría el campo específico de la psicología

Explicar la conducta desde la función interna, en vez de atenerse a su condición mecanicista, supone disponer de una "geografía de lo mental"

se embarca hacia la Atlántida para describir y explorar lo que en realidad es una forma de hablar, (cif. Bélanger, 1978, p. 17), del mismo modo que Freud se despistó con Platón cuando tomó el mito del cochero que controla un caballo obediente y otro vicioso como una analogía literal de la mente y, entonces, se dedicó a describir el yo, el super-yo y el ello.

Según esto, no tiene sentido explorar la caverna. De intentarlo, se necesitan una y otra vez niveles de procesamiento más y más altos (o profundos), con un alejamiento que pierde de vista la realidad de fuera, que es en definitiva lo que se trata de aclarar. Es decir, el cognitivismo al rescatar la mente pierde la conducta y la situación en que ésta ocurre.

Un planteamiento de este tipo trae dos consecuencias. Una, retornar a los mentalismos y metafísica del pasado. Por ejemplo, reproducir con la analogía del ordenador (fuerte o débil) los problemas habidos con la mente. Volver a empezar en Descartes. Es el ejemplo de Fodor (1983), que ha ido, todavía, más atrás, hasta las facultades del alma de los escolásticos, (una "nueva" psicología filosófica medieval); de igual modo la "arquitectura de la cognición". (Ver la crítica de Kantor, 1978).

Otra, encontrarse con el cerebro. De manera que el sistema nervioso fundamente (valide, dé consistencia o avale) los procesos que no se sostienen por sí mismos. Lo que no es nada reproachable, simplemente que dejaría de ser psicología. Es decir, se liquidaría la psicología en otro campo (quizá sin quererlo). Así por ejemplo, Fodor (1983) y su vinculación con la organología, o los "demonios" y su sustitución por "analizadores nerviosos", por ejemplo. (Ver la crítica de Bueno, 1984).

En conclusión, los riesgos gnoseológicos de describir la mente están en salirse por la Edad Media o de caer en el cerebro. Riesgos también profesionales, ya que el psicólogo se tendría que reconvertir en filósofo o en neurólogo, (Pérez Alvarez, 1984).

En otras palabras, lo que han hecho los cognitivistas es abrir la "caja negra" del conductista. Lo que han encontrado es otra caja negra, que al abrirla contiene otra caja negra y así. De manera que lo que hay ahora no es una caja negra, sino una serie de cajas transparentes con una caja negra. De otro modo, al cognitivista le sucede lo mismo que a quien mate la gallina para ver como se hacen los huevos. Es decir, que pierde la mente y la conducta.

La gran virtud del enfoque de Skinner está, precisamente, en mantener la "caja negra". La mente se sustituye por el sujeto y éste se entiende como un todo que interactúa con el

medio. La interacción sujeto-ambiente se define por los comportamientos en sentido funcional, interconductual, y a las cogniciones se les da un estatuto objetivo, de origen social, que soluciona el dualismo en la distinción público-privado, (Pérez Alvarez, 1985b). Desde esta consideración el sujeto (o, la conducta) no tienen nada de mecanicista, por cuanto se entienden en un campo interconductual que es una unidad irreducible a sus partes. De acuerdo con Skinner, "no es el psicólogo conductista, sino el cognoscitivo, con su modelo de mente como una computadora, quien representa al hombre como una máquina", (Skinner, 1974, p. 106 de la ed. española).

La definición de la psicología en términos de campo es una tarea empírica compleja que requiere la descripción filogenética y física del organismo y del estímulo, el establecimiento de sus relaciones funcionales, que incluya todos los factores situacionales y el proceso histórico, dentro de una consideración multideterminista de la conducta (Kantor, 1982, Pérez Alvarez, 1985a). Claramente una tarea científica más compleja y difícil (a parte de interesante y útil) que el ensayo escolástico de reflexionar sobre las "facultades de la mente". Es de decir aquí que reflexiones recientes sobre el panorama cognitivo han advertido la necesidad de adoptar el concepto de "actividad humana" para recoger más cabalmente el funcionamiento psicológico sin perder de vista la transacción ambiental, aunque, de todos modos, se reconoce la ambigüedad de la noción de actividad humana (Mayor, 1985, p. 15).

Desde esta perspectiva, la supuesta profundidad del cognitivismo no tiene más fundamento que el mito actual de la "apertura pública de la interioridad del cuerpo humano... un rasgo general de la publicidad de los productos de tocador" (Barthes, 1970, p. 86 de la 4ª ed. española). De manera que el cognitivista engancha los mitos clásicos con los modernos.



Se necesitan una y otra vez niveles de procesamiento más y más profundos, con un alejamiento que pierde de vista la realidad de fuera, que es en definitiva lo que se trata de aclarar

El cognitivismo al rescatar la mente pierde la conducta y la situación en que ésta ocurre. Los riesgos de describir la mente están en salirse por la Edad Media o caer en el cerebro

3. La ideología cognitiva LAS múltiples versiones cognitivas asumen una noción de sujeto psicológico activo en contraposición con el sujeto pasivo del conductismo (cif. Delclaux, 1982, p. 35).

El reparo que se hace a esta formulación tiene tres momentos, que confluirán en la conclusión de que tal concepción es una falacia y, quizá, una "falsa conciencia".

1º.—De entrada, es incorrecto decir que el conductismo radical concibe y presenta un sujeto pasivo. Justamente la noción de operante refiere "operaciones" que un organismo realiza en un ambiente determinado. El sujeto actúa en su entorno, es decir, manipula en sentido efectivo las condiciones que le afectan.

Un aspecto que está llevado en el propio significado de conducta "operante" o "instrumental", y que puede entenderse, incluso, en sentido fuerte cuando se habla del individuo que autocontrola su conducta a pesar de las determinaciones ambientales y/o en contra de las restricciones impuestas (cif. Skinner, 1953, cap. XV).

A lo más, si se admitiera como pertinente este planteamiento activo-pasivo, se trataría de una cuestión de "depende", pues en situaciones indefinidas (si existieran) el sujeto tendría más iniciativa, por ejemplo, ante una mancha de tinta presentada en una cartulina, que en otras estrictamente pautadas, por ejemplo, ante un semáforo, (cif. Mischel, 1976, p. 428 de la ed. española). (Ver White, 1976 y Baer, 1976).

2º.—De todos modos, el caso es que la discusión de si el sujeto es activo o pasivo es absolutamente irrelevante para el conductismo radical (Bijou, 1984). En efecto, la consideración que se da a la conducta (que, naturalmente, es del sujeto) como operación que interviene en el entorno, el cual, a su vez, modula y selecciona la conducta, presenta al sujeto como un componente de la interacción organismo-ambiente, donde carece de sentido preguntarse por un "sujeto activo" (solipsista), independiente de las condiciones presentes y pasadas. El sujeto se reofrece, entonces, como una construcción histórica (biográfica) que está socialmente insertado, de acuerdo con la concepción de Vygotski (cif. Riviére, 1984, p. 24).

Esta formulación presenta al conductismo radical en la perspectiva teórica de la psicología interconductual de J.R. Kantor, (Morris, 1982). Este análisis entiende que la psicología tiene su escala propia en el interconducta, donde el sujeto es un componente del "campo psicológico", impensable al margen de las situaciones sociales y de las interacciones pasadas (Kantor y Smith, 1976, Kantor, 1982). Por el contrario, un sujeto "activo" y "suelto" sólo se

puede concebir en abstracto como lo hace la "filosofía de la acción", que presenta una figura humana universal y libremente flotante, (cif. Boden, Bolton, Harré, Hosper, Fodor, Ricoer...). El análisis filosófico y teórico de este planteamiento se encuentra en Pérez Alvarez (1985a). En esta misma línea están los trabajos de Fuentes Ortega (1984, 1985) y Ribes y López (1985); puede verse, también, en este contexto Bélanger, 1978. Una formulación, por otra parte, tradicional, que arranca de los escritos de 1920 de Kantor y Vygotski, pasa por Lewin y Brunswik, tiene que ver con el interaccionismo en personalidad, y en relación particular a Skinner tiene su enunciado más claro en Verbal Behavior (1957); (Ver también Buss, 1979).

3º.—Lo más curioso del asunto es, no obstante, que la actividad del sujeto cognitivo es una falacia, por cuanto que se da en "circuito cerrado". Lo que remite a la concepción ideológica de propugnar la acción humana sobre figuraciones del mundo.

La actividad cognitiva, en la versión más extendida, es eso, actividad cognitiva, es decir, procesamiento de información. Donde la actividad consiste en seleccionar, almacenar, "representar", recuperar, elaborar y utilizar información proveniente del mundo, el cual se "contempla" en una representación personal (por ejemplo, modelo de mundo) y no como una estructura objetiva que afecta de manera directa y que se puede cambiar de modo efectivo ("manipulativo", conductual). La clave está en que para los cognitivistas no existe un mundo real de hechos objetivos, sino "representaciones" del mismo, que el sujeto adopta "como si" fuesen reales, lo que está en la línea de las epistemologías que usan (Kuhn, Feyarabend, Vaihingen), resultando tantos mundos como individuos.

Por consiguiente, el sujeto actúa sobre representaciones del mundo y no sobre el mundo real. En este sentido, el enfoque cognitivista es igual, por ejemplo, al planteamiento que hacen los obispos de los problemas sociales, cuando invitan a que los trabajadores reflexionen, como si los problemas, dependieran de las "reflexiones", y no de los cambios estructurales, que afectan (más) directamente y de modo efectivo a los hábitos y posibilidades de vida de muchas personas, que a "sus modelos de mundo", (una referencia que tiene un sentido muy preciso, de acuerdo con Kantor, 1978, al ver que el cognitivismo regresa al modelo de mundo de San Agustín).

En definitiva, pues, la actividad que defienden los cognitivistas se da dentro de la mente, en cuanto que ordenador o caja que contiene el mundo, de manera que no se trata de una acción humana efectiva sobre la realidad, sino de un

Para los cognitivistas no existe un mundo real de hechos objetivos, sino "representaciones" del mismo. El sujeto actúa sobre representaciones del mundo y no sobre el mundo real

En la realidad todos los psicólogos se parece más de lo que ellos mismos estarían dispuestos a admitir; las pugnas de escuelas habría que entenderlas más como una discusión filosófica

modo engañoso de hablar. Lo que está en conexión con la ingenuidad de entender que es el sujeto el que actúa sobre el mundo (incluso sobre ese mundo representado) y de ignorar las influencias del mundo real sobre el sujeto, lo que remite a la falsa conciencia de sentirse con "libertad y dignidad". (Véase Sampson, 1981, para la discusión detallada de esta concepción ideológica).

De todos modos, no se está diciendo que los "ejemplares" experimentales de los cognitivistas no impliquen acciones efectivas sobre el entorno, que ignoren las condiciones ambientales y, en definitiva, que desconsideren la interacción. Lo que se está discutiendo son las figuraciones y predicaciones que hacen del "reino cognitivo". (Del mismo modo que el clero en la práctica se vale de "poderes fácticos de este mundo"; quizá con la diferencia de que lo que hacen los cognitivistas es más interesante que lo que dicen, mientras que lo que dice el clero, a todo más, es mejor que lo que hace).

Lo que hacen realmente los psicólogos cognitivos en sus laboratorios e intervenciones profesionales es psicología. No se discute esto, entre otras razones, por la sencilla de que se entiende que es psicología lo que hacen los psicólogos (en cuanto tales). Un aspecto que conviene sobresacar, para decir que en la realidad (todos) los psicólogos se parecen más de lo que ellos mismos estarían dispuestos a admitir, de modo que las pugnas entre escuelas y movimientos se habrían de reentender más como una discusión filosófica, que como realizaciones psicológicas distintas. En cualquier caso, tampoco se cree que, aún estando de acuerdo en esto (lo que ya es mucho pedir), se "unifique" el campo psicológico, (cif. Koch, 1981). Pero, por lo menos, se derivarían discusiones más interesantes, que podrían reobrar sobre el mismo trabajo y así tal vez, roturar un campo propio (en vez de confundirse y perderse en otros terrenos) y proponer soluciones duras a problemas duros (en vez de ofrecer una "ciencia blanda" para necesidades sociales duras).

En definitiva, pues, los cognitivistas plantean un problema sin sentido y lo revisten de ideología, al predicar la actividad del sujeto sobre el mundo (por cierto, una concepción ptolemaica, donde la revolución copernicana está en Skinner). Una manifestación típica de falsa conciencia que encubre las influencias precisas y directas de las estructuras sociales. La presentación de la "acción" desde el sujeto deriva de un análisis incompleto e idealista del comportamiento, en base a ver la conducta en una secuencia limitada a la emisión de ésta, que ingenuamente se piensa que salió de dentro, lo que ya se conoce en psicología como el "fundamental attribution error" (Nisbett y Ross, 1980, p. 122-127).



Replanteamiento

SE van a retomar los tres puntos que organizan estas reflexiones en unas notas finales.

- a) La utilización originaria y rigurosa del concepto de paradigma presentaría la psicología actual en un panorama gnoseológicamente más interesante, crítico y útil que el usual. Especialmente se vería que los ejemplares de los psicólogos tienen más en común que sus figuraciones. Eventualmente, dejaría de llevarse la discusión entre "conductistas" y "cognitivistas", (en favor de la "Psicología Experimental"). De todos modos, la teoría paradigma de Kuhn no es la opción mejor, y creo que sería otra la filosofía más adecuada, por ejemplo, la desarrollada por Bueno (1978) y Kantor (1981), (cif. Pérez Alvarez, 1985a para el uso en psicología de estas filosofías de la ciencia).
- b) Donde realmente tienen que medirse la "profundidad" de la psicología está en la interacción del sujeto-ambiente, una tarea de investigación supercompleja, en la que son necesarios todos los "ejemplares", dentro de los cuales, las aportaciones de Skinner son unos de ellos y las referidas al "sujeto cognitivo" otros. Por tanto, se mantiene que el sujeto es una categoría propia del campo psicológico y su estudio científico, en consecuencia, es definitorio de ciencia psicológica. Ahora bien,
- c) el sujeto, al ser una categoría del campo psicológico, ni más ni menos relevante que la situación estimular, su estudio por parte de una psicología científica es posible si es un término objetivo y lo es si ha sido construido socialmente. De manera que la "psicología cognitiva" puede ser científica en base al tratamiento materialista del sujeto que le da el conductismo (Pérez Alvarez, 1985b; ver, también, en este sentido, Seoane, 1985).

La presentación de la "acción" desde el sujeto deriva de un análisis incompleto del comportamiento: ve la conducta en una secuencia limitada a la emisión de ésta

El estudio del sujeto por una psicología científica es posible si es un término objetivo y lo es si ha sido construido socialmente

Bibliografía

- Anderson, J.R.** *The architecture of cognition*. Cambridge: Harvard University Press, 1983.
- Arnau, J.** "La explicación en psicología experimental: del conductismo al cognitivismo (una alternativa paradigmática)". En I. Delclaux y J. Seoane (eds.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide, 1982.
- Baer, D.M.** "The subject as host". *Human Development*, 1976, 19, 90-98.
- Barthes, R.** *Mitologías*. Madrid: Siglo XXI, 1983, cuarta ed., (orig. 1957 - 1970).
- Bayés, R.** "¿Es aplicable el punto de vista kuhniano al desarrollo histórico de la psicología?". En R. Bayés, *Una introducción al método científico en psicología*. Barcelona: Fonatenella, 1980, (tercera ed.).
- Bayés, R.** "Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria". *Estudios de Psicología*, 1983, 13, 92-110.
- Bélanger, J.** "Images et réalités du behaviorisme". *Philosophiques*, 1978, 5, 1, 3-110.
- Bijou, S.W.** "Actualización del análisis de conducta del desarrollo infantil". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1984, 39, 1, 22-36.
- Bindra, D.** "Cognition. Its origin and future in psychology". En J.R. Royce y L.P. Moss (eds.), *Annals of theoretical psychology*. Nueva York: Plenum Press 1984.
- Bueno, G.** "En torno al concepto de 'ciencias humanas'. La distinción entre metodologías -operatorias y -operatorias". *El Basilisco*, 1978, 2, 12-46.
- Bueno, G.** Para un análisis gnoseológico de la psicología cognitiva. Ponencia presentada a las "Primeras Jornadas de Psicología. Procesamiento de Información: Fundamentación Teórica y Aplicaciones. Oviedo, Marzo de 1984.
- Bunge, M.** "¿Cómo desenmascarar falsos científicos?". *Cuadernos del Norte*, 1982, 3, 15, 52-69.
- Buss, A.R.** *A dialectical psychology*. Nueva York: Irvington Pub., Inc. 1979.
- Caparrós, A.** *Los paradigmas en psicología. Sus alternativas y sus crisis*. Barcelona: Horsori, 1980.
- Carpintero, H. y Peiró, J.M.** "Una perspectiva bibliométrica sobre la modificación de conducta". En H. Carpintero y J.M. Peiró (eds.), *Psicología contemporánea. Teoría y métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica*. Valencia: Alfapplus, 1981.
- Catania, A.Ch.** "The psychology of learning: Some lessons from the darwinian revolution". *Annals New York Academy of Sciences*, 1978, 18-28.
- Costa, M.** "La psicología en la comunidad". En M.D. Avia, R. Bargaleta, C. Camarero y otros, *La psicología como ciencia*. Madrid: Ayuso, 1984.
- Delclaux, I.** "Introducción al procesamiento de información en psicología". En I. Delclaux y J. Seoane (eds.), *Psicología y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide, 1982.
- Delclaux, I., Ruiz Vargas, J.M. y Zaccagnini, J.L.** "Psicología cognitiva: ¿Un nuevo paradigma con una vieja metodología?". *Actas del II Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias*. Oviedo: Pentalfa, 1983.
- Eysenck, H.J.** "Behaviour therapy and the philosophers". *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 511-514.
- Eysenck, M.W.** *A handbook of cognitive psychology*. Hallsdale, N.J.: LEA, 1984.
- Fernández Trespalcacios, J.L.** "La medicina conductual. Una revisión de su definición y uso". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1984, 39, 1, 1-20.
- Fodor, J.A.** *The modularity of mind. An essay on faculty psychology*. Cambridge, Mass.: The M.I.T. Press, 1983.
- Fuentes Ortega, J.B.** "Las aportaciones de la psicología al II Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias". *Estudios de Psicología*, 1983, 14/15, 195-215.
- Fuentes Ortega, J.B.** El segundo sistema de funciones como marco de definición y delimitación de la escala psicológica. Ponencia presentada a las "Primeras Jornadas de Psicología. Procesamiento de Información: Fundamentación Teórica y Aplicaciones, Oviedo, Marzo de 1984.
- Fuentes Ortega, J.B.** El problema de la construcción científica en la psicología radical del aprendizaje: Análisis epistemológico. Tesis Doctoral en preparación. Universidad Complutense de Madrid, 1985.
- García-Albea, J.E.** "La distinción competencia-actuación en la base de la psicología cognitiva". *Teorema*, 1983, 13, 1/2, 141-160.
- García-Albea, J.E.** "Las claves de la psicología cognitiva". *Revista mensual de crítica de libros*. Abril, 1984, 8-10.
- Gergen, K.J.** "The cognitive movement. A turn in the Moebius strip?". En J.R. Royce y L.P. Moss (eds.), *Annals of theoretical psychology*. Nueva York: Plenum Press, 1984.
- Ghiselin, M.T.** *El triunfo de Darwin*. Madrid: Cátedra, 1983, (orig. 1969).
- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1982, vol. 13, números 1 y 4; 1983, vol. 14, números 1 y 2.**
- Kantor, J.R.** "Cognition as events and as psychic constructions". *Psychological Record*, 1978, 28, 329-342.
- Kantor, J.R.** *Interbehavioral philosophy*. Chicago: Principia Press, 1981.
- Kantor, J.R.** *Cultural psychology*. Chicago: Principia Press, 1982.
- Kantor, J.R. y Smith, N.W.** *The science of psychology: An interbehavioral survey*. Chicago: Principia Press, 1975.
- Koch, S.** "The nature and limits of psychological knowledge: Lesson of a century 'qua' science". *American Psychologist*, 1981, 36, 3, 257-269.
- Kuhn, T.S.** Posdata: 1969. En *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Kuhn, T.S.** *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid: Tecnos, 1978, (orig. 1970).
- Leahy, T.** *Historia de la psicología. Las grandes corrientes del pensamiento psicológico*. Madrid: Debate, 1982, (orig. 1980).
- Mandler, G.** "Cohabitation in the cognitive sciences". En W. Kintsch, J.R. Miller y P.G. Polson (eds.), *Method and tactics in cognitive science*. Hillsdale, N.J.: LEA, 1984.
- Masterman, M.** "La naturaleza del paradigma". En I. Lakatos y A. Musgrave (eds.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento*. Barcelona: Grijalbo, 1975, (orig. 1970).
- Mayor, J.** "Direcciones y problemas de la psicología cognitiva". *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 213-278.
- Mayor, J.** "Actividad humana y procesos cognitivos". En J. Mayor (ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)*. Madrid: Alhambra, 1985.
- Millenson, J.R.** "An isomorphism between stimulus-response notation and information processing flowdiagram". *Psychological Record*, 1967, 17, 305-319.
- Mischel, W.** *Introducción a la personalidad*. México: Interamericana, 1980, (orig. 1976).
- Morris, E.K.** "Some relationships between interbehavioral psychology and radical behaviorism". *Behaviorism*, 1982, 10, 187-216.
- Newell, A.** "You can't play 20 questions with nature and win". En W. Chase (ed.), *Visual information processing*. Nueva York: Academic Press, 1973.
- Niebett, R. y Ross, L.** *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, J.J.: Prentice-Hall, 1980.
- O'Leary, K.D.** "The image of behavior therapy: Its time to take a stand". *Behavior Therapy*, 1984, 15, 3, 219-233.
- Pelechano, V.** "Formulación y panorama actual de la modificación de conducta". *Análisis y Modificación de Conducta*, 1978, 4, 63-88.
- Pérez Alvarez, M.** ¿Qué hay de nuevo en la psicología actual? Una visión gnoseológica. Trabajo no publicado. Universidad de Oviedo, 1984.
- Pérez Alvarez, M.** "La psicología interconductual y el conductismo radical como el campo propio de la psicología. (Un análisis desde la Teoría del Cierre categorial)". Aceptado para su publicación en *El Basilisco*, 1985a.
- Pérez Alvarez, M.** "Reconstrucción materialista del sujeto psicológico. (Bases conductistas de la psicología cognitiva)". Trabajo no publicado. Universidad de Oviedo, 1985b.
- Polyshyn, Z.W.** *Computation and cognition*. Cambridge: Bradford Books, 1984.
- Quintanilla, M.A.** *Ciencia e ideología*. Valencia: Fernando Torres, 1976.
- Ribes, E. y López, F.** *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y para métrico*, 1985 (en prensa).
- Rivière, A.** "La psicología de Vygotski: sobre la larga proyección de una corta biografía". *Infancia y Aprendizaje*, 1984, 27/27, 7-86.
- Rorty, R.** *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1983, (orig. 1979).
- Sampson, E.E.** "Cognitive psychology as ideology". *American psychologist*, 1981, 36, 7, 730743.
- Seoane, J.** "Problemas epistemológicos de la psicología actual". En V. Pelechano, J.L. Pinillos y J. Seoane, *Psicología*. Valencia: Alfapplus, 1981.
- Seoane, J.** "Conocimiento y representación social". En J. Mayor (ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)*. Madrid: Alhambra, 1985.
- Shapere, D.** "The structure of scientific revolutions". *Philosophical Review*, 1964, 73, 383-394.
- Skinner, B.F.** *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella, 1974, (orig. 1953).
- Skinner, B.F.** *Conducta verbal*. México: Trillas, 1983 (orig. 1957).
- Skinner, B.F.** *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella, 1977, (orig. 1974).
- Skinner, B.F.** "¿Por qué no soy un psicólogo cognoscitivo?". En B.F. Skinner, *Reflexiones sobre conductismo y sociedad*. México: Trillas, 1982, (orig. 1977).
- Skinner, B.F.** "Selection by consequences". *Science*, 1981, 213, 501-504.
- Staats, A.W.** *Conductismo social*. México: El Manual Moderno, 1979, (orig. 1975).
- Staats, A.W.** "Paradigmatic behaviorism, unified theory, unified theory construction methods, and the Zeitgeist of separatism". *American Psychologist*, 1981, 36, 3, 239-256.
- Suppe, F.** "Ejemplares, teorías y matrices". En T.S. Kuhn, *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid: Tecnos, 1978.
- Veá, J.** "Dos tipos de explicación en las teorías psicológicas". *Actas del II Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias*. Oviedo: Pentalfa, 1983.
- Vega, M.** *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Universidad, 1984.
- White, S.H.** "The active organism in theoretical behaviorism". *Human Development*, 1976, 19, 99-107.
- Yates, A.J.** *Teoría y práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas, 1978, (orig. 1975).
- Yela, M.** *La estructura de la conducta. Estimulo, situación y conciencia*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid, 1974.
- Yela, M.** "La evolución del conductismo". *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 11/12, 147-181.
- Zaccagnini, J.L., Delclaux, I. y Ruiz Vargas, J.M.** "Hacia una psicología empírica del conocimiento". *Actas del II Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias*. Oviedo: Pentalfa, 1983.

En la *Información Colegial* de este número continuamos la panorámica de las distintas delegaciones en que se estructura el Colegio Oficial de Psicólogos. Hoy le toca el turno a la Delegación de Galicia; de ella ofrecemos datos significativos que permiten hacerse una idea de lo que la psicología es en aquella Comunidad Autónoma, así como una entrevista con Miguel Pérez, Presidente de aquella delegación. Completa la *Información Colegial* una síntesis literaria y gráfica de lo que fue la Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid.

Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid

El pasado 26 de Marzo se celebró la Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid en los salones del Hotel Convención de Madrid.

La asistencia fue significativamente superior a las Juntas anteriores: más de 150 colegiados; el elevado nivel de participación obligó a alargar la Junta hasta las once y pico, habiéndose iniciado a las 19,30 h.

Diversos son los factores que pueden explicar la presencia y participación: estar en proceso electoral, la previsión de la compra de un local, con la necesidad de establecer una cuota extraordinaria, y la novedad de realizar la Junta en un Hotel de prestigio, así como la invitación a un cocktail al término de la asamblea.

Precisamente este último punto, el cocktail final, en el cual se procedió a la entrega de los premios de Tesina y Periodístico, quedó algo deslucido, dada la hora tardía en que terminó la Junta (pasadas las 11 de la noche).

La Junta consistió en los debates y votación de la Memoria de 1984, el Balance y Cuenta de Pérdidas y Ganancias de 1984 y el Presupuesto de

1985. No se incluyó un Plan de Actividades para todo el año 1985 dado que la actual Junta Rectora terminaba su mandato en Mayo, fecha en que estaba prevista la votación para una nueva Junta, y se consideró que correspondería a esta nueva Junta elegida la previsión de Actividades para el 2º semestre del año.

Finalmente un punto especial de la Junta era la discusión para la compra de un local. Fueron innumerables las demandas de información, las críticas, los comentarios, etc., planteados por los numerosos asistentes: peticiones de explicación a la Junta sobre el estado de tramitación de los Estatutos y posibles medidas de presión al respecto; postura del Colegio sobre la Reforma Sanitaria y la articulación de Servicios Psicopedagógicos públicos; medidas a favor de los Colegiados desempleados o subempleados; necesidad de promocionar la imagen del psicólogo como profesional; razones de la dimisión de tres miembros de la Junta Rectora; diversas críticas a servicios del C.O.P.: tardanza en la recepción de algunas publicaciones, funcionamiento de la Asesoría Jurídica, etc.

Posteriormente se entró en la discusión sobre aspectos contables y presupuestarios: significado de partidas, justificación de determinados gastos y compras, etc.

Se planteó un deseo muy claro: encontrar nuevas fuentes de ingreso, además de las cuotas colegiales. Sin embargo, salvo la publicidad y venta de publicaciones, no se veían fuentes de ingreso claras a corto plazo.

Se aprobaron por abrumadora mayoría la memoria, el balance y el presupuesto. A destacar el no haber votos en contra, pero sí cifras significativas de abstención, por ejemplo en la Memoria hubo 98 votos a favor, 44 abstenciones y ningún voto en contra.

A destacar que el censor, Carlos Juárez, agradeció públicamente las facilidades que tuvo para realizar su labor. Respecto al tema del local se plantearon diversas posturas. La propuesta de la Junta consistía en la compra de un local de cerca de 500 m² en una zona céntrica con un coste aproximado de unos 20 millones, más unos 10 millones de obras y acondicionamiento.



Vista parcial de los colegiados que asistieron a la Junta General Ordinaria



El Doctor Flórez Lozano recibiendo el Premio Periodístico de manos del Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense



Carmen Esteban, Natalia Merino y Miguel Angel Mendo en el momento en que recibían el Premio Periodístico.



María Luisa Sánchez Bernardos recibe el Premio a la Memoria de Licenciatura.



Víctor Pérez Velasco, Carlos Camarero y Adolfo Hernández en un momento de la Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid.

Un local de esas características supondría duplicar los actuales locales, pudiendo dedicar la mitad a salas de reuniones y cursos: dos espacios para 20 personas, otros dos para 30 y uno para 100.

La financiación sería mediante una cuota extraordinaria de 3.000 pesetas. Así se recaudarían 15 millones, que más 5 millones que están invertidos en certificados de depósito, permitirían la compra al contado del local (gracias al pago al contado se negoció una reducción del precio de 30 a 20 millones). El acondicionamiento (10 millones) se financiaría mediante un crédito hipotecario, cuya amortización anual no sería mucho más elevada que los actuales pagos por alquiler.

La cuota extraordinaria se aplicaría también en 1986 a los colegiados que se colegien a lo largo de 1985.

Si bien una mayoría de los asistentes vieron razonable e interesante la idea, hubo posturas en contra: a los parados les costaría pagarla, los colegiados que no residen en Madrid no se beneficiarían, los colegiados que paguen ahora la cuota, pero más tarde se den de baja, no tendrán ninguna compensación, los que consideraban que era una aventura, etc. Finalmente se aprobó por 71 votos a favor, 24 en contra y 10 abstenciones.

Tras algunas intervenciones finales que hubo que cortar por lo avanzado de la hora, se celebró el cocktail, en cuyo transcurso se entregaron los premios ya señalados.

El Jurado designado para fallar el Premio a la mejor de las tesinas presentadas estaba compuesto por las siguientes personas: Carlos Camarero, Fernando Silva, Carlos Rodríguez Sutil, Pilar Arranz y Encarnación Vázquez. Eligieron la redactada por María Luisa Sánchez Bernardos con el título "Elaboración de una escala española para la evaluación de la afasia".

En cuanto al Premio Periodístico, el Jurado lo componían: Adolfo Hernández, Alejandro Avila, Begoña Olabarría, Daniel Iribar y José Fernández Beaumont. Los tres premios impartidos correspondieron a los siguientes artículos: "¿Urgencias psiquiátricas o psicología de urgencia?" (escrito por Carmen Esteban, Miguel Angel Mendo y Natalia Merino y publicado por la revista *Enfermería científica*), "Determinantes psicológicos de la enfermedad" (escrito por J.A. Florez Lozano y publicado en la revista *El médico* y "El papel del psicólogo en una sociedad moderna" (escrito por Sindo Froufe Quintas y publicado en el diario *La noticia*).

Las Delegaciones: Galicia

La Delegación de Galicia del Colegio Oficial de Psicólogos cubre el ámbito geográfico de las provincias de La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra, y se corresponde con el de la Comunidad Autónoma de Galicia. La Sede Administrativa se ubica en Santiago de Compostela.

A fecha 31-XII-1984 contaba con 710 colegiados, siendo la evolución desde su creación la siguiente:

Año	Total
1980	133
1981	238
1982	387
1983	568
1984	710

Las previsiones son las de alcanzar en el presente año la cifra de 850 colegiados.

Distribución por Provincias

La Coruña	400
Lugo	59
Orense	79
Pontevedra	182

No es posible determinar con exactitud la adscripción a distintas especialidades de los psicólogos gallegos debido, en primer lugar, a lo cambiante de su situación profesional, en algunos casos, con lo cual los datos que poseemos pueden resultar atrasados, y, en segundo lugar, al carácter polivalente de su función profesional, especialmente en el campo del ejercicio liberal de la profesión.

A esto se añade el hecho de la inexistencia de una titulación especializada (clínica, industrial o escolar) en el distrito universitario de Santiago.

El 7 de Octubre de 1983 se realizaron las primeras elecciones a la Junta Rectora de la Delegación, resultando ganadora la candidatura integrada por:

Presidente: D. Miguel Pérez Pereira

Vicepresidente: D. Jesús Norberto Fernández Muñoz

Secretario: D. Miguel Anxo García Alvarez

Vicesecretario: D.ª Alicia Risso Miñez

Tesorero: D. Manuel Pazos Riveiro

Vocal 1º: D. Juan L. Basanta Dopico

Vocal 2º: D.ª Pilar Devesa Pérez Bobillo

Vocal 3º: D. Amador Estevez Serantes

Vocal 4º: D. José Angel Fortes Cadavid

Vocal 5º: D. Miguel Angel López Losada

Vocal 6º: D. Manuel Lopo Lago

Vocal 7º: D.ª Alicia Rodríguez Nespereira

Vocal 8º: D. Juan V. Sepúlveda Grandín

La Junta Rectora electa tomó posesión el 22 de Octubre de 1983.

Por motivo de traslado a Cáceres de D. Jesús Norberto Fernández Muñoz, ocupó el cargo de Vicepresidente D. Juan Basanta Dopico.

La Comisión Permanente está constituida por el Presidente, Vicepresidente, Tesorero y Secretario.

En la Junta Rectora hay miembros pertenecientes a las cuatro provincias gallegas.

El presupuesto para el año 1985 asciende a 7.811.000 ptas. La Delegación publica un "Boletín Informativo" y "Follas Informativas". Asimismo ha publicado una monografía sobre "Desarrollo y Trastornos en la adquisición del Lenguaje" en 1982, que recoge las ponencias presentadas a un Seminario celebrado sobre el mismo título en Ferrol.

En abril de 1984 se finalizó la realización de una Guía de Recursos Asistenciales de Psicología en Galicia, en el que consta una amplia información sobre todos los centros, públicos y privados, que ofrecen servicios de atención psicológica. Dicha Guía se seguirá completando periódicamente.

Está prevista su publicación para el presente año.

Se está en un proceso de análisis de los resultados recogidos en ella en colaboración con la Sección de Psicología de la Universidad de Santiago.

Las actividades formativas de la Delegación ocupan un capítulo importante de la atención de la Junta Rectora, en el año 1984 y lo que va del 85 se han organizado las siguientes:

Cursos:

— "La clínica infantil: Casos clínicos (Abordaje teórico-práctico de Psi-

copatología infantil)" por Federico Menéndez Osorio. (30 horas).

— "Psicología clínica Teórico-práctico" por Alejandro Torres Carbajo. (38 horas).

— "Psicopatología del lenguaje", por Onésimo Juncos Rabadán. (12 horas).

— "Sexualidade Humana", por Eudald Maideu Puig, Josep M. Farré e Isabel S. Larraburu. (12 horas).

— "Desarrollo de programas para la integración escolar del deficiente", por Manuel Deaño Deaño y Alicia Rodríguez Nespereira. (12 horas).

Conferencias:

— El Genio del psicoanálisis, por Jacques Alain Miller.

— El mito de la integración, por Manuel Cabado Alvarez.

— Ciclo de Conferencias: Psicología; problemas actuales, en colaboración con el centro de la UNED de La Coruña, y con la participación de José Eugenio García-Albea, Miguel Pérez Pereira, Florencio Jiménez Burillo, Gonzalo Serrano Martínez, Carlos Fernández Frías y José Bermudez Moreno.

Asimismo, la Delegación a colaborado en la organización de diversas Jornadas y Congresos, por su proximidad se podría destacar las VI Jornadas Estatales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, a celebrar en Vigo del 3 al 5 de Junio de 1985, o, por su relevancia, el "Curso de Educación Sanitaria: Introducción a la salud pública", celebrado en Ferrol entre Diciembre de 1983 y Diciembre de 1984, y organizado junto con la Consellería de Sanidad, la Consellería de Trabajo, el Colegio Oficial de Médicos, el C.O. de Asistentes Sociales, el Ayuntamiento de Ferrol y la C.A.G.

Una buena parte de los Cursos de Formación Permanente han tenido más de un grupo.

En general las actividades formativas se han realizado de una manera descentralizada tratando de llegar a todas las localidades importantes. Aproximadamente han asistido 240 personas a los cursos de formación referidos.

La Delegación mantiene relaciones con los organismos de la Administración pública en sus diversos niveles (Xunta de Galicia, Ayunta-

mientos... etc.), así como con la Universidad de Santiago (Sección de Psicología) y la UNED, y otro tipo de organismos y asociaciones que sería demasiado prolijo enumerar aquí.

Las relaciones entre la Delegación y la Junta de Gobierno Estatal son relativamente fluidas, al ser miembro también de ésta el Presidente de la Delegación. De todas formas, y como aspecto negativo, habría que apuntar la lentitud en las gestiones que debe realizar la Secretaría Estatal (carnets, consultas jurídicas, etc.).

Por lo demás hay un buen entendimiento con la Junta de Gobierno.

En la perspectiva de la actual Junta Rectora de la Delegación está la creación de un Colegio de Psicólogos de Galicia. Con esta perspectiva estamos tratando de lograr una capacidad operativa propia que nos permita una transición rápida y sin traumas en el momento que legalmente sea posible, y según nuestro juicio sea oportuno. Lógicamente el ámbito geográfico sería el mismo con el que

cuenta actualmente.

En lo que respecta a Papeles del Colegio, que consideramos un órgano esencial de expresión y presencia pública de la profesión, echamos de menos el que no tenga un carácter Estatal. La Delegación de Madrid está asumiendo en estos momentos una responsabilidad que debiera ser de todas las nacionalidades y regiones del Estado.

Este carácter estatal de la revista, necesario en estos momentos de implantación de la profesión, redundaría en una participación más amplia de los psicólogos, y una riqueza mayor de la revista.

De todas formas eso no quiere decir que no sean importantes y necesarios los boletines propios de cada Delegación. Simplemente, y especialmente en las Delegaciones que no son las grandes, su función es diferente.

Indudablemente tanto los colegiados de la delegación como la Junta Rectora están grandemente sensibilizados y preocupados por la escasez

de las salidas profesionales, y el problema del paro de buena parte de los colegiados (por no hablar ya de los no colegiados). Evidentemente ni la Delegación ni la Junta de Gobierno estatal tienen competencias ni atribuciones ejecutivas para transformar esta triste realidad.

Otro tema que preocupa es el de la mejora en la formación y la actualización permanente de los profesionales, pues no es concebible un progreso en la implantación social de la profesión sin una oferta de servicios de calidad y de utilidad social. De hecho en la Delegación —y dentro de las posibilidades limitadas de ésta— se presta una atención grande a este tema.

Un problema que nos preocupa es el de la aprobación de los Estatutos del Colegio, que establezcan un marco jurídico a su funcionamiento, competencias y organización. Esta es una carencia que limita grandemente las posibilidades del Colegio como órgano de representación de los psicólogos.

Entrevista con Miguel Pérez Pereira



—Los inicios de la organización y estructuración del Colegio fueron difíciles en general. ¿Qué problemas más importantes tuvisteis que vencer en Galicia?

—Efectivamente, la labor de creación del Colegio fue difícil. Partíamos

de una situación de relativa inexperience en todo lo relacionado con el montaje de la infraestructura burocrática y su puesta en marcha. Y estas dificultades fueron mayores en las Delegaciones que no podían disponer a corto plazo del dinero necesario para pagar más técnicos que cubrieran esas necesidades. Yo creo que en gran parte la organización y funcionamiento inicial se deben a una buena dosis de voluntarismo de unas cuantas personas.

—¿Y después?

—Bueno, después fueron surgiendo las necesidades de ofrecer servicios a los psicólogos colegiados: formación permanente, información periódica, servicios de asesoría... En nuestro caso ya se contaba con ciertos recursos económicos que, aunque limitados, nos permitirían desde 1981 desplegar una actividad decorosa, que, afortunadamente, va en una línea ascendente. De todas formas las dificultades para organizar cursos, contactar a las personas que lo impartirán, concretar temas, etc., no son pocas. Y a veces quedan lagunas por cubrir en los cursos que se ofrecen —como el área de la psicología del trabajo en nuestro caso, por poner un ejemplo—.

Creo que un trasvase de información entre Delegaciones sería impor-

tante para suplir esas carencias de información (quién puede hablar sobre un tema... También sería de desear una intervención mayor de los colegiados a la hora de proponer temas, personas que los pueden dar, etc. Pero yo creo que este es un problema general, de dinamización del colectivo.

—Actualmente, ¿con qué dificultades mayores os enfrentáis para desarrollar el trabajo de la Junta Rectora?

—Por supuesto, los problemas de gestión, aunque en un segundo plano, siguen vigentes.

Sin duda la no aprobación de los Estatutos es una auténtica cortapisa en nuestro funcionamiento. Al estar en esta especie de vacío legal hay cantidad de temas que difícilmente pueden tratarse en profundidad. Está, como ya es sabido, el tema del intrusismo profesional; pero también otros. Por ejemplo, con la actual situación de carencias de respaldo jurídico es más difícil que el colegio actúe como interlocutor con peso legal ante diversas instituciones públicas. Esto, lógicamente, se hace más evidente en nuestro país, en que las instituciones públicas son relativamente poco proclives a tener en cuenta nuevas demandas sociales y a introducir profesiones que cubren funciones poco conocidas o desconocidas. Salvo honrosas excepciones —me refiero a ciertos ayuntamientos que han incorporado, bajo diversas

Presentación de los miembros de la Junta Rectora

- Miguel Pérez Pereira, como Presidente. Licenciado por la Universidad de Barcelona en 1974. Doctor en Psicología. Profesor Titular de Ps. Evolutiva y de la Educación Universidad de Santiago.
- Juan L. Basanta Dopico, como vicepresidente. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ.-Sección Psicología en el año 1979. Centro de atención a adolescentes marginados.
- Miguel A. García Álvarez, como Secretario. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ.-Sección Psicología en el año 1979. Gabinete Psicopedagógico Municipal de As Pontes de García Rodríguez, y Gabinete privado.
- Alicia Risso Miguez, como vicesecretaria. Licenciada por la Univer-

sidad de Santiago en F.^a y CC. Educ.-Sección Psicología en el año 1979. Trabaja en Centro de E.G.B.

- Manolo Pazos Riveiro, como Tesorero. Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en F.^a y Letras Sección Psicología en el año 1971. Trabaja en la Universidad Laboral, y centro asociado de la UNED.
- Pilar Devesa Pérez Bobillo, como Vocal n.^o 1. Licenciada por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ. Sección Psicología en el año 1979. Trabaja en gabinete privado.
- Amador Estevez Serantes, como Vocal n.^o 2. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ. Sección Psicología en el año 1979. Gabinete privado.
- José Fortes Cadavid, como Vocal n.^o 3. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ. Sección Psicología en el año 1982. Parado.
- Miguel A. López Losada, como

Vocal n.^o 4. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ. Sección Psicología en el año 1981.

- Manuel Lopo Lago, como Vocal n.^o 5. Licenciado por la Universidad de Santiago en F.^a y CC. Educ. Sección Psicología en el año 1979. Trabaja en Gabinete privado.
- Alicia Rodríguez Nespereira, como Vocal n.^o 6. Licenciada por la Universidad Complutense de Madrid en F.^a y Letras Sección Psicología en el año 1975. Diplomada por la Escuela Universitaria de Psicología y Psicotécnica especialidad en Clínica y Pedagogía. Trabaja en el Equipo Multiprofesional de Orense.
- Juan V. Sepúlveda Grandín, como Vocal n.^o 7. Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en F.^a y Letras Sección Psicología en 1976. Especialidad en Psicología Clínica. Trabaja en el colegio de las Carmelitas y privada.

fórmulas, la atención a la salud mental de la población— las instituciones oficiales en Galicia son escasamente permeables a la psicología. Esto es debido, en parte, al atraso social y cultural de Galicia. Precisamente por eso se da un desconocimiento general de las funciones que nuestra profesión puede y debe cubrir para lograr una sociedad con mayor calidad de vida. De todas formas tampoco quisiera dar la impresión de que esto es Tanzania. Efectivamente me parece que algo así ocurre en todo el Estado, y la situación hay que relativizarla. Pero en nuestro caso hay coordinadas políticas específicas que influyen, y que, desde mi punto de vista, retrasan o no promocionan el desarrollo de nuestra sociedad. Incluso la transparencia en los procesos de selección, que deberían ser moneda habitual, es algo que no siempre se da en nuestra Comunidad Autónoma, y que nos obliga a gastar una energía mayor de la que quisiéramos en esos casos.

—¿Quiere esto decir que la psicología tiene dificultades para implantarse en la sociedad gallega?

—Sí, efectivamente, al ser una profesión tan reciente es lenta su implantación, y exige un esfuerzo. Eso se ve incrementado por la situación económica existente de crisis. No es fácil crear puestos de trabajo en ningún sector. Es una pena que la articulación orgánica de nuestra profesión coincidiera con momentos tan agudos de crisis económica y con los

esfuerzos de construcción de nuevo ordenamiento político.

El efecto positivo y propulsor que aquel hecho pudo haber tenido se vio aminorado por estas circunstancias.

Pero, precisamente, esta relativa falta de sensibilidad que existe acerca de nuestra profesión exige de nosotros una intervención pública importante de difusión. Esta es una de las tareas que vemos necesario abordar en el futuro inmediato, sin que por ello dejen de ser necesarias todas cuantas iniciativas surjan desde fuera del Colegio, porque es obvio que las posibilidades de la Delegación son escasas y no agotan en sí mismas las acciones a realizar.

—¿Aparte de éste, teneis otros proyectos a realizar en el futuro?

—Sí claro. A corto plazo, y además de incrementar y mejorar lo que ya venimos haciendo, tenemos pensado crear un Premio de Investigación en psicología en el ámbito de Galicia. También pensamos organizar para el próximo año unas "Jornadas Profesionales" que sirvan de lugar de encuentro e intercambio para todos los psicólogos que trabajan en Galicia en diferentes ámbitos.

Otro tema que nos preocupa es el de ofertar mejores y más servicios a los colegiados. Sobre esto ya estamos avanzando, con el establecimiento, hace unos meses, de una Asesoría Jurídica propia, y hay algunas ideas más que esperamos a tener preparadas para anunciar.

Pero no sólo queremos centrarnos en aspectos "profesionistas". Tal como afirmamos en el programa electoral de nuestra candidatura, y como públicamente venimos haciendo, entendemos que nuestra profesión debe jugar un papel importante para lograr una sociedad en la que la calidad de vida sea algo general. De ahí precisamente nuestra concepción de que la psicología esté integrada en la red asistencial, o, mejor, de servicios públicos. En relación a esto también considero que la defensa de los derechos humanos, como marco más apropiado para lograr más condiciones de vida menos patógenas, es algo que no puede considerarse ajeno a nuestra actuación.

—Para finalizar, ¿nos podías hablar de las relaciones con la Universidad de Santiago?

—Actualmente han mejorado bastante. Hay cierta colaboración en la organización de algunas actividades culturales y formativas. En lo referente a la formación postgradual y el tema de las especialidades yo creo que las perspectivas de colaboración son muy buenas.

Con algunos profesores hay coordinación en relación a ciertas asignaturas, y ahora mismo se están abriendo perspectivas interesantes de colaboración sobre los cursos de formación permanente, o el análisis de datos que poseemos. Es indudable que el potenciamiento de la psicología se beneficiará si estas buenas perspectivas llegan a plasmarse.



TEA Ediciones, S. A.

Publicaciones Psicológicas - Tests
Material educativo - Librería especializada

**MATERIAL DE DIAGNOSTICO PARA
EDUCACION ESPECIAL**

NOVEDADES

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

MADRID - Fray Bernardino de Sahagún, 24. Telf.: 4588311.
 BARCELONA - Muntaner, 462. Telfs.: 201 82 50 y 201 15 55.
 BILBAO - Hurtado de Amézaga, 3. Telf.: 432 01 72.
 SEVILLA - Monte Carmelo, 6. Telf.: 2794 11.



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

INSTALE SU LABORATORIO

Disponemos de proyectos:

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

ASESORAMIENTO Y FORMACION

OFICINAS Y EXPOSICION:

Franco Rodríguez, 47. Madrid-20. Telfs. 459 52 80 - 450 94 49.



PSICOLOGIA EVOLUTIVA

Th. Alexander, P. Roodin y B. Gorman

TERAPIA DE CONDUCTA

E. Erwin

LA CONFRONTACION SOBRE LA INTELIGENCIA

H.J. Eysenck y L. Kamin

PSICOLOGIA SOCIAL

John Lamberth

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE ESCOLAR

C. Monedero Gil

ESTUDIOS SOBRE PSICOLOGIA DEL LENGUAJE INFANTIL

M. Siguán Soler

PSICOLOGIA EDUCATIVA

Peter Tomlinson

ESTILOS COGNITIVOS. NATURALEZA Y ORIGENES

H.A. Witkin y D.R. Goodenough

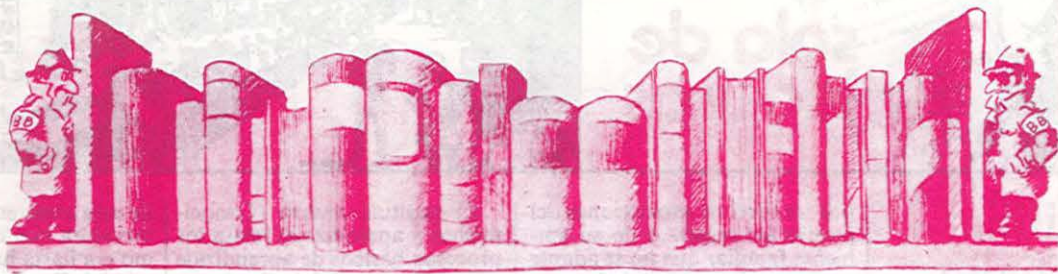
Solicite información a:

Grupo Distribuidor Editorial

Don Ramón de la Cruz, 67 - 28001 MADRID
Tels. 401 12 00/04



PIRAMIDE



Psicología militar



Alfredo Gosalbez Celdrán "Estrategias para la acción psicológica"

(Colección ADALID. Servicio de Publicaciones del E.M.E. Madrid. 1984. 329 págs.)

Estamos ante una obra singular en muchos aspectos. En primer plano destaca la relativa ausencia de trabajos acerca de la Psicología Militar en nuestro país. Sólo alguna obra dispersa como la de NORMAN DIXON (Anagrama, 1977), algunas publicaciones en latinoamérica y algunos artículos —entre ellos las comunicaciones presentadas al I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos— se ocupan de aproximarnos a tan importante tema. La obra de Alfredo Gosalbez no es un mero ensayo o reflexión sino que se ocupa de definir el marco teórico y conceptual, los recursos metodológicos y una primera aproximación a las principales aplicaciones de la Psicología a la moderna estrategia militar.

La "Acción Psicológica" es definida como la *Intervención Psicológica desde el Poder*, la cual se describe como "un proceso en el que mediante la aplicación de técnicas psicológicas se influye en las actitudes y sentimientos de las personas o grupos, con la finalidad de modifi-

car o adecuar su conducta, cuando y como así convenga a los altos intereses nacionales" (pág. 35). Este intervencionismo psicológico desde el Poder se enuncia bajo ciertos condicionantes (éticos, legales y operativos) y se propone como independiente de las tendencias políticas u opciones ideológicas. Las "Acciones Psicológicas" se clasifican según las finalidades específicas u objetivos en tiempo de paz (Información, Mentalización, Defensa del Estado, Apoyo a la Política Nacional) o en tiempo de conflicto bélico (sobre las fuerzas y población —propia o enemiga— y sobre la opinión internacional).

Los procesos específicos sobre los que incide la estrategia del "Arma Psicológica" son extraídos por el autor bien de los principios elementales de la Psicología del Aprendizaje, bien de los modernos desarrollos de la Psicología Cognitiva o de la Psicología Social. Cabe citar entre ellos a los conceptos de *refuerzo* y *castigo* aplicados al reforzamiento y debilitamiento de actitudes; técnicas específicas de reforzamiento y desensibilización encubiertos; estrategias derivadas de la Psicología del Conflicto y de las tácticas de negociación; métodos de comunicación persuasiva; estrategias para la inducción del comportamiento agresivo, etc., etc. El autor esboza una introducción a estos conceptos y propone ejemplos y ejercicios prácticos.

El libro trata igualmente los problemas de la "Decisión", bien como estudio de los Procesos de Decisión Psicológica, o para proveer a los órganos del Mando Militar de recursos psicológicos específicos. Uno de los focos de interés del autor está situado en los criterios de valoración; algunas de sus propuestas —como por ejemplo la inclusión de pruebas situacionales en el análisis de los procesos de decisión del mando— se sitúan en la óptica de la Valoración de Agentes y/o Medios, mientras que otras apuntan al diseño de criterios y procedimientos para la Evaluación de la eficiencia y efectividad de los programas de acción del *Arma Psicológica*. En conexión con este aspecto puede señalarse que el libro del Teniente Coronel Gosalbez opta por realizar una llamada insistente a



los Organos de Gobierno del Estado para que comprendan la importancia del uso de los recursos del *Arma Psicológica* en orden a potenciar al Estado y a defender los intereses nacionales, mediante la creación de un "Servicio Central de Acción Psicológica" gestionado por personal militar y al servicio del Poder Civil. Esta propuesta es el contenido básico, para la cual el libro no es sino un agente de difusión y mentalización tanto entre los efectivos del Personal Militar y su Cadena de Mando, como hacia los políticos que sustentan o pueden sustentar el Poder Civil.

No hay sino razones para elogiar la aparición del libro y felicitar a su autor. La importancia del tema es indudablemente notable y crucial para una Sociedad como la Española, que está atravesando a marchas forzadas los sucesivos hitos del desarrollo tecnológico sin que apenas tengamos posibilidad de reflexionar acerca de su sentido y determinaciones. Aparte de su contribución al desarrollo de la Psicología Militar en nuestro país, el libro de Alfredo Gosalbez se incorpora oportunamente a las lecturas obligadas de todo estudiante o técnico de la Psicología Social y Política. Queda —es obvio señalarlo— una reflexión y acción ética que señale límites en esta y otras áreas de la Intervención Psicológica.

Alejandro Avila Espada

Psicología militar
(pág. 59)

Facilitar el estudio
(pág. 60)

Aplicaciones de la psicología de Piaget
(pág. 60)

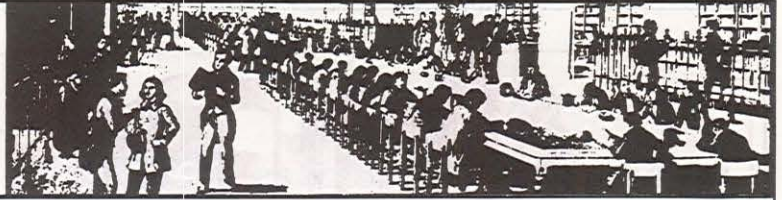
La emigración, traumatismo acumulativo
(pág. 61)

Política socialista en salud mental
(pág. 62)

Revista de revistas
(pág. 65)



sala de lecturas



Facilitar el estudio

EL FRACASO ESCOLAR

BERNABÉ TIERNO JIMÉNEZ



Bernabé Tierno Jiménez
"El fracaso escolar"

Edit. Plaza y Janés. Mayo 1984.
Barcelona.

El propósito del autor es el de "orientar hacia una coordinación positiva de la labor educativa entre padres y educadores, y contribuir a crear una amplia toma de conciencia colectiva que impulse a personas e instituciones a revisar actitudes y asumir responsabilidades frente al problema del fracaso escolar". Con tan amplias metas, y a través de un libro de fácil lectura, el autor pretende revisar tanto las posibles y múltiples causas del fracaso escolar, como las condiciones que pueden facilitar el proceso del estudio.

La obra se divide en cinco capítulos, seguidos de un epílogo y de una bibliografía en su mayoría fácilmente localizable.

Comienza el libro tratando de incidir en el fracaso escolar desde perspectivas distintas (incoherencia en los planes de estudio, papel de los padres y de sus exigencias, y factores del propio escolar que pueden influir en los malos resultados, así como el significado que dicho proceso puede significar para el niño. Revisa las consecuencias que pueden derivarse de éste, tanto "físicas" y "mentales", como sociales, y plantea los momentos en que el proceso de aprendizaje puede más fácilmente traer consigo dificultades mayores o abocar al estudiante hacia la no consecución de sus metas, bien por falta de capacidad, por déficits en el rendimiento personal o

por un nivel de aspiraciones del propio interesado o de su ambiente familiar que no se adapte a sus propias posibilidades.

Establece el autor diferentes clasificaciones en cuanto a las causas del fracaso y toma en cuenta distintos factores que pueden pasar desapercibidos tanto en la "esfera orgánica" como en la "intelectiva" o en la "afectivo-volitiva" y que pueden desembocar en éste.

La experiencia del autor como enseñante, director de un centro docente, conferenciante, "charlista" y asesor editorial —según relatan los datos editoriales— se refleja en un discurso didáctico y tendente a reducir la realidad a esquemas. Así mismo, emplea frecuentes analogías que recuerdan folletos divulgativos y en los que las frases brillantes prevalecen sobre los contenidos o las aplicaciones científicas que la psicopedagogía puede aportar en nuestros días. Cito como ejemplo el que "la fuerza psíquica del ser humano hunde sus raíces en la autoaceptación, a la que sólo se accede por el camino de una suficiente y razonable autoestima... Bajaré su autoestima a cero, y lo que pretendía ser una ayuda o un remedio, se convierte en rueda de molino al cuello" (págs. 61-62).

En el segundo capítulo del libro (Necesidades de un método de estudio. Condiciones previas), el autor revisa tanto las condiciones físicas como las ambientales, recurriendo a "recetas" que recuerdan a antiguos tratados de urbanidad y buenas costumbres. Así encontramos que "el adormecimiento y el sopor no tardan en aparecer cuando el aire está enrarecido... En invierno tendremos cerrada la ventana, pero sin olvidar la renovación del aire durante tres minutos cada una o dos horas" (pág. 64), o bien cuando nos habla de la "presencia material —en la clase— pero, sobre todo, presencia espiritual. ¡Cuántos alumnos están dotados de un poderoso poder de evasión! La distracción puede provocar el fracaso de los mejores talentos"...

El capítulo tercero repasa las técnicas de estudio. Entre frases grandilocuentes y castrenses —"un soldado no va a la guerra sin fusil. El alumno debe llevar preparado todo el material!"— repasa el autor los distintos procedimientos (subrayado, esquema, resumen, etc.) que pueden contribuir a un mayor aprovechamiento de las sesiones de trabajo y estudio.

El capítulo cuarto (Conocimiento y aprendizaje) revisa los procesos básicos de aprendizaje en un intento globalizador y divulgativo, que, probablemente por ello, resulta entretenido pero no demasiado enriquecedor, concluyendo en el capítulo quinto con las técnicas pedagógicas especiales, que representan una guía de recursos que parte de la experiencia, y que como tal podrá ser probablemente aplicada con facilidad en el aula a falta de un material más específico.

En resumen, pensamos que la excesiva pretensión del libro del que hacemos la crítica, ha hecho que este pierda, a no ser a un nivel divulgativo y básico, su posible utilidad a una práctica psicopedagógica planteada desde el rigor y la seriedad, aunque no descartamos su posible utilidad en la difusión de una serie de factores que, a nivel de gran público, probablemente no sean tomados en cuenta. Lo que dudamos es que la vía de divulgación elegida, a través del libro, pueda ser el cauce para un cambio de actitudes en padres y educadores.

José Angel Salgado Ballester

Aplicaciones de la psicología de Piaget

Compilación de César Coll
Psicología genética y aprendizajes escolares

Siglo XXI de España, S.A.
Madrid, 1983.

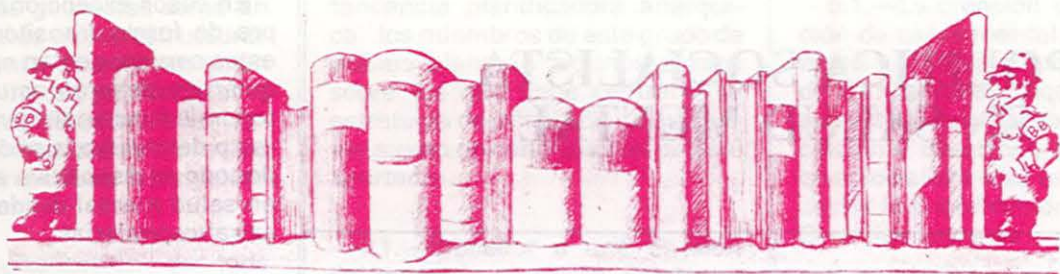
La reciente publicación del libro "Psicología genética y aprendizajes escolares" viene a completar la tarea iniciada por César Coll, mediante la edición del volumen "Psicología genética y Educación" (Barcelona: Oikos-Tau, 1981). A través de ambas publicaciones el autor presenta a los lectores en lengua castellana una selección de textos relativos a la incidencia y aplicación de la epistemología y psicología genética de Jean Piaget en el terreno educativo. Pese al indudable eco a distintos niveles (escolar, universitario, etc.)

de este tema en nuestro país, la literatura existente sobre el mismo era hasta hace poco escasa y parcial. En este sentido, los volúmenes compilados por César Coll vienen a cubrir un notable hueco en este terreno psicopedagógico. El autor, sin renunciar a exponer el enfoque a su juicio más adecuado, adopta una postura ecuaníme al seleccionar un conjunto de textos y artículos que permiten constatar la diversidad de enfoques y perspectivas desde las que ha sido abordada la posible utilidad de la psicología genética en la educación, lo que lleva a clarificar en cierto modo algunas de las polémicas que en este terreno se han originado en los últimos años fuera y dentro de nuestras fronteras.

Mientras que en el volumen anterior se nos presentaban una serie de artículos generales sobre el tema, el presente volumen recoge un amplio número de textos en los que se aborda la aplicación de las ideas de la psicología genética en las distintas áreas escolares. En relación a este punto, el autor señala en la introducción su voluntad de respetar la desigual incidencia de la psicología piagetiana a nivel de los diversos contenidos transmitidos por la escuela, por lo que las diferentes áreas se hallan distintamente representadas.

Los textos relativos al campo de las matemáticas y las ciencias experimentales son en este sentido los más numerosos. En el terreno de las matemáticas encontramos los artículos de Gérard Vergnaud y sus colaboradores ("Actividad y conocimiento operatorio", "Estructuras aditivas y complejidad psicogenética"), así como un interesante artículo de Seymour Papert ("Enseñar a los niños a ser matemáticos versus enseñar matemáticas a los niños"), mientras que los artículos de Constance Kamii ("El conocimiento físico: una aplicación de la teoría de Piaget en preescolar") y de Francis Halbwachs ("La física del profesor entre la física del físico y la física del alumno") cubren el campo de las ciencias experimentales.

En otros terrenos cabe destacar los artículos relativos al área de lenguaje de Emilia Ferreiro, a la enseñanza de la historia de Roy Hallam y a la problemática de la formación del profesorado de Klaus Schultz y Charles Parham. El volumen se completa con tres artículos de índole general, dos de ellos del propio compilador ("Las aportaciones



de la psicología a la educación: el caso de la teoría genética y de los aprendizajes escolares", "La construcción de esquemas de conocimiento en el proceso de enseñanza/aprendizaje" y un tercero de Eleanor Duckworth ("Tener ideas maravillosas"). Por último, se incluye un amplio apéndice bibliográfico elaborado por Mario Carretero sobre las obras relativas a la aplicación de Piaget a la educación.

En resumen, puede decirse que el presente volumen es sin duda un punto de apoyo importante en el avance hacia las "ideas maravillosas" que persiguen todos aquellos que desde diversos campos trabajan por un futuro educativo mejor.

Mariana Miras

La emigración, traumatismo acumulativo

LEON GRINBERG Y REBECA GRINBERG. PSICOANÁLISIS DE LA MIGRACIÓN Y DEL EXILIO. ALIANZA EDITORIAL.



León y Rebeca Grinberg
"Psicoanálisis de la migración y el exilio"

ALIANZA EDITORIAL
El libro de bolsillo. 274 págs
Madrid. 1984.

Quizá el título más apropiado para este volumen fuera el de "Psicopatología descriptiva en los fenómenos de migración y exilio", si bien para ello, como reconocen los autores, sería necesaria una sistematización. No obstante, una buena parte de la multiplicidad de variables que afectan a estos procesos está recogida aquí, y es sin duda una aportación valiosísima a un tema quizá visto hasta ahora más desde el aspecto sociológico-político que desde lo psicológico. Las relaciones que devienen del fenómeno "inmigrar" con el Edipo y, por ende, con la castración, considerados de uno u otro modo como los ejes básicos de la teoría psicoanalítica, aparecen desgranados a lo largo del texto con la evidencia de numerosos casos clínicos analizados por los autores.

Tras una breve exposición de las relaciones de las migraciones con el mito, aparece en el texto una primera aproximación psicopatológica: "La migración, en cuanto experiencia traumática, podría entrar en la categoría de los llamados traumatismos acumulativos y de tensión, con reacciones no siempre dudosas y aparentes, pero de efectos profundos y duraderos. La reacción frente a esta experiencia traumática es el sentimiento de desamparo (entendido este basándonos en el modelo de trauma de nacimiento de Otto Rank)". No obstante, y siguiendo el modelo de Balint, frente a la migración habría dos tipos de actitudes que, con diferente composición cualitativa, estarían en todas las personas: la ocnofílica, como tendencia a aferrarse a lo estable, y el filobatismo, como búsqueda de experiencias nuevas. Ambas se deslizarán de un modo u otro según una serie de características de la personalidad de cada sujeto y de los determinantes externos que llevan a definir las migraciones como voluntarias o forzadas, lejanas o próximas, etc.

La identidad del emigrante, sus trastornos en los proyecciones y proyectivos de identificación, y en definitiva, la calidad conflictiva de sus vínculos objetivos son los ejes sobre los que parece van a desarrollarse las angustias de la persona que se debate entre el "ser" un emigrante y "saber" que se emi-

gra, pues lo primero implica "tener que asumir plenamente la verdad y responsabilidad de esa condición en la cual la situación mental y emocional son difíciles de soportar", y de ahí que surjan múltiples operaciones defensivas que permitan quedarse solo en el "saber". En definitiva estamos ante la crudeza del proceso de elaboración progresiva del duelo por el mundo perdido, imprescindible para vencer a la disociación y la negación de los sentimientos de dolor por lo abandonado.

Por otro lado, no podemos obviar que la migración es en definitiva un proceso a tres bandas: el emigrante, el/los abandonados por éste, y los que reciben. El proceso paulatino de regresión que padece el que emigra se enfrenta en numerosos casos a toda una sintomatología hipcondríaca de los "abandonados" junto a una percepción desde lo paranoide, lo melancólico o lo maniaco de las causas de esa pérdida. Para los que reciben, las ideas de un nuevo miembro en el grupo, que va a cuestionar sus pautas de conducta, son vividas desde lo persecutorio o desde la idealización según los orígenes y las características del recién llegado. Nuevamente en todo esto, aparece la problemática de la posibilidad de desprenderse de las cosas, de encontrar la propia autonomía, es decir, de conocer los límites de la propia identidad.

Y en este sentido cobra especial importancia la influencia del lenguaje, por ser éste el "creador de la imagen que nos hacemos de la realidad, y lo más resistente a las mutaciones. El diálogo entre el "yo" del emigrante y el "tú" del desconocido, es una experiencia en cierto modo alienante para el primero, ya que puede convertirse en una amenaza para su sentimiento de identidad. Ese marcaje de diferencias, por otro lado, también es fundamental en lo preverbal, pues la confianza básica adquirida por el niño en su relación con los objetos puede ser minada en el nuevo ambiente llevándole a tener problemas con su todavía precaria autonomía.

En definitiva, se nos da a entender que las migraciones, en tanto que comportan cambios profundos en la cotidianidad

del individuo, inciden en lo más profundo de la construcción de la identidad del individuo. Además, en un orden analítico fundamentado en numerosos casos clínicos, las identificaciones proyectivas e introyectivas se resaltan con un extraordinario valor fundante, lo cual remite una vez más al continuo debate sobre la ubicación cronológica de la conflictiva edípica, y sobre si el conjunto de las identificaciones de un sujeto forman un sistema relacional coherente o no, aspecto al que han contribuido los autores con sus trabajos sobre la contraidentificación proyectiva. Para todo aquel que rehuse a situar en el mismo plano las relaciones adípicas y preedípicas, separando así dos estructuras, podrá, a partir de los numerosos casos explicados en el texto, forjarse nuevas ideas sobre los determinantes de una patología determinada por una migración.

Quizá el valor mayor de este estudio sea el haber podido dominar los autores las sin duda enormes dificultades contra-transferenciales que su propia condición de emigrantes ha tenido que influir para abordar este estudio. Esto sin olvidar, el aporte que para el problema de la salud mental de un país con aflujo de emigrantes considerable supone el poder contar con lo que al principio comentaba como una "psicopatología de la emigración".

Luis Ratia Estellés

POLITICA SOCIALISTA EN SALUD MENTAL

El cuaderno nº 17 de "Acción Social" (*) recoge las conclusiones elaboradas por los asistentes al Seminario de Salud Mental celebrado en Madrid el 14 de Abril de 1984 y organizado por el P.S.O.E. con el fin de ir logrando una "progresiva aproximación y reflexión política a las necesidades concretas de Salud Mental".

Este Seminario se estructuró en torno a seis temas básicos en los que trabajaron seis grupos de trabajo. Las conclusiones de cada grupo fueron puestas en común en el plenario y los aspectos más destacables de las conclusiones generales los expondremos a continuación.

I. LA LEGISLACION EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

A partir de la situación existente en el vigente Código Penal con la derogación del Decreto-Ley de 1931 que regulaba la práctica e internamiento psiquiátrico se efectúan las siguientes observaciones:

1.1.—Las Administraciones públicas deben hacer la recomendación de que se priorice el tratamiento en régimen ambulatorio. (Art. 8.1.a del vigente Código Penal).

1.2.—Debe informarse a las Corporaciones Provinciales de que no están obligadas por imperativo legal a mantener pabellones o unidades judiciales en sus instituciones psiquiátricas, así como recomendar el desmantelamiento de aquellas que todavía subsistan.

1.3.—La atención a los enfermos declarados no imputables por problemas de salud mental ha de prestarse en las enfermerías de los establecimientos penitenciarios, debidamente dotados al efecto, con el apoyo y colaboración de los equipos de salud mental en la zona. En ningún caso han de cons-

truirse nuevos hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Este grupo de trabajo marcó algunos principios que deben inspirar el nuevo texto legal en relación con los tratamientos no voluntarios y respecto a la futura Ley General de Sanidad que son:

- La no consideración legal específica del enfermo mental.
- La no alusión alguna a criterios de peligrosidad social en orden público relativo a enfermos mentales.
- Inclusión del futuro texto legal a la futura Ley General de Sanidad.

Finalmente se considera necesario y urgente organizar reuniones de trabajo entre la Administración de Justicia y las Administraciones Sanitarias respecto a la búsqueda de soluciones prácticas transitorias a los problemas existentes y al establecimiento de cauces de colaboración.

II. POLITICA HOSPITALARIA DE LA ATENCION PSIQUIATRICA

Este grupo se centró sobre la necesaria transformación de los Hospitales psiquiátricos en base a programas en los que se contemplan los pasos a seguir.

"El cambio del H. psiq. tradicional en fundamental pero sólo podrá hacerse si, simultáneamente, se potencia la asistencia primaria en esta área y los Servicios Sociales de la Comunidad".

Según las características de los actuales pacientes de los H. psiq. se plantean las siguientes alternativas:

2.1.—Pacientes agudos o crónicos en fase de reagudización deben ser tratados en unidades de psiquiatría insertas en H. Generales.

En casos excepcionales y siempre de forma transitoria, cuando estos servicios estén en un H. Psiquiátrico deberán actuar con autonomía funcional y jerárquica del resto del mismo, siendo coordinado todo el dispositivo en atención en salud mental desde instancias extrahospitalarias.

Estas unidades de hospitalización breve deben estar integradas en el dispositivo de asistencia comunitaria del área sanitaria correspondiente.

De ninguna manera se deben crear nuevas camas para estos pacientes en Hospitales Psiquiátricos.

2.2.—Las personas con deficiencias mentales y los casos geriátricos deben ser atendidos por Servicios Sociales con el apoyo de los equipos comunitarios de salud mental. Pueden utilizarse los actuales edificios de los H. Psiquiátricos como residencias asistidas en un primer momento.

2.3.—Pacientes crónicos atendidos en los actuales H. psiquiátricos se actuaría en un doble sentido.

2.3.1.—Facilitando la reinserción social con aquellos que se pudiera pasando estos a depender de los equipos comunitarios.

2.3.2.—Drenando hacia dispositivos de Servicios Sociales al resto, con el apoyo de los equipos comunitarios.

Por último se enfatiza en que la renovación de la asistencia en salud mental debe ser dirigida y coordinada desde fuera del H. Psiquiátrico para evitar la repetición del modelo manicomial, así como se recomienda hacer un estudio comparativo de los manicomios y de la atención en salud mental en nuestro país.

III. INTEGRACION DE LA PSIQUIATRIA EN LOS HOSPITALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Partiendo de la conceptualización de las unidades psiquiátricas

(*) Cuadernos de Acción Social nº 17. Secretaría Federal de Acción Social. P.S.O.E.

en hospitales generales como un dispositivo más en las estructuras de salud mental que operan en un área determinada y por tanto como un dispositivo de apoyo a las estructuras comunitarias de salud mental se prescriben las siguientes funciones:

3.1.—Hospitalización de toda aquella persona que pueda beneficiarse más de la misma que de otras formas de intervención en la comunidad.

3.2.—Psiquiatría de enlace con el resto de las especialidades del hospital.

3.3.—Cobertura psiquiátrica a los problemas que se originen en las urgencias del hospital general.

Al plantear un plazo mínimo de cinco a diez años para posibilitar el traslado del dispositivo de internamiento del H. Psiquiátrico al hospital general, propone el grupo de trabajo la adopción de medidas a corto plazo como el desarrollo de las funciones de psiquiatría de enlace y de cobertura psiquiátrica de veinticuatro horas de las Urgencias del hospital general.

Cuadernos de Acción Social

17

Salud Mental



SECRETARÍA FEDERAL DE ACCIÓN SOCIAL

IV. SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

El dispositivo y el modo de funcionamiento de la Atención Primaria es punto nodal de la integración de la salud mental en la salud general. Teniendo en cuenta la situación actual "derivada de una

tendencia planificadora anárquica" los miembros de este grupo de trabajo plantean algunos puntos sobre los que debe centrarse la estrategia de integración y que a la vez sirven de conclusiones en este apartado.

4.1.—Proceder a una división del territorio en zonas, distritos y áreas sanitarias.

4.2.—El equipo de salud general debe asumir los problemas básicos que en materia de salud mental presenten los ciudadanos. En este proceso largo y complejo se procederá a articular las derivaciones de pacientes al equipo de salud mental, teniendo como objetivo mejorar la comunicación con los equipos de atención primaria. Si bien el equipo de salud mental debe actuar en segunda línea, los programas de salud mental forman parte fundamental de la Atención Primaria en Salud.

Igualmente los equipos de salud mental deberán cooperar con todas las instituciones y servicios de la comunidad en la que están insertos, en las tareas preventivas y de promoción de la salud mental.

4.3.—Prestar atención inmediata a la reforma de los programas de pregrado y postgrado de personal de los equipos de atención primaria, así como de los de Salud Mental.

4.4.—Los equipos de salud mental en la comunidad deberán constituirse mediante la incorporación de los recursos humanos y materiales necesarios, aunque procedan de distintas redes institucionales (Ayuntamiento, AISN, H. psiquiátricos, etc.).

Mientras no se unifiquen las redes asistenciales del sistema sanitario, la fórmula de integración funcional se conseguirá a través de acuerdos, convenios o conciertos entre las distintas administraciones.

V. LA SALUD MENTAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Este grupo de trabajo después de dar un toque de atención sobre el peligro de la persistencia de la esencia manicomial bajo fenomenología diferente señaló las siguientes conclusiones:

5.1.—La creación de una atención de salud mental en la comunidad y la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos van estrechamente ligados a la potenciación y desarrollo de los Servicios Sociales y sólo se podrá hacer desde la coordinación de Salud y Servicios Sociales.

5.2.—Los Servicios Sociales deberán integrar todos aquellos recursos sociales procedentes de distintas administraciones públicas: Seguridad Social, Diputaciones, etc.

5.3.—Desde los Centros de Servicios Sociales de base o comunitarios se desarrollan aquellos servicios de apoyo que favorezcan el mantenimiento en la comunidad de los enfermos mentales (ayuda a domicilio, pisos protegidos, etc.).

5.4.—Es imprescindible arbitrar un sistema de prestaciones individuales que facilite la reinserción en la comunidad.

VI. LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN SALUD MENTAL

Según se recoge en este Cuaderno de Acción Social "la actual estructura de los Servicios de Salud Mental, presenta graves anomalías en lo referente a los recursos humanos" ya que, por ejemplo, "existen en España estamentos como el de Psicología que prácticamente carecen de peso específico en organismos asistenciales al tiempo que es frecuente encontrar instituciones psiquiátricas, fundamentalmente hospitalarias, con plantillas sobredimensionales en algunos estamentos". El proceso de transformación de las actuales estructuras a un nuevo modelo basado en la comunidad implica considerar como prioritaria la adecuación de las plantillas "...rompiendo la inercia estamental y dando cabida a profesionales como psicólogos que actualmente están prácticamente fuera del abanico asistencial". Las conclusiones más importantes del grupo de trabajo fueron:

6.1.—El trabajo en los Servicios de Salud Mental requiere como eje de funcionamiento el concepto de Equipo de profesionales que debe conceptualizarse como grupos operativo de trabajo, integrado y multidisciplinario. Ha de estar

formado por psiquiatras, psicólogos, ATS, auxiliares psiquiátricos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y monitores.

6.2.—El Equipo de salud mental debe estar coordinado con el personal de Administración, con el médico general y los especialistas (interconsultas) y con otros recursos e instalaciones comunitarias de la zona asignada.

6.3.—Es necesario hacer una evaluación de la situación laboral y profesional de los profesionales que en la actualidad podrían formar parte de un equipo de salud mental.

Se reseña como más necesario:

6.3.1.—Los psiquiatras de hospitales e Insalud precisan de un reciclaje que los capacite para coordinar el trabajo del equipo y para actuar en la comunidad.

6.3.2.—Desarrollar programas de formación para psicólogos(PIR).

6.3.3.—Reciclaje y adecuación a nuevas tareas de los ATS, AS y auxiliares psiquiátricos.

6.3.4.—Formación y reciclaje de otros profesionales (médicos generales, ginecólogos, pediatras, etcétera).

ALGUNOS COMENTARIOS

Hemos hecho un amplio resumen de esta publicación del PSOE porque en ella se marcan, en algunos casos de forma muy particular, las líneas de actuación que deben seguir los socialistas que gobiernan hoy día la gran mayoría de las instituciones públicas ya que prácticamente todas las conclusiones reseñadas anteriormente fueron aprobadas por el Comité Federal del PSOE, máximo órgano de poder entre Congresos, con fecha 2 y 3 de Junio de 1984.

Por lo que a los psicólogos se refiere nos "alegramos" de que aparezca en una publicación del PSOE el "reconocimiento" de nuestra carencia de peso específico en organismos asistenciales. En realidad, prácticamente no carecemos de peso porque, para carecer o tener peso específico, primero tendríamos que existir y *no*

existimos. Es por eso que nos parece importante la explícita inclusión del psicólogo en el equipo de salud mental, premisa obvia para cualquier político o profesional progresista... en el papel, pero que todavía no vemos se convierta en realidad a nivel de nóminas. Igual podríamos decir del famoso por repetido, de nuevo en los papeles, programa de formación para psicólogos internos y residentes (PIR). Es imprescindible la formación práctica de los psicólogos en los distintos dispositivos de salud mental (comunitarios y hospitalarios) pero para poder ser llevada a buen fin dicha tarea, hace falta que se pongan en marcha dichos nuevos dispositivos con la real incorporación de los psicólogos en los equipos.

Respecto a la vieja y aburrida polémica entre psiquiatras y psicólogos, queremos señalar la permuta efectuada a lo largo del texto entre psiquiatría y salud mental. Por momentos parece que no es lo mismo sobre todo cuando se refiere al trabajo más comunitario (salud mental y la atención primaria, salud mental y s. sociales, etc.) y por momentos se mantiene estática, "en su sitio", la vieja denominación (Psiquiatría) cuando se refiere al trabajo más hospitalario (política hospitalaria de la atención psiquiátrica, integración de la psiquiatría en los hospitales de la S.S.).

Quizás responda a una concepción teórica en la que se define que el ámbito hospitalario es la psiquiatría la única que puede abordar la problemática psíquica (clásicamente se hablaba de "psiquiatría pesada") y la única autorizada a tratar con otros facultativos hospitalarios ("psiquiatría de enlace"). Quizás esa misma concepción plantea que en la atención comunitaria al tratarse de un "psiquiatría ligera" pueda abrirse el campo a otros profesionales como los psicólogos, despacio, a cuenta gotas.

O quizás, y esta hipótesis, teñida por nuestro deseo, es la que más nos gusta, el cambio de paradigma (ahora se lleva mucho esto) oscila ambivalentemente entre lo viejo y lo nuevo.

En cuanto se refiere a la salud mental y la atención primaria la ambigüedad es tal que es dificultoso

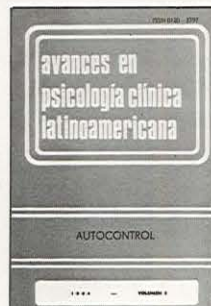
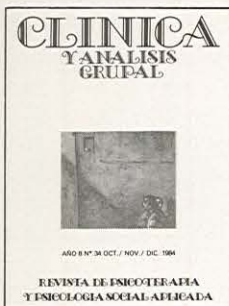
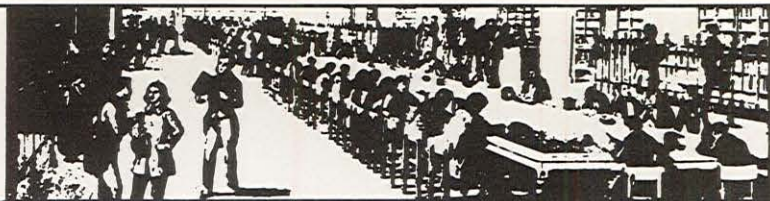
so incluso la comprensión intelectual de lo que quiere decir el texto, ¿será que no está clara la relación y esta redacción refleja tamaña confusión?. Probablemente. Dicen que "la *integración* de la salud mental en la atención primaria pasa por la asunción de los problemas básicos que en materia de salud mental presenta la ciudadanía, por parte del equipo de salud general" por lo tanto "el equipo de salud mental debe actuar en segunda línea", sin embargo "los programas de salud mental forman parte fundamental de la atención primaria" (??)

Lo que es un hecho es que en la práctica, ni en atención primaria ni en salud mental se ha hecho nada "todavía". Los equipos de salud que forman los Centros de Salud del Insalud no cuentan con ningún profesional de la salud mental y por su formación académica mucho nos tememos que no puedan ir muy allá en eso de "asumir problemas básicos en materia de salud mental". Por otro lado los equipos de salud mental en la comunidad que puedan apoyar a la atención primaria brillan por su ausencia, en términos generales. El cambio en la Sanidad hay que hacerlo en el terreno y no en los papeles y no parece que se quiera (o sepa o se pueda) andar mucho.

Juan Carlos Duro



sala de lecturas



Editorial.

Artículos:

Dossier: Asistencia pública en salud mental, 3.ª parte. Acerca de la profilaxis en estomatología. Félix García Villanova.

La psicología dinámica en la práctica del consultorio familiar. P. Cundo.

A propósito de ciertos principios terapéuticos. Ph. Lacadée.

Lo fantasmático social y lo imaginario grupal (I). E. Pavlovsky.

Del encuadre. J. A. Reguilón.

Lo real y lo imaginario en el síntoma esquizofrénico. Nicolás Caparrós Sánchez.

La psicología infantil en el marco de la sociedad actual. B. Sánchez-Tornero y Manuel Serrano.

Algunas indagaciones sobre el carácter en la histeria. Aspectos vinculados. Carlos Rodríguez Sutil.

Teoría y revisión:

Propuesta conductista de aplicación social de un modelo cognitivo de la lectura. Marino Pérez Álvarez.

Una revisión de los procedimientos para el entrenamiento en discriminación en sujetos retardados. M.ª Carmen Luciano Soriano y A. Polaino-Lorente.

Trabajos experimentales:

Incertidumbre: una nueva medida del autoritarismo de estilo. J. M. Sabucedo.

Búsqueda de palabras y categorías: tiempo de reacción asociado con juicios comparativos. Salvador Algarabel.

Personalidad, motivación y el condicionamiento operante verbal. M.ª Victoria Trianes Torres.

Estudio de casos:

Tratamiento multimodal de un caso de tartamudez. Juan F. Romero.

Presentación.

Autocontrol comportamental: reflexiones y proyecciones. Michael J. Mahoney.

La triada del autocontrol: un procedimiento de condicionamiento encubierto. Joseph R. Cautela.

Autocontrol: el método de la terapia racional emotiva. Albert Ellis.

Relación entre el autocontrol y el control por otros. Roland G. Tharp, Ronald Gallimore y Roderick P. Calkins.

La naturaleza del autocontrol, de la autoregulación y de la motivación. Ervin Staub.

Nuevas direcciones en la investigación con el constructo locus de control. Herbert M. Lefcourt.

Terapia de autocontrol para la depresión. Lynn P. Rehman.

Control de peso auto-dirigido: algunas precauciones y reflexiones. Mary B. Harris.

Artículos:

Un estudio transcultural de personalidad: Puerto Rico e Inglaterra. Sybil B. G. Eysenck y José Luis Porrata.

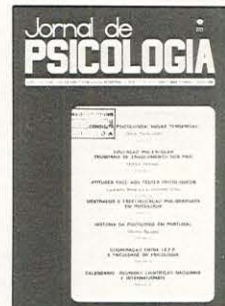
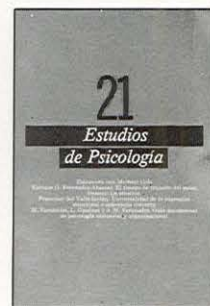
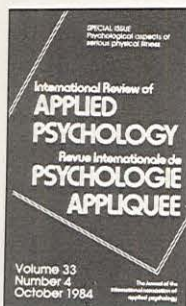
Historia de la biorretroalimentación en América Latina. Stefano Vianaccia.

La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Maritza Montero.

Diferencias entre homosexuales y heterosexuales en comportamiento y personalidad. Mirta Granero.

Efecto de la biorretroalimentación del dióxido de carbono del volumen respiratorio final sobre la hiperventilación crónica y la epilepsia idiopática. Robert Fried y Sherry Rubin.

Adicción a la pasta de cocaína: tratamiento de dos casos. Rafael Navarro Cueva.



Introduction. John Weinman and Colette Ray.

Psychological effects of physical illness.

The social and emotional consequences of head injury and stroke. Stanton Newman.

Coping with haemophilia. I Markova and C D Forbes.

The recognition and treatment of affective disorder in cancer patients. Peter Maguire.

Psychological aspects of treatment and recovery:

Alleviating stress for hospitalized patients. Jennifer Wilson-Barnett.

Dimensions of recovery from surgery. Marie Johnston.

Psychological aspects of cancer chemotherapy. David R Nerenz, Howard Leventhal, Richard R Love and Karen E Ringler.

Professional and public attitudes and behaviour in relation to cancer:

The surgeon-patient relationship in the context of breast cancer. Colette Ray, Jinny Fisher and Jackie Lindop.

Editorial: Lluch-Rivera: un acuerdo de Estado.

El "sujeto moral" entre el placer y la muerte. F. Pereña.

¿Qué es la terapia de contexto?. M. Selvini Palazzoli.

Entrevista: el Dr. Sarró y la Historia de la Psiquiatría. J. Sánchez Lázaro.

Suicidio e identidad. J. M.ª Valls Blanco.

El sueño de la víspera. Un caso clínico. M. Oregui, R. Tapia, C. Hernández, J. Rallo.

Tics y síndrome de Gilles de la Tourette. A. Bayés y E. Tolosa.

Actitudes ante la enfermedad mental y práctica psiquiátrica. G. Rendueles.

Esbozos de trabajo psiquiátrico comunitario en el territorio histórico de Alava. J. I. Zuazo Arsuaga.

El envilecimiento de la condición femenina o el retorno de lo reprimido. I. Cerdeira.

Editorial.

Entrevista: Michael Cole. Alberto Rosa.

Memorias de investigación: El tiempo de tránsito del pulso: un índice de cambios en la presión arterial. Enrique G. Fernández-Abascal.

Dossier:

Los niveles de análisis de la emoción: James, cien años después. J. Miguel Fernández Dols y J. Eugenio Ortega.

¿Qué es una emoción?. William James.

Contribución al estudio de la acción emotiva de la adrenalina. Gregorio Marañón.

Revisiones y reflexiones:

Universalidad de la expresión emocional e inferencia correcta. Francisco del Valle-Inclán.

La dominancia social: una aproximación primatológica. Fernando Peláez.

Literatura y documentación:

Guía documental de psicología industrial y organizacional.

Consulta psicológica: Novas tendencias. Oscar Gonçalves.

Educacao pre-escolar: programa de envolvimento dos pais. Harlen Hansen.

Atitudes face aos testes psicológicos. Leandro Almeida e Orlanda Cruz.

Mestrados e especializacao pos-graduada em psicologia.

Historia da psicologia em Portugal. Isolina Borges.

Cooperacao entre I.E.F.P. e faculdade de psicologia.

Calendario: reunioes científicas nacionais e internacionais.

SERVICIOS DEL BANCO POPULAR. CUENTE VD. CON ELLOS.

Autocheques 4B:

Para llenar el depósito del coche sin llevar dinero en efectivo.

Tarjeta 4B y Telebancos:

Para disponer de dinero en efectivo y realizar otras operaciones a cualquier hora del día y de la noche en más de 650 Telebancos.

Cheques 4B:

Para realizar sus compras en miles de establecimientos.

Cheques de viaje y Eurocheques:

Para viajar cómodamente.

Tarjeta Visa:

Para poder comprar por todo el mundo con sólo su firma.

American Express:

Para pagar sin límite de gastos preestablecidos.*

Master Card:

Para sus compras y servicios sin dinero.*

Mondial Assistance:

Para viajar protegido por todo el mundo.

Cuentas a la vista y a plazo:

Para custodiar y rentabilizar sus ahorros.

Cajas de alquiler:

Para sus pertenencias de valor.

Crédito popular:

Para conseguir créditos personales de manera rápida y con amortizaciones asequibles.

Domiciliación:

Para que el banco se encargue de cobrar sus ingresos y pagar sus gastos.

(*) Sujeta a la legislación de cambios para las compras en el exterior.

Estos y otros muchos son los servicios que el Banco Popular pone a su disposición. Servicios que tenemos en cuenta para hacérselo todo mucho más fácil y cómodo.

**BANCO
POPULAR
ESPAÑOL**

