

PAROLLA Psicólogos

Colegio
Oficial de
Psicólogos

del COLLADO

Salud
mental



Sumario

Editorial

- Los psicólogos y las elecciones generales 1

A fondo, salud mental

- Presentación. *Pilar Ballesteros, Juan Carlos Duro y Serafín Carballo* 3
- Proyecto de Decreto sobre organización y funcionamiento de los Servicios de Salud mental del Principado de Asturias. *Sanidad de la Comunidad Autónoma de Asturias* 5
- Observaciones al Proyecto de Decreto de la Consejería de Sanidad de Asturias. *Colegio Oficial de Psicólogos* 12
- La reforma de los Servicios de Salud mental en Asturias: una aproximación político-organizativa y epidemiológica. *José García González* 15
- Unidades de Salud mental: normas de funcionamiento. *Insalud* 22
- Actuaciones del Insalud en materia de Salud mental. *Fernando Lamata* 26
- Informe de la Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica 28
- Sobre el Documento de la Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos* 38
- Acerca del informe técnico de la Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 41

Reflexiones

- La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo (I). *María Luz Rubí* 43

Psicólogos del siglo XX

- Lee J. Cronbach. *Rocío Fernández-Ballesteros* 53
- Cronbach y "las dos disciplinas de la Psicología Científica". *Fernando Silva* 57
- Un estudio bibliométrico sobre la repercusión de la obra de Lee J. Cronbach. *E.J. Carbonell y F. Silva* 59
- Publicaciones del profesor Lee J. Cronbach 62

- Sala de lecturas 65

"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, 1.100 pesetas. Número suelto: 225 pesetas. Número doble: 325 pesetas.

Editorial

Los psicólogos y las elecciones generales

LA Convocatoria de elecciones generales (22 junio) es una ocasión excelente para reflexionar y hacer un listado de los principales problemas que nos aquejan para hacerlos llegar a los diferentes partidos que concurren a las elecciones, a fin de que aquéllos que quieran nuestros votos conozcan cuáles son nuestras demandas.

Es claro que somos llamados a participar en las elecciones como ciudadanos, antes que como psicólogos, y nuestra conducta de voto no debería estar determinada exclusivamente por nuestros problemas como profesión. Ello supondría caer en un reduccionismo corporativista muy lejano de lo que es razonable y de lo que siempre hemos venido defendiendo.

Pero sin duda la dimensión profesional-laboral es una de las dimensiones más significativas en la vida del adulto, y en cuanto tal, es legítimo plantear desde ella exigencias o demandas relacionadas con la conducta de voto.

Por otra parte, gran parte de los problemas que nos afectan no son exclusivamente nuestros, y particularmente el paro y el subempleo, constituyen el primer problema del país.

Con todo este preámbulo y tras explicitar que el movimiento profesional de los psicólogos siempre se ha situado en una perspectiva progresista, —en el sentido de defender valores como la igualdad, la tolerancia, la solidaridad y el apoyo a los sectores sociales más marginados, la profundización de la democracia, la justicia y la defensa de la paz, entre otros—, si algún partido político quisiera obtener nuestros votos, o bien al gobierno que salga de las elecciones le plantearíamos los siguientes puntos:

- Aprobación inmediata y sin variaciones de los Estatutos del Colegio. Se atienen a la legalidad, han sido elaborados democráticamente, fueron presentados en Abril de 1982, y decimos ¡YA ESTA BIEN!
- No aplicación del IVA a los usuarios de servicios psicológicos, en las áreas educativas y clínicas. Estamos convencidos que el recurso a la ayuda psicológica es un bien social, y que por ello, además de por la flagrante discriminación que supone en relación a otros servicios educativos y sanitarios, debería estar exento de IVA.
- Red integrada de Servicios de Apoyo a la Escuela. Defendemos la integración y coordinación de recursos, pero con los enfoques más actualizados, y con unas condiciones de definición de los puestos y de acceso a éstos que no sean discriminatorias (nos oponemos al modelo SOEV, como modelo hegemónico).
- Reconocimiento del papel del psicólogo en los Centros Escolares. Nos preocupa que el desarrollo de aspectos reglamentarios de la LODE, principalmente en lo relativo a los conciertos, marginalice y dificulte el trabajo del psicólogo en los Centros Escolares privados. La intervención psicológica en la Escuela y Centros de Bachillerato y Formación Profesional, no se puede asimilar a una clase de equitación, no debería ser considerada como un "extra".
- Formación básica del psicólogo: 5 años, sin titulación intermedia. En el marco de la reforma de los planes de estudios, pensamos que no se debe acortar el período de formación (a 4 años), y que no hay ningún país europeo (que conozcamos) en que haya una titulación intermedia de psicólogo con validez profesional.

- PIR y convenios con Instituciones Sanitarias. *Reclamamos la inmediata puesta en marcha de programas de especialización en el área clínica, siguiendo la modalidad PIR. La formación duraría dos/tres años, y no sólo se realizaría en hospitales generales y psiquiátricos, sino además en Centros de Salud, Hospitales de Día, etc. En esta misma línea reclamamos que en los futuros conciertos a firmar entre Universidades e Instituciones Sanitarias, se contemple a las Facultades de Psicología, además de las de Medicina, Farmacia y Enfermería.*
- Colaboración de los psicólogos en la puesta en marcha de la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad. *Defendemos el papel de pleno derecho que le corresponde a la Psicología y a los psicólogos en la reforma del sistema sanitario, para implantar estrategias no sólo curativas y rehabilitadoras, sino y principalmente preventivas y de promoción de la salud, a todos los niveles. Exigimos que se institucionalice la presencia del psicólogo en las instituciones sanitarias, de una manera formal y jurídicamente, y no meramente como una situación de hecho.*
- Planes de especialización y postgrado. *Además del PIR, solicitamos que las Facultades de Psicología, en concierto con Instituciones y empresas, organicen planes de especialización a nivel de postgrado, teniendo en cuenta las demandas del mercado de trabajo, en las diversas áreas de intervención del psicólogo.*
- Fomento de la Investigación. *En el marco de la puesta en marcha de la recientemente aprobada Ley de la Ciencia, reclamamos la asignación de más fondos para la investigación psicológica, básica y aplicada, y la creación de un Instituto en el marco del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.*
- Desarrollo y profesionalización de los Servicios Sociales. *Estamos a favor de una Ley de Servicios Sociales, que organice y estructure las diversas redes y programas de intervención en este área, y que permita ir avanzando de una concepción benéfica y asistencialista, a una más profesionalizada y técnica, fundamentalmente en un sector tan descuidado como el de la tercera edad.*
- Regulación y Profesionalización de los Psicólogos en Seguridad Vial. *A pesar de que el Decreto que regula la intervención psicológica es adecuado, la inestabilidad laboral, el trabajo episódico, y la voluntad de algunos empresarios de obtener ganancias fáciles, puede generar una mala práctica generalizada en el sector. Las autoridades deberán velar por el cumplimiento de las normas, para que éstas no queden en papel mojado.*
- Incorporación de los psicólogos a la Administración de Justicia. *Hasta ahora, ésta se ha producido parcialmente, y de una manera no bien definida. Habrá que establecer un cuerpo de peritos, no sólo para que informen en los procesos de separación, sino también en otras jurisdicciones, penales y laborales, así como para que apoyen técnicamente la futura implantación del Jurado (Psicología del testimonio), innovaciones como la libertad a prueba, etc.*
- Finalmente y en el marco de programas generales de apoyo a la inserción profesional de los jóvenes, reclamamos ayudas y programas de formación para los psicólogos recién titulados.

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:**

Adolfo Hernández
—presidente—
Alejandro Avila
—vicepresidente—
José María Prieto
—secretario—
Victor M. Pérez
—vicesecretario—
Dositteo Artiga
—tesorero—

Y los vocales:

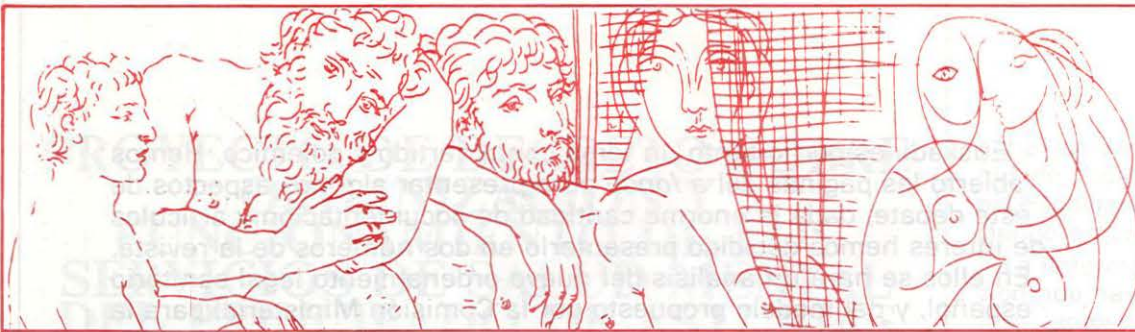
Pilar Ballester
Juan Carlos Duro
Manuel Berdullas
Serafín Carballo
Adolfo Fernández
Emiliano Martín
Carmen Monedero
Angel Puerta

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

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

**Responsable de Publicaciones
y Documentación:**
Adolfo Hernández

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



a fondo

SALUD MENTAL

El área de los cuidados de la Salud Mental, inseparable a la atención a la Salud General, es una de las de mayor urgencia y prioritarios de nuestro sistema sanitario, ocupado únicamente en los cuidados de tipo reparador. Lo mental y lo psicológico habrán quedado excluidos de la atención sanitaria, por obra de la manomente diseccionadora que podía hacer lo imposible: la separación en el sujeto humano entre lo psicológico y lo biológico y éstos a su vez de su contexto.

Asistimos hoy al fracaso de los postulados cartesianos y de la mecánica newtoniana reductores del sujeto humano a un ser fragmentario de aparatos y subsistemas corporales y psicológicos inconexos entre sí, en el intento de explicación de la complejidad e integralidad del ser humano y de la circularidad de su realidad, reducida a la linealidad en el pensamiento de la estructura causa-efecto.

Se ha pasado a la reivindicación de la irrenunciable multidimensionalidad del sujeto humano, en el sistema de cuidados de la salud, así como de la inclusión de la promoción de la salud y la prevención junto a la reparación y reinserción, dado que todas ellas forman parte inseparable de la intervención en salud. Sólo así se puede entender desde un punto de vista más científico la integralidad de la intervención sanitaria.

Así, en este contexto, la Salud Mental aparece, por primera vez, en el nuevo ordenamiento legal sanitario de nuestro país como "objeto de atención del sistema de cuidados de la salud, integrándose todas las acciones relativas a la Salud Mental en el Sistema Sanitario General".

¿Cómo se ha de realizar esta integración? La Ley General de Sanidad y el Documento para la Reforma de la Atención Psiquiátrica y de la Salud Mental proponen un modelo de integración determinado de la Salud Mental en el Sistema Sanitario, diferente a otros modelos desarrollados en algunas comunidades autónomas como Cataluña o

Euskadi, es por lo tanto un tema controvertido y polémico. Hemos abierto las páginas del *a fondo* para presentar algunos aspectos de este debate; dada la enorme cantidad de documentación y artículos de interés hemos decidido presentarlo en dos números de la revista. En ellos se hará un análisis del nuevo ordenamiento legal sanitario español, y del modelo propuesto por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que, pensamos, inspirará algunas de las futuras reformas en el campo de la Salud Mental de nuestro país. Así, una de las recomendaciones de este informe, la creación de equipos especializados de Salud Mental comunitarios y de apoyo a la Atención Primaria del INSALUD, ha sido seguida por esta administración sanitaria con la creación de medio centenar de equipos en los que se incluyen psicólogos.

El Dr. Fernando Lamata, Director Provincial del INSALUD de Madrid hace en este *a fondo* una valoración de la puesta en marcha de estos equipos, así como de la política de Salud Mental a seguir desde el área institucional que preside en Madrid. Se incluye entre la documentación seleccionada una relativa a las funciones de los profesionales que integran estos equipos.

Hemos creído necesario hacer una presentación de algunas de las reformas que dentro del campo de la Salud Mental se vienen realizando en el ámbito autonómico, tal es el caso de la experiencia asturiana, sin lugar a dudas la de mayor desarrollo de nuestro país,

el Dr. José García González responsable de los Servicios de Salud Mental del Principado, hace en el *a fondo* una evaluación de la misma. Apartamos en este número, por su interés, el Proyecto de Decreto de Organización de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, el cual pensamos esté aprobado cuando esta revista os llegue, así como la valoración que del mismo hace la Junta Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos.

El Dr. Luis Prieto responsable de los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid hará en el siguiente número una reflexión del trabajo realizado en esta Comunidad así como de las perspectivas de Reforma de la Salud Mental en la misma.

Existen otros ámbitos institucionales más limitados como el municipal, en los que se vienen desarrollando actividades y programas sanitarios y de la Salud Mental, aunque en la Ley General de Sanidad aprobada recientemente establezca que los Ayuntamientos dejan de tener competencias en materia sanitaria y más concretamente en Salud Mental para ser asumidos por las Comunidades Autónomas.

Se abordará en el próximo *a fondo*, también la atención a la Salud Mental en los Centros Municipales de Salud de la periferia de Madrid, así como artículos relativos a la Salud Mental Infanto-Juvenil, Salud Mental y Servicios Sociales, al programa PIR en Asturias y una Guía de recursos de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Madrid. Por su interés presentaremos en el próximo *a fondo* un dossier del presidente de la I.U. Psys, Holtzman en respuesta a una petición del Director de la División de Salud Mental, Norman Sartorius, de la Organización Mundial de la Salud, sobre las funciones del psicólogo en el campo de la Salud.

Pilar Ballester, Juan Carlos Duro y Serafín Carballo
Vocales Junta Rectora
Area de Salud

PROYECTO DE DECRETO SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS

CON el Decreto 13/85, de 13 de diciembre, que en su Art. 25 expresa las competencias de la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental, se ha procedido a una simplificación de la estructura central de la citada Dirección, a fin de "permitir una reordenación de sus sistemas de gestión, que habrá de ser objeto de una norma distinta, modificatoria del Decreto 50/82, de 5 de agosto, a través de la cual se dotará a los Servicios de Salud Mental de la organización que su actual nivel de desarrollo demanda".

Efectivamente, el desarrollo de los Servicios de Salud Mental alcanzado con la Reforma Psiquiátrica, exige ya nuevas normas que superen el carácter centralizado del Decreto 50/82, que se refería exclusivamente al Hospital Psiquiátrico Regional.

Los Servicios de Salud Mental que se han ido creando, han basado su desarrollo en un modelo de organización y funcionamiento que es preciso definir y regular mediante una norma.

La definición y regulación del *modelo de Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias* es, también, oportuna porque, en lo fundamental, es coincidente con el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, abril de 1985, y con los principios básicos que en esta materia se expresan en el texto de la Ley General de Sanidad aprobado por el Parlamento.

El proceso de reforma psiquiátrica que se está realizando, se ajusta a unas directrices marcadas por la Consejería de Sanidad y a un Plan en el que se contempla la

cadencia y las fases de la misma. Es, por esta razón, un proceso dinámico que requiere un período de actuación amplio para consolidar su nueva estructura.

Se está desarrollando un modelo de atención descentralizado que permite acercar los Servicios a la Comunidad y facilitar su acceso a los usuarios, cubriendo las necesidades de los diversos momentos evolutivos de la enfermedad con distinto tipo de servicios que mantienen la continuidad de cuidados.

En este sentido, se va desplazando progresivamente el eje de la organización asistencial del Hospital Psiquiátrico a los equipos territoriales, localizados en los Centros de Salud Mental, con el fin de llegar a disponer de una organización de servicios que hagan innecesario el Hospital Psiquiátrico.

La atención psiquiátrica ha de realizarse preferentemente fuera del hospital. La hospitalización del enfermo psiquiátrico se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones llevadas a cabo en su entorno familiar y social. La descentralización y diversificación de los Servicios es un instrumento esencial del Plan de Reforma. Sin embargo, ese modelo de organización puede entrañar riesgos de dispersión y disgregación si no se adoptan las medidas pertinentes. La planificación con criterios centralizados y la formulación de objetivos generales por parte de la Dirección Regional da homogeneidad al proceso de reforma, pero se hace necesario delimitar niveles de responsabilidad y de coordinación, que velen por el cumplimiento de los objetivos generales y posibiliten, al mismo tiempo,

poner en común y hacer patrimonio de toda la organización las experiencias que se van produciendo en los diversos Servicios.

La Reforma partió de una situación que ha sido necesario modificar, aprovechando los recursos existentes, redefiniendo nuevas funciones y reconduciendo las energías volcadas en el Hospital hacia otros Servicios nuevos, a medida que el proceso de transformación del Hospital permita ir liberándolas, para evitar, de esa manera, situaciones de abandono.

Este mismo proceso impone modificaciones que se recogen en esta norma, tendentes a reutilizar, para el conjunto de los Servicios de Salud Mental dependientes del Principado, estructuras administrativas y de gestión hasta ahora circunscritas al Hospital Psiquiátrico.

En fin, como se desprende de lo expuesto anteriormente, el estado alcanzado por el desarrollo de los Servicios de Salud Mental y su proceso de reforma, se ha ido complejizando y, consiguientemente, se hace insoslayable disponer de la normativa adaptada a estas circunstancias, que facilite la dirección, gestión y coordinación, así como el avance del proceso mismo y la consecución de los objetivos establecidos.

DECRETO SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Art. 1. La atención a la Salud Mental prestada por los Servicios Sanitarios dependientes de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias se realizará de forma integrada con el resto de las actividades sanitarias, sin perjuicio de sus peculiaridades y de las diferencias que se deriven de ellas.

1.1. La atención prestada por los Servicios Sanitarios de Salud Mental se basará en el estudio y tratamiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona o del colectivo sujeto de la demanda.

Art. 2. La Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 113/85, de 13 de diciembre, que establece sus competencias, desarrollará la planificación y formulará los programas de objetivos y de actuación general, a los que habrán de ajustarse el conjunto de los Servicios de Salud Mental regulados por este Decreto.

2.1. Los Servicios y Unidades mediante los cuales se presta la atención se estructuran en un conjunto articulado, descentralizado y diversificado. Su objetivo es el desarrollo de una acción integral, que comprenda los aspectos preventivos, terapéuticos y rehabilitadores.

Art. 3. La ordenación territorial de los Servicios de Salud Mental se ajustará a lo dispuesto en el Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el MAPA SANITARIO de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

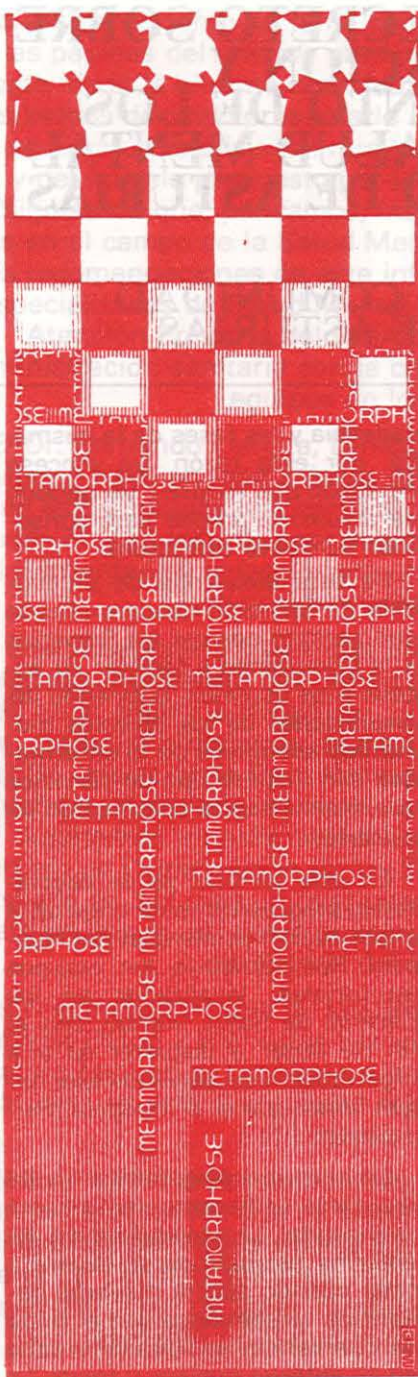
Art. 4. La atención a la Salud Mental se realiza por Servicios especializados en colaboración con los Servicios de Atención Primaria.

4.1. Los Servicios especializados, integrados por profesionales pertenecientes a las disciplinas médicas, psicológicas, de enfermería y de trabajo Social, desarrollarán su actividad tanto ambulatoria como hospitalariamente, asegurando la continuidad de cuidados.

4.2. Los profesionales de los Servicios de Salud Mental quedan integrados en Unidades funcionales y equipos para posibilitar su mejor funcionamiento y una correcta atención a la Salud Mental de la población que les sea asignada.

Art. 5. La red asistencial de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del Principado está integrada por los siguientes Servicios:

- Centros de Salud Mental.
- Hospitales de Día y otros Centros Intermedios.
- Unidades o Servicios para la atención a los pacientes hospitalizados.
- Otros servicios de rehabilitación y apoyo.



Art. 6. Los Centros de Salud Mental constituyen el elemento básico de la red asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

En ellos se localizan los equipos interdisciplinarios que ejercen su actividad en el ámbito del territorio asignado y también en cualquier otro servicio común que no estando localizado en esa demarcación atienda a pacientes procedentes de ella. En razón de las características de la población asignada, de la demanda que se produzca y de los factores de riesgo que, en su caso, se detecten, la Dirección Regional podrá crear dentro de los Centros de Salud Mental Unidades operativas y funcionales para el desarrollo de programas y acciones específicas.

Los Centros de Salud Mental disponen de un programa específico de carácter permanente para la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

6.1. Los Centros de Salud Mental asumirán las siguientes funciones:

— Apoyar y asesorar a los equipos de Atención Primaria del territorio asignado.

— Atender a los pacientes que les sean remitidos.

— Hacer seguimiento directo y supervisión a los pacientes dados de alta por el servicios de hospitalización que corresponda.

— Dar cobertura a los servicios de urgencia y a la atención de pacientes o grupos en crisis durante el período que se determine.

— Desarrollar los programas y actividades orientadas hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

— Apoyar, asesorar y cooperar con otras Unidades asistenciales, sociales y/o educativas del área territorial y, en concreto, cooperar con la reinserción de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Regional procedentes del área en cuestión.

— Desarrollar actividades de formación e investigación, en la forma que se determine en los programas correspondientes, al objeto de favorecer la cualificación profesional, la mejora de la calidad asistencial y la evaluación de los programas desarrollados.

— Intervenir en la comunidad y también en el domicilio familiar del paciente, cuando las circunstancias de la situación lo requieran para el logro de una mayor eficacia terapéutica.

6.2. En los Centros de Salud Mental podrá existir un Coordinador de Centro, designado por el Consejero de Sanidad, a propuesta del Director Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental, entre los profesionales titulados superiores con destino en el Centro.

6.2.1. Podrán existir, también, Coordinadores de Unidades funcionales o de programas específicos que serán designados de igual manera que los del Centro de Salud Mental.

Art. 7. Los Hospitales de Día son unidades para la hospitalización parcial y el desarrollo de funciones intermedias entre las propias del Centro de Salud Mental y los cuidados de hospitalización en régimen de internado. Tienen como misión ofrecer tratamientos de mayor intensidad y continuidad que los que habitualmente se prestan en los Centros de Salud Mental, evitando, sin embargo, la separación de la persona en tratamiento de su medio social y familiar.

Podrán existir otros Centros intermedios con funciones similares a las asignadas al Hospital de Día.

Cuando a juicio de la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental se estime conveniente, estos Servicios quedarán definidos como una unidad operativa dependiente del Centro de Salud Mental.

Art. 8. Las funciones de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica dentro de los Hospitales Generales serán las siguientes:

— El tratamiento de los pacientes ingresados.

— La atención psiquiátrica de interconsulta.

— El apoyo a la urgencia hospitalaria.

— Las funciones de docencia e investigación.

Art. 9. Para el desarrollo de programas de rehabilitación de enfermos psíquicos y su apoyo social podrán existir, cuando así se determine por la Dirección Regional, los siguientes servicios:

9.1. Alojamientos protegidos destinados esencialmente a pacientes sin posibilidades de convivencia familiar, sin medios propios para procurarse alojamiento y con

autonomía en su conducta personal.

Estos Servicios no dispondrán de personal asistencial propio. El control terapéutico sobre los pacientes residentes en ellos se realizará por parte del equipo de Salud Mental del Centro correspondiente.

9.2. Residencias asistidas: Son servicios destinados a alojar en régimen de cuidados mínimos a pacientes que requieran una acción tutelar, que por las exigencias de su continuidad y disponibilidad no procede ser realizado en los Servicios mencionados en el párrafo anterior.

9.3. La Dirección Regional podrá promover conjuntamente con la Consejería de Trabajo y Acción Social y con otros Departamentos programas que faciliten la reinserción laboral del enfermo psíquico.

Art. 10. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. Bajo la dependencia de la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental se crea una Gerencia de la que dependen:

a) Los Servicios de Salud Mental de cada Área.

b) El Hospital Psiquiátrico Regional.

c) La Dirección de Personal.

d) Los Servicios Administrativos Generales.

Art. 11. Son funciones de la Gerencia de los Servicios de Salud Mental:

a) Dirigir y supervisar todos los Servicios de su dependencia.

b) Cumplir y ejecutar las normas generales, acuerdos y resoluciones de los órganos directivos competentes.

c) Velar por el cumplimiento de los planes y de las directrices de trabajo emanadas de la Dirección Regional para la Reforma de la Salud Mental.

d) Ostentar la representación de los Servicios por delegación del Consejero de Sanidad y del Director Regional para la Reforma de la Salud Mental.

e) En general, impulsar y coordinar las actividades de los Servicios en orden al incremento de su eficacia y disminución de costes.

Art. 12. La Dirección Regional para la Reforma de la Salud Men-

tal contará con los siguientes órganos asesores:

— **Comisión Técnica Asesora:** De conformidad con lo dispuesto en el Art. 27 del Decreto 113/85, de 13 de diciembre, como órgano de asesoramiento técnico de la Dirección Regional existirá una Comisión Técnica cuyas funciones y composición se determinarán por Resolución del Consejero de Sanidad, a propuesta de la Dirección Regional.

— **Comisión de Control de Calidad:** Cuyos componentes serán nombrados por el Director Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental.

— Y de cualquier otro que la Dirección Regional estime necesario como consecuencia del desarrollo de la Reforma Psiquiátrica.

Art. 13. Las distintas Unidades de Salud Mental de un Área Sanitaria forman el Servicio de Salud Mental del Área.

Al frente del Servicio de Salud Mental del Área, y dependiendo de su complejidad podrá existir un Coordinador de Área, nombrado, por Resolución del Consejero de Sanidad, a propuesta de la Dirección Regional.

Las funciones del Coordinador de Área se regularán por Resolución del Consejero de Sanidad a propuesta de la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental.

Art. 14. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. El Hospital Psiquiátrico Regional se estructura en las siguientes áreas:

a) De hospitalización.

b) Residencial.

14.1. El área de hospitalización comprende todas aquellas Unidades hospitalarias en las que se realizan ingresos y cumplen las funciones de tratamiento hospitalario de enfermos psíquicos.

Su organización y funcionamiento se ajustará a los criterios terapéuticos, de movilidad y rotación que determine la Dirección-Gerencia del Hospital.

Desde estas Unidades no se realizarán traslados al Área residencial, salvo que, por razones excepcionales, lo autorice la Dirección-Gerencia del Hospital Psiquiátrico.

14.2. El Área residencial comprende el conjunto de Unidades en

las que se alojan los pacientes de larga estancia (Se entiende por pacientes de larga estancia aquellos que llevan más de un año ingresados).

Las actividades predominantes en el Área residencial son las dirigidas a la rehabilitación y reinserción de los internados. En estas Unidades no se realizarán nuevos ingresos, salvo en las circunstancias señaladas en el párrafo cuarto de este artículo.

La Dirección Gerencia del Hospital dictará las instrucciones pertinentes para la asignación de recursos a cada una de las Áreas funcionales mencionadas.

14.3. El régimen económico de las áreas residencial y de hospitalización será diferenciado, en razón del carácter predominante de la atención prestada, sanitaria o residencial.

Art. 15. La Dirección de Personal tendrá a su cargo toda la gestión de personal de los Servicios de Salud Mental.

Ejercerá sus funciones bajo la directa dependencia de la Gerencia de los Servicios de Salud Mental.

Art. 16. **REGIMEN ECONOMICO.** Al objeto de mejorar la capacidad de gestión de los Servicios de Salud Mental y potenciar su autonomía, se podrá regular un régimen económico especial, con ordenación de pagos, gastos, y cobros autónomo.

A tal fin, el Consejero de Sanidad podrá delegar en el Gerente las facultades que tiene atribuidas en relación a dichos Servicios, todo ello sin perjuicio de la fiscalización previa de la Intervención General del Principado o sus Intervenciones Delegadas, y de las Delegadas, y de las competencias del Consejo de Gobierno.

16.1. Por delegación del Consejero de Sanidad corresponderá al Gerente de los Servicios de Salud Mental la ordenación y disposición de gastos de los mismos, siempre que no exceda de diez millones de pesetas y en este caso y para mayor agilización del procedimiento, la tramitación de los oportunos documentos de gestión será llevada a cabo por el Director Económico-Administrativo del Centro.



(c) Velar por el cumplimiento de los planes y de las directrices de trabajo emanadas de la Dirección Regional para la Reforma de la Salud Mental.

(d) Asistir la representación de los Servicios por delegación del Consejero de Sanidad y del Director Regional para la Reforma de la Salud Mental.

16.2. El Gerente de los Servicios de Salud Mental podrá actuar como ordenador secundario de pagos en los términos previstos en el Art. 37 de la Ley 1/1982, de 24 de mayo, de Organización y

Funcionamiento de la Administración del Principado de Asturias.

A tal fin, se establecerá el procedimiento de mandamientos periódicos a justificar, previa fiscalización de la Intervención General del Principado.

16.3. La gestión de los cobros de los Servicios de Salud Mental se efectuará a través de una cuenta restringida y bloqueada con rendición mensual de cuentas a la Intervención General del Principado y dando cuenta de ello a la Oficina de Análisis y Control Presupuestario de la Consejería.

16.4. El Gerente, por delegación del Consejero, podrá asumir las funciones que el Art. 25 de la misma Ley atribuye a los Consejeros. En consecuencia, será responsable de la contratación en los Servicios de Salud Mental, estando facultado para celebrar, en nombre y representación del mismo, los contratos en los que éste intervenga, previa, en todo caso, la oportuna consignación presupuestaria y consiguiente fiscalización.

16.5. El Gerente, respecto al presupuesto de dichos Servicios podrá proponer al Consejo de Sanidad para su autorización, redistribuciones entre los diferentes subconceptos de un mismo concepto presupuestario y, en todo caso, cuando la Ley de Presupuestos Generales del Principado faculte a éste su aprobación, cualquier otra modificación presupuestaria.

16.6. Al objeto de mantener el carácter de unidad y coherencia de los procesos presupuestarios, la Dirección Económico-Administrativa de los Servicios de Salud Mental se coordinará por la Oficina de Análisis y Control Presupuestario de la Consejería de Sanidad. Ante ella tramitará cualquier posible modificación presupuestaria no contemplada en el punto anterior.

16.7. Periódicamente la Dirección Económico-Administrativa facilitará a la Oficina de Análisis y Control Presupuestario la información económica más relevante de su gestión.

Art. 17. **PROGRAMAS DOCENTES.**

17.1. La Dirección Regional para la Reforma de la Salud Mental, previa la oportuna acreditación de la Administración Central y, en

su caso, de la Regional, establecerá programas de formación de postgraduados para titulados de grado superior y medio.

17.2. En colaboración con la Universidad, en los términos que a tal efecto se fijen mediante convenios, se realizarán programas de formación de pregrado.

17.3. Sin perjuicio de lo anterior, la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental confeccionará los programas que estime preciso para la formación continuada y perfeccionamiento del personal que preste servicios en la misma.

17.4. Para el asesoramiento en materia de docencia y formación se crea una comisión, cuyos objetivos y funciones serán determinadas por Resolución del Consejero de Sanidad.

Art. 18. DEL PERSONAL.

18.1. El personal adscrito a los Servicios dependientes de la Dirección Regional para la Reforma de la Salud Mental estará vinculado a la Administración del Principado mediante contrato de naturaleza jurídico-laboral.

18.2. Dadas las características de idoneidad necesarias para configurar el perfil del personal titulado superior y medio de los Servicios de Salud Mental, la Dirección Regional elaborará los baremos con los que se valorarán los méritos de los aspirantes a las mencionadas plazas.

18.3. Los Tribunales que han de juzgar los concursos correspondientes a las plazas de titulados superiores y medios para los Servicios de Salud Mental estarán integrados por los siguientes miembros:

Presidente: Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad, o persona en quien delegue.

Vocales: Director Regional para la Reforma de la asistencia a la Salud Mental.

El Gerente de los Servicios de Salud Mental.

Un Profesor Universitario de la Especialidad correspondiente.

Un representante de Sociedades Científicas o en su caso del Colegio Profesional correspondiente.

Un Profesional de los Servicios de Salud Mental dependientes

de la Comunidad Autónoma del Principado.

Secretario: Un representante de la Dirección Regional de la Función Pública.

Art. 19. DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. Los Servicios de Salud Mental dependientes del Principado tienen carácter abierto a todo tipo de pacientes, sin que pueda producirse entre ellos diferencia asistencial alguna por razón de su régimen económico, sin perjuicio del derecho de la Administración a imponer tasas en la prestación de servicios, si las circunstancias sociales y económicas del sujeto atendido lo requiere.

Los criterios de aceptación y admisión serán, necesariamente, criterios médico-psicológicos, por lo que no podrá existir prioridad alguna basada en criterios de capacidad de pago.

19.1. *Derechos de los usuarios:*

— El usuario tendrá derecho a recibir información sobre los Servicios que puede utilizar, así como el procedimiento, horarios, etcétera, para hacerlo.

— El usuario tiene derecho a una asistencia integral y continuada, sin discriminación por razón de sexo, edad, condición religiosa o social.

— El usuario tiene derecho a recibir información completa, verbal y escrita, respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su dolencia por parte del facultativo que le atiende, cuyo nombre, como el del resto de las personas encargadas de su asistencia, tendrá derecho a conocer.

— El usuario tendrá derecho a conocer y a ser consultado previamente respecto a estudios o tratamientos que puedan resultar especialmente dolorosos o de los que se puedan derivar lesiones permanentes, salvo en aquéllos casos en que por razón de urgencia no pueda efectuarse dicha consulta.

— El usuario tendrá derecho a ser informado en el caso de que piense incluirse en algún estudio o investigación, recibiendo explicación puntual sobre los propósitos de la misma y en qué consistirá su participación, siendo facultad del enfermo negarse a ello.

— El usuario tendrá derecho a la máxima intimidad y dignidad, especialmente en lo relativo al trato, a su relación con familiares y amigos y a la confidencialidad del contenido de su historia clínica.

— El usuario tendrá derecho a abandonar el Hospital en todo momento, haciendo constar por escrito su decisión, en cuyo caso el Hospital carecerá de responsabilidad sobre las consecuencias de tal alta voluntaria.

Se exceptuarán de tal derecho los supuestos de ingreso involuntario de carácter urgente, con autorización judicial y, lógicamente, los ingresos de pacientes sujetos a proceso penal.

— El usuario tendrá derecho a una respuesta por escrito a las reclamaciones efectuadas en esta forma ante la Dirección de los Servicios.

— El usuario tendrá derecho al correcto funcionamiento de las instalaciones de los Servicios y en caso de hospitalización a unas condiciones de habitabilidad, higiene, alimentación y seguridad dignas.

19.2. *Deberes de los usuarios:*

— Los usuarios tienen el deber de aceptar la normativa de los Servicios y colaborar con el personal del mismo.

— El usuario deberá tratar con el máximo respeto tanto al personal del Centro como al resto de los pacientes o usuarios del mismo.

— Los usuarios tienen el deber de utilizar con el máximo cuidado y atención el material y las instalaciones puestos a su disposición.

— El usuario deberá abonar, cuando proceda, los gastos correspondientes a las atenciones recibidas, según las tarifas establecidas en cada caso.

Art. 20. DE LA COMISION DE PARTICIPACION CIUDADANA. Como órgano de participación, se crea la Comisión de Participación Ciudadana en los Servicios de Salud Mental, que será común para el conjunto de los Servicios de Salud Mental dependientes de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Estará compuesta por:

Presidente: El Director Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental.

Vocales: Tres miembros de la Junta General del Principado.

Un representante nombrado por el Consejo de Gobierno Regional.

Un representante de cada Municipio cabecera de las Áreas de Salud.

Un miembro por cada Central Sindical representativa en los Servicios de Salud Mental.

Un miembro designado por la Administración Sanitaria General.

El Gerente de los Servicios de Salud Mental.

Un representante de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios.

Secretario: El Director de Personal.

20.1. FUNCIONES:

— Conocer los planes de actuación asistencial y económica de los Servicios de Salud Mental.

— Recibir información sobre la política general de concertos de Servicios con otras entidades públicas o privadas, compras y suministros.

— Conocer antes de su publicación la Memoria de Gestión Anual de los Servicios de Salud Mental.

— Proponer a los Servicios de Salud Mental cuantas medidas considere oportunas para que éstos adecuen sus prestaciones a las necesidades de la población que atienden y, en general, para la mejora de la calidad asistencial.

20.2. FUNCIONAMIENTO:

— La Comisión se reunirá una vez cada seis meses en Sesión Ordinaria, y cuantas veces lo precise en extraordinaria, previa petición escrita y razonada de la mayoría de sus miembros.

— El plazo de convocatoria de las reuniones se hará con un mínimo de 72 horas, con Orden del Día, y documentación en los casos que precisen estudio previo.

— Para la celebración se considera válidamente constituida cuando acudan a la misma la mayoría de sus miembros.

— Los acuerdos de cada reunión se harán constar en Acta. Las Actas serán custodiadas en la Consejería de Sanidad y se harán públicas en los tablones de anuncios de los Centros de Salud Mental.



— Las Actas de las reuniones estarán a disposición en todo momento de los Consejos de Dirección, de los miembros de la Comisión de Participación, de los Secretarios de las Centrales Sindica-

les participantes en la Comisión y del Presidente del Comité de Empresa de los Servicios de Salud Mental.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

1. La creación y dotación de los Servicios de Salud Mental se efectuará gradualmente, previa definición y justificación por la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental.

2. En los Centros de Salud Mental en los que no exista un Jefe de Servicio que desarrolle las funciones propias de su jerarquía, se designará un coordinador de centro, nombrado entre los titulados superiores que prestan servicio en el mismo.

El coordinador de centro realizará las funciones de:

— Garantizar la adecuada organización y régimen del personal a su cargo, ejerciendo su jefatura inmediata.

— Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades del equipo, mediante la participación de sus miembros y la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales que entran dentro de su competencia.

— Asegurar la adecuada relación y coordinación del Centro con otros Servicios e instituciones del territorio asignado.

— Garantizar el proceso de evaluación periódica de las actividades realizadas.

— Garantizar que los programas de actividades del Centro se desarrollen ateniéndose a los planes generales establecidos por la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental.

— Facilitar y promover las actividades de formación e investigación que se programen.

El Coordinador de Centro percibirá un complemento salarial mensual, que recibirá única y exclusivamente durante el tiempo que dure su nombramiento.

El complemento de coordinación nunca será percibido por el profesional que ostente la jefatura del Servicio y ejerza funciones de coor-

dinación en el correspondiente Centro.

3. Transitoriamente y entanto no se desarrollen Servicios de Hospitalización en hospitales dependientes de la Administración del Principado o no se establezcan los acuerdos necesarios para que esa hospitalización se efectúe en otros dependientes de otras Administraciones, el Hospital Psiquiátrico Regional seguirá manteniendo una Unidad específica a los efectos de hospitalizar a las personas que lo precisen.

4. En relación con lo dispuesto en el Art. 6.1. relativo a la Gerencia de los Servicios de Salud Mental, se considerará vigente en tanto se doten las gerencias del Área, contemplado en la Ley General de Sanidad y se desarrollen las funciones previstas en la misma.

5. La Unidad de Personal del Hospital Psiquiátrico Regional dependerá directamente de la Dirección de Personal y ampliará sus funciones y competencias a todos los Servicios de Salud Mental.

6. La Unidad Económico-Administrativa del Hospital Psiquiátrico Regional ampliará sus funciones y competencias a la totalidad de los Servicios de Salud Mental dependientes de la Dirección Regional.

7. La Gerencia de los Servicios de Salud Mental será desempeñada con carácter transitorio, y en tanto se mantenga la actual estructura de Servicios, por el Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Regional.

8. Las vacantes que se originen como consecuencia de bajas del personal funcionario de carrera que prestan su actividad en los Servicios de Salud Mental, se transformarán en plazas laborales.

DISPOSICIONES FINALES

1. La Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental, oídas las propuestas de la Dirección Gerencia del Hospital Psiquiátrico, formulará el plan de objetivos anual, dirigido a asegurar la progresiva transformación del Hospital y el aprove-

chamiento y utilización de sus medios personales para la red asistencial de los Servicios de Salud Mental.

2.1. El Hospital Psiquiátrico Regional se estructura del siguiente modo:

Dirección-Gerencia.

Dirección de Enfermería.

Servicio Económico - Administrativo.

Asimismo contará con los siguientes órganos asesores:

— Consejo de Dirección.

— Comisiones Asesoras:

• Comisión de Enfermería.

• Comisión de facultativos responsables de Unidad.

• Comisión de Urgencias.

— Comisión de Control de Calidad:

• Comisión de Farmacia y otros.

— Comisión de MIR.

Y cuantos otros estime convenientes la Dirección Gerencia del Centro.

2.2. *Funciones del Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Regional:*

a) Ostentar, por delegación para Consejero de Sanidad y del Director para la Reforma de la Salud Mental, la representación del Hospital, tanto interna como exteriormente.

b) Dirigir y supervisar los Servicios del Centro.

c) Velar por el mantenimiento de las normas generales y de régimen interior, solventar las incidencias que se presenten y adoptar las medidas necesarias para mantener la capacidad asistencial del Centro, en los supuestos de emergencias sanitarias o asistenciales.

d) Asumir las funciones propias de la Dirección médico-facultativa del Centro, dirigiendo y supervisando los Servicios Médicos y actividades sanitarias y asistenciales.

e) Asegurar el cumplimiento de los objetivos señalados anualmente por la Dirección Regional.

2.3. *Funciones de la Dirección de Enfermería:*

a) Organizar, dirigir y coordinar la asistencia directa a los pacientes a través de las Unidades de Enfermería.

b) Evaluar la calidad y actividad asistencial de las Unidades de Enfermería.

c) Es responsable ante el Gerente del funcionamiento de éstas.

f) Fomentar la enseñanza, formación e investigación de Enfermería.

g) Asumir las funciones que le sean delegadas por el Gerente.

h) Estudiar y valorar las necesidades de personal, material y organización de la Dirección, proponiendo su cobertura a la Gerencia.

2.4. El Servicio Económico-Administrativo tendrá a su cargo la gestión de los asuntos de carácter económico-administrativo necesarios para la consecución de los objetivos generales establecidos por la Dirección Regional.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

A la entrada en vigor del presente Decreto quedan derogados los Decretos 50/1982, de 5 de agosto, por el que se dictan normas provisionales de gobierno, organización y funcionamiento de los Hospitales Regionales y 26/1983, de 6 de mayo, por el que se modifica el anterior, y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en este Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Se faculta al Consejero de Sanidad para dictar las resoluciones necesarias en desarrollo y ejecución del presente Decreto.

Segunda. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Principado de Asturias y de la Provincia.

Dado en Oviedo a...

EL CONSEJERO DE SANIDAD,
Fdo.: Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio

EL PRESIDENTE DEL PRINCIPADO,
Fdo.: P. de Silva Cienfuegos-Jovellanos

OBSERVACIONES AL PROYECTO DE DECRETO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE ASTURIAS

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

LAS observaciones que como Colegio Profesional estimamos que se pueden hacer al proyecto de DECRETO SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS se pueden articular en torno a tres ejes principales:

EJE 1. La norma propugna, en líneas generales, la modernización y descentralización de los Servicios de Salud Mental del Principado.

EJE 2. La inconveniencia o insuficiencia de algunos de los apartados del Proyecto de Decreto para la consecución de una moderna y socialmente más justa asistencia de los llamados "trastornos mentales".

EJE 3. La casi nula participación de los representantes colegiales en aquellas materias en las que es procedente y viene reglada su participación.

1. En torno al primer eje, efectivamente, el presente Proyecto asume una serie de principios generales en la asistencia sanitaria, que recogidas en los apartados 1.1 del artículo 1, 2.1 del art. 2 y 4.1 y 4.2 del art. 4, se corresponde con los mantenidos, en diversas instancias, por este Colegio Profesional. Es de destacar, también, que se estructuren escalones diversificados de servicios asistenciales, cuyo núcleo estaría en la Comunidad a la que atienden, así como la atención especial que en este Proyecto se da a los derechos de los usuarios y a la docencia en los diferentes niveles.

Por otra parte, los apartados 6.2 del art. 6 y el art. 13 admiten la posibilidad de que Psicólogos ejerzan la jefatura de los Centros de Salud Mental y del Área Sanitaria, respectivamente, lo que supone un avance notable frente a concepciones anteriores.

2. El segundo eje de observaciones tiene relación con:

- El carácter propio de los Centros de Salud Mental.
- El baremo y la composición de los tribunales.
- La insuficiente y simbólica participación ciudadana en los Servicios de Salud Mental.
- El cobro de tasas.
- La indeterminación en los ritmos y fases de transformación de la asistencia psiquiátrica y fundamentalmente en la desaparición del Hospital Psiquiátrico.
- La excesiva concentración de atribuciones en manos del poder político sin apenas margen de participación decisoria no ya de los ciudadanos y usuarios sino también de los propios trabajadores.
- Una considerable desintegración de la continuidad asistencial cuya salvaguarda estimamos no es suficiente con la creación de un Coordinador de Área ni con frecuentes reuniones entre los equipos de los diferentes escalones asistenciales.

Los Centros de Salud Mental se crean como unidades claramente diferenciadas de los Centros de Salud. Incluso, por la experiencia que estamos teniendo actualmente, esta diferenciación se plasma en una separación de la ubicación física en la mayoría de los casos. Consideramos que es incompatible un deseo integrador expresado en el artículo 1 del presente Proyecto con una práctica segregadora, diferenciando presuntos enfermos "mentales" de cualquier otro paciente aquejado de otra patología "orgánica". No es posible, a nuestro juicio, por otra parte, encontrar y fomentar puntos de enlace y contacto entre las distintas especialidades sanitarias y las especialidades en "salud mental" sin que se tenga en cuenta que no sólo los "enfermos mentales" deben ser atendidos en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales,

sino que cualquier tipo de enfermo y cualquier actividad preventiva y rehabilitadora debe de tener en cuenta estos tres aspectos. Si esto es así, parece anacrónico y segregador postular una "salud mental" y por lo tanto "Centros de Salud Mental" diferenciados y separados de otras especialidades sanitarias y con unos profesionales sólo preocupados (en el mejor de los casos) de instruir a los Centros de Salud a que detecten y traten lo mejor posible, diversas patologías de menor importancia pero muy frecuentes (depresiones leves, trastornos hipocondríacos, neurosis de ansiedad leves, problemas menores de conducta infantil, etc.), sin entrar en la colaboración para la resolución de problemas de mucha mayor importancia sanitaria y social, generando programas de higiene bucal, la prevención y tratamiento de la hipertensión esencial, de la obesidad, de determinados hábitos nocivos como fumar, beber alcohol, etc. La práctica segregadora como se ve no sólo afecta a los pacientes "mentales", sino que también desvincula a los llamados profesionales de la "salud mental" de los aspectos psicológicos y sociales de las enfermedades de más alta morbilidad actual como son los trastornos cardio-vasculares y el cáncer. En otro sentido, los profesionales de la "salud mental" parecen también olvidar los aspectos biológicos de los trastornos conductuales, sin tener en cuenta que su adscripción a lo "mental" no es más que un anacronismo carente de base científica.

La consecución de una sanidad eficaz depende fundamentalmente, sobre todo en el ámbito de lo psicológico, de la competencia de los profesionales que componen la plantilla de los distintos Servicios. El presente Proyecto prevee un procedimiento de selección frente al que este Colegio Profesional debe hacer algunas precisiones. En primer lugar sería conveniente que la confección del baremo, que ha de servir para juzgar a los candidatos a las distintas plazas, se realice de forma que sea precisamente la competencia profesional el motivo central que lo inspire. Aceptado esto, parece razonable que aquellas entidades públicas (Universidad y Colegios Oficiales)

que puedan entender de la competencia de cada profesional sean convocadas para la realización del baremo. Por otra parte y con el fin de dar la máxima transparencia a los procesos de selección, debería publicarse el baremo con suficiente antelación y no realizarse una vez que se ha producido la oferta pública de las plazas. En otro sentido, la composición del Tribunal adolece, a nuestro juicio, de un cierto dirigismo en el nombramiento de sus componentes que hace, de hecho, que esa Dirección General anule con esta norma la presunción de independencia de los miembros del mismo, conllevando la pérdida de la imagen de honestidad de la Administración Pública. Así, el profesor universitario, según esta norma, es elegido por esa Dirección General y no por la propia Universidad, como es habitual, tampoco se establecen restricciones de categoría dado que no se determina, como sería lógico, que el profesor sea titular o catedrático de la especialidad; además la presencia de los Colegios profesionales aparece como eventual, lo que puede entenderse como una posibilidad de ajustar la composición del tribunal a la conveniencia de cada momento. Por último, la selección del profesional dependiente del Principado no se produce mediante sorteo (como sucede en otras instancias estatales) sino también mediante nominación directa por la Consejería de Sanidad.

En otro orden de cosas, la participación ciudadana en los Servicios de Salud Mental que aparece tratada en el art. 20, es a todas luces insuficiente, pudiéndose entender incluso que tal artículo es meramente decorativo. Una Comisión cuya única función es estar informada y proponer reformas vuelve a reproducir el esquema seguido por las Comisiones de Gobierno de los Hospitales que se mostraron claramente ineficaces y superfluas. Máxime, si como es previsible, se mantiene la misma relación entre la Administración y los órganos de participación ciudadana. En ningún momento aquellas Comisiones recibieron información relevante, ni tuvieron periodicidad conocida alguna. Además la composición de la Comisión, prevista en este Proyecto,



está viciando, de origen, los cometidos de la misma, ya que se encuentra claramente hipertrofiada de representantes políticos y carente de representantes de los propios destinatarios de los servicios, de la Universidad, de los Colegios Profesionales, de las Asociaciones de Familiares de enfermos, etc. De todas formas es obvio que las funciones que se asignan a la presente Comisión de participación ciudadana pueden suplirse de una forma más pragmática por una relación más estrecha entre esa Dirección General para la Reforma de la Salud Mental y los medios de difusión públicos.

Sin embargo para que la participación ciudadana tuviera realmente sentido, a juicio de este Colegio Profesional, sería deseable que, al menos, la Comisión de participación pudiese tener las siguientes funciones, aparte de las ya mencionadas en el Proyecto de Decreto:

- Regular su propio funcionamiento interno.
- Elaborar y marcar los objetivos sanitarios prioritarios en cada una de las Áreas asistenciales.
- Elevar al Consejero de Sanidad las propuestas y medidas que se hagan necesarias para la consecución de tales objetivos.

Otro aspecto que preocupa a esta Corporación, es la previsión que se establece en el párrafo primero del art. 19, en el que se admite la posibilidad de imposición de tasas para la prestación de Servicios sanitarios. Este Colegio Profesional cree que el establecimiento de un sistema sanitario cuyas prestaciones sean totalmente gratuitas para todos los ciudadanos es un requisito indispensable para la mejora de la salud de toda la población. No es admisible prever, por otra parte, la imposición de tasas según las condiciones sociales y económicas del usuario, desconociendo el fenómeno previsible de que la capacidad de recaudación puede ser inversamente proporcional al nivel económico del paciente, siendo un sistema disuasorio de que las clases menos favorecidas utilicen los Servicios de Salud Mental. Es decir, tasas progresivas se vuelven regresivas en la praxis.

En el presente Proyecto no aparecen los ritmos, las fases y la secuencia temporal que va a seguir la Reforma de la Asistencia en Salud Mental, lo que aparte de la incertidumbre en que puede sumir a los trabajadores adscritos a los diferentes Servicios, puede interpretarse como una ausencia de planificación, sin una auténtica previsión de las dificultades que se han de producir en cada una de las fases de abandono del Hospital Psiquiátrico y asunción de sus funciones por otros dispositivos y servicios. Tampoco se realiza un análisis de las previsiones presupuestarias, ni se garantiza que existirá la suficiente cobertura económica para un proceso de transformación que, ha de reconocerse, puede conllevar múltiples trastornos a los pacientes y sus familias si los servicios sustitutorios, que se creen, no funcionan o lo hacen inadecuadamente por una falta de medios personales o materiales.

En otro orden de cosas, estimamos que el presente Proyecto de Decreto no deja margen alguno a la participación efectiva de los trabajadores sanitarios en la estructuración y gestión de los Servicios, propugnándose un entramado piramidal del poder que hace imposible cualquier intervención social que los encamine hacia una auténtica democratización y descentralización de los mismos. Es más, incluso aquellas Comisiones en las que es factible la participación de los trabajadores de la Salud, como son: la Comisión Técnica Asesora y la Comisión de Control de Calidad, quedan tanto en sus funciones como en su composición al dictado de las autoridades políticas de turno, vaciándolas de cualquier función de asesoramiento imparcial o de control que pudiesen desempeñar. En otro sentido, cuando se crean (mejor sería decir: regulan) Comisiones en las que efectivamente puede haber una participación activa de los trabajadores de los Centros, como las existentes dentro del organigrama del Hospital Psiquiátrico, éstas se vacían de contenido (con una única función de asesoramiento), no se establece cuál es la composición de cada una, ni la regularidad de la convocatoria, haciéndolas, a nuestro entender,

meramente decorativas. Es criterio de esta Corporación, en suma, que tanto los ciudadanos como los trabajadores de la Salud, en tanto que agentes activos del quehacer sanitario, deben tener un papel relevante en la planificación, ordenación y gestión sanitaria, no sólo a través de sus legítimos representantes políticos, sino de forma directa a través de sus también legítimos representantes sindicales, colegiales o de las instituciones de participación ciudadana (Universidad, Asociaciones de consumidores, etc.).

Por último nos tememos que la continuidad asistencial no esté suficientemente salvaguardada, pudiendo ocurrir (como de hecho ya ocurre) que el paciente sea introducido en un rosario de indicaciones terapéuticas diferentes, y generalmente contradictorias, dadas en los distintos escalones asistenciales por los que transita. Las causas (que no se analizan en este Proyecto) por las que se produce este fenómeno son de índole muy diversa pero, sin lugar a dudas, la deficiente canalización de la información de unos equipos a otros, la orientación teórica desigual y la compartimentación excesiva de las actividades de los profesionales, son factores de singular importancia. A nuestro juicio, no existen en este Proyecto de Decreto más que deseos de que la continuidad terapéutica no se rompa, pero no se ponen los medios que impidan que los factores antes mencionados deterioren el continuum asistencial deseado.

3. Una simple lectura del artículo de este Proyecto refleja, como ya se ha dicho anteriormente, una ausencia de voluntad real de potenciar la participación activa y efectiva de los ciudadanos y trabajadores sanitarios en los Servicios de Salud Mental que se crean. El papel que se asigna a los Colegios Profesionales no podría, en este caso, ser diferente al que se depara a otras organizaciones sociales.

Consideramos lamentable que no exista una previsión explícita de participación colegial en el ámbito de la formación de Psicólogos clínicos, así como en el asesoramiento técnico de esa Dirección General, aunque, dada la redacción del Proyecto, no desistimos

de que, al menos en su desarrollo, este Colegio Profesional pueda cumplir con dos de los más importantes cometidos asignados por la Ley a los Colegios Oficiales de las distintas profesiones.

La trayectoria de este Colegio Oficial de Psicólogos ha sido siempre, a nuestro juicio, de una clara orientación progresista y anticorporativista. Apoyamos, sin lugar a dudas, el proyecto básico que anima esta norma, que se somete a nuestra consideración, pero no podemos, sin menoscabo de nuestra propia estima y función como Colegio Profesional, silenciar todos aquellos aspectos que consideramos negativos para el desarrollo de una asistencia sanitaria más igualitaria, eficaz y humana que la actualmente existente.

LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ASTURIAS: UNA APROXIMACION POLITICO-ORGANIZATIVA Y EPIDEMIOLOGICA

JOSE GARCIA GONZALEZ

COMO ya es conocido, en Asturias se inició, hace tres años, una reforma de la asistencia psiquiátrica, dependiente de la Administración Autonómica, tendente a desarrollar un modelo integrado de Servicios de Salud Mental, implantados en la Comunidad, descentralizados y diversificados y, consiguientemente, a superar la situación preexistente centrada en el Hospital Psiquiátrico Regional (véase información más detallada de esa situación en: García, J.: 1983 - 1).

Un trabajo de este tipo, que es de naturaleza compleja, requiere ordenar secuencialmente las diversas etapas de la organización y jerarquizar los objetivos para ir avanzando hacia las metas señaladas. Es por tanto, un proceso largo con "actos y tempos" que conviene respetar y no acelerar gratuitamente.

En nuestro caso, podríamos distinguir, hasta ahora, un primer "momento" de conceptualización, en el que se definieron los problemas, se hizo diagnóstico de la situación y se fundamentó el por qué de la necesidad del cambio. Fue un período de intenso trabajo y actividad con el nivel político para explicar con la mayor claridad el diagnóstico de la situación y formular básicamente los fines y las metas de la transformación. Mediante esa actividad se fijó, de forma flexible y dinámica, el campo de acción o de maniobra de la reforma, con sus límites. Es un proceso de negociación insoslayable, si no se quiere quedar atrapado en una relación de doble vínculo con el poder político, que de no ser así, determinaría de manera absoluta las restricciones y la autonomía del nivel de decisión organizativo.

A partir de ahí se empezó a trabajar en las estrategias con todos los elementos técnico-instrumentales precisos, actividad que podríamos identificar con el cómo hacer, para pasar posteriormente a la ejecución, a la resolución de problemas y la toma de decisiones que condujeran hacia los objetivos formulados.

Todos estos momentos, que no se produjeron tan ordenados y separados como se dice en la exposición, tuvieron su expresión diferenciada en el plano organizativo y de creación de estructuras.

Me permito hacer una breve introducción sobre el entorno político administrativo de esta reforma, para enmarcar con referencias propias la organización de servicios que se ha ido creando.

Asturias es una región de 1.129.600 habitantes, que se constituyó como Comunidad Autónoma, uniprovincial, del Principado de Asturias, mediante la aprobación del estatuto correspondiente por la Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre. Al estatuto que fundamenta esta autonomía y regula sus competencias, se accedió a través de la llamada "vía" del artículo 143 de la Constitución.

Las primeras elecciones a la Junta General del Principado, de las que salió el actual Consejo de Gobierno, se celebraron en mayo de 1983. Así pues, el Órgano que dirige la política regional y, consiguientemente, la política sanitaria de la materia que le ha sido transferida —entre las que no se incluye las pertenecientes al INSALUD— es el Consejo de Gobierno, que incluye una Consejería de Sanidad. No existe el nivel de la Diputación, que continúa teniendo

en otras Comunidades pluriprovinciales competencias administrativas y ejecutivas en la asistencia psiquiátrica.

El primer paso dado por el Consejo de Gobierno, de cara a la reforma psiquiátrica, fue introducir modificaciones en la Dirección y Gerencia del Hospital Psiquiátrico, y crear la Dirección Regional de Estudios de Salud Mental, órgano técnico para el estudio y análisis de la situación psiquiátrica, con el encargo de perfilar los planes básicos de su transformación. Casi simultáneamente se emitió un Decreto —el 50/82— sobre la organización de los hospitales dependientes de la Administración Autonómica, que incluye modificaciones referentes al Hospital Psiquiátrico para favorecer su transformación.

La Dirección de Estudios no elaboró solamente el correspondiente informe acerca del diagnóstico de la situación (2), sino que desarrolló una intensa actividad e intercambio con el nivel político, lo que condujo a optar por un modelo determinado de servicios y a sentar las bases de la estructura o diseño organizativo que se consideraba necesario. Como aspectos más relevantes de este período se puede señalar el decantamiento por un modelo alternativo que hiciera innecesario las estructuras arcaicas y desfasadas, como el Hospital Psiquiátrico, declarando su superación como una de las metas de esa reforma. En el orden organizativo se desechó la idea de crear un Instituto de Salud Mental, que era la fórmula recomendada de manera general, en aquellos momentos, por el Partido Socialista (3).

Este trabajo del nivel técnico-administrativo con el nivel político es, en mi opinión, un elemento básico para fundamentar e impulsar cualquier proyecto de transformación. Es, por otra parte, una actividad novedosa para muchos profesionales que en la actualidad tienen responsabilidades de planificación y organización. Es un trabajo no exento de dificultades, en parte por la inexperiencia de unos —los profesionales—, pero también por la escasez de responsables políticos con interés y sensibilidad por estos temas. A mi jui-

cio, el hecho de que nuestro nivel político competente para la materia fuera el Consejo de Gobierno, ha facilitado este trabajo. Los proyectos de transformación adquieren mayor entidad al convertirse en parte de los programas del Gobierno de la Comunidad y, por otro lado, es más frecuente encontrar en ese nivel interlocutores con mayor oficio político-administrativo y una visión más global de estos problemas. A medida que se desciende en los niveles político-administrativos, los espacios de gestión son más frecuentemente instrumentalizados como espacios de poder para la promoción política, los interlocutores son más inestables y más sensibles a las presiones coyunturales de diversa naturaleza. Es curioso observar que en

un país como Italia, con una larga historia de política democrática y con una sociedad civil mucho más desarrollada que la nuestra, se señalen dificultades similares con la administración local (Domenico de Silva - 4).

La fase siguiente, que se corresponde con la elaboración de estrategias y la ejecución de programas, fue la creación de la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental. Significó contar con una estructura técnico-administrativa con funciones de planificación, de organización de Servicios y con línea de autoridad sobre todos los Servicios de Salud Mental dependientes de la Comunidad Autónoma. (Véase sus funciones en el Decre-

to 113/1985, "Boletín del Principado", de fecha 10-1-86.) Se trata de una estructura integrada dentro del propio Organigrama de la Consejería de Sanidad, en el cual se establecen las articulaciones y los dispositivos de enlace con otras Direcciones, que tiene una definición temporal hasta tanto se considere que el trabajo esencial de la reforma haya concluido, momento en el cual se redefinirá la organización central de Salud Mental.

La creación de esta estructura técnico-administrativa sirvió también para señalar con nitidez el nivel central responsable de la planificación y de la elaboración del diseño organizativo; de las directrices y objetivos generales. (Gráfico 1).

ORGANIGRAMA

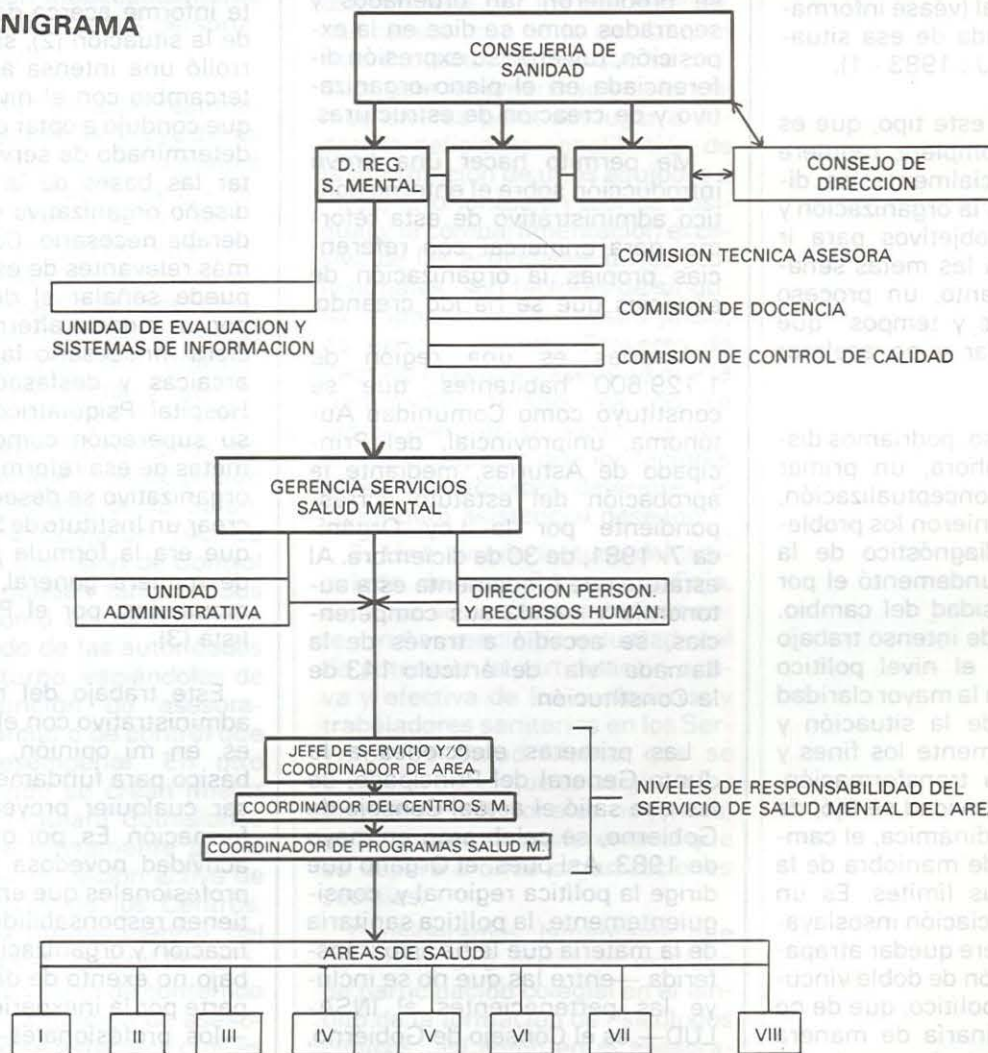


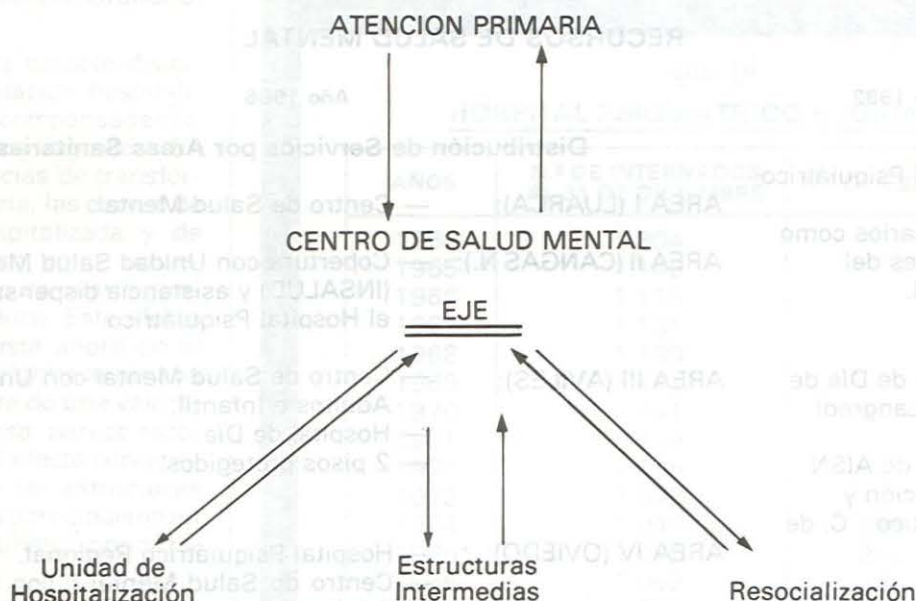
Gráfico 1

Los servicios periféricos se fueron creando y ordenando de forma descentralizada y de acuerdo a las áreas de salud, contempladas en el Mapa Sanitario. De esta manera, se pudo contar en cada territorio con Servicios de Salud Mental propios, que tenían un ámbito

de acción diferenciado; empezando por crear aquellos que, en función de las orientaciones epidemiológicas, aparecieron como más necesarios: es decir, los Equipos territoriales de los Centros de Salud Mental. (Ver más abajo el cuadro de la distribución actual de

Servicios de Salud Mental.) En el gráfico se representa el flujo y la dirección que puede seguir la demanda, apareciendo como eje de los servicios especializados el Centro de Salud Mental. (Gráfico 2).

Gráfico 2



La organización de los Servicios periféricos ha sido, en esta fase, muy poco formalizada y burocrática; es decir, que no se regularon excesivamente las funciones de los diversos profesionales, que tenían en ese nivel gran discrecionalidad para interpretar los objetivos generales y para la toma de decisiones. Este tipo de organización ha parecido adecuado para una actividad que comporta innovaciones, que tiene que favorecer la formación de los equipos en los que se integran nuevos profesionales, con funciones aún poco contrastadas, para hacer frente a una demanda proveniente de un entorno nuevo, del que se espera sufra un cambio en la modalidad

de utilización de servicios. Se aproximaría a esas estructuras que, en teoría de la organización, se señalan como más adecuadas para la toma de decisiones innovadoras, que aún no han protocolizado sus respuestas, que utilizan como formas de coordinación la llamada "adaptación mutua", y que requiere de profesionales bien preparados.

De cualquier manera, parece oportuno referir aquí que en materia de organización debería profundizarse mucho más, guiados por los aportes de la teoría de la organización, para diseñar en cada etapa, de acuerdo a los fines y objetivos que se marquen las transformaciones psiquiátricas, la

estructura organizativa que más facilite su consecución. También para avanzar, a su vez, en el estudio e investigación de los problemas que plantean el desarrollo de estos subsistemas de atención a la salud.

Pasada esta primera fase, se ha considerado necesario formalizar mediante la reglamentación correspondiente. (Véase en otro lugar de esta revista Decreto sobre funcionamiento y organización de los Servicios de Salud Mental) algunos elementos básicos de la organización, de sus flujos y procesos, de tal manera que faciliten la toma de decisiones y den mayor grado de estabilidad.

Como se dice más arriba, la creación de Servicios se fue haciendo de acuerdo a los objetivos para cada período y estableciendo un ritmo-aspecto que consideramos importante —congruente con el modelo que se aplica y con las necesidades de la demanda expresadas—. (Tabla I)

Frente a la dotación uniforme y poco cualificada de las plantillas

Tabla I
RECURSOS DE SALUD MENTAL

Año 1982	Año 1986
Distribución de Servicios por Areas Sanitarias	
— Hospital Psiquiátrico	— Centro de Salud Mental.
— Dispensarios como apéndices del Hospital.	— Cobertura con Unidad Salud Mental (INSALUD) y asistencia dispensarial desde el Hospital Psiquiátrico.
— Hospital de Día de Pando (Langreo)	— Centro de Salud Mental con Unidad de Adultos e Infantil.
— Centros de AISN (Orientación y diagnóstico - C. de Salud).	— Hospital de Día.
	— 2 pisos protegidos.
	— Hospital Psiquiátrico Regional.
	— Centro de Salud Mental I, con Unidad de Adultos e Infantil.
	— Hospital de Día.
	— Hogar protegido.
	— Centro de Salud Mental II.
	— Centro de Salud Mental con Unidad de Adultos e Infantil.
	— Hospital de Día.
	— 1 piso protegido.
	— Centro de Salud Mental II.
	— Centro de Salud Mental.
	— Centro de Salud Mental con Unidad de Adultos e Infantil.
	— Servicio hospitalización psiquiátrica en Hospital General "Alvarez Buylla".
	— Hospital de Día de Pando y actividades de Centro de Salud Mental.
	— Servicio hospitalario en Hospital de Riaño.
	HOSP. PSIQUIATRICO: Servicio común.

del Hospital Psiquiátrico, los nuevos Servicios incluyen una plantilla más diversificada, con la incorporación de nuevos profesionales, en los que va cambiando sustancialmente el nivel profesional y la cualificación. Se les presupone, en función de su titulación y formación complementaria, una mayor preparación e información. (Tabla II)

Lógicamente, el cambio en la organización, en la equidad y distribución de los Servicios, ha ido modificando el patrón asistencial y la modalidad de la demanda que acude a los Servicios públicos dependientes de la Administración del principado. (Tabla III, Gráfico 3, y Tabla IV)

Se observa una notable disminución de la población hospitalizada que no está compensada con el aumento de los ingresos. En muchas experiencias de transformación hospitalaria, las curvas de la población hospitalizada y de ingresos se cruzan, como consecuencia del efecto de puerta giratoria que se produce. Este efecto no se percibe hasta ahora en el desarrollo de la reforma asturiana y, aunque necesite de una valoración más cuidadosa, parece razonable atribuirlo al efecto contenedor realizado por las estructuras territoriales y a su participación en el trabajo de desinstitucionalización.

La actividad asistencial, como se observará en la Tabla IV, se ha desplazado hacia el territorio; es decir, se ha descentralizado y es notorio el incremento de sujetos que acuden por primera vez a los Servicios de Salud Mental.

Si contrastamos el desarrollo y grado de implantación de esta reforma con algunos indicadores de progreso, por ejemplo, los señalados por la OMS (*), podemos afirmar que la atención a la Salud Mental ha experimentado un notorio avance. Pero también es cierto que ahora, en consonancia con esa máxima de que "el conocimiento añade dolor", advertimos más ostensiblemente la complejidad de la organización desarrollada y un conjunto de problemas nuevos, de interrogantes abiertos cuyas respuestas o resoluciones son aún desconocidas o están en proceso de elaboración, de debate y de análisis.

Tabla II

	<u>Año 1982</u>	<u>Año 1986</u>
Proporción en la plantilla de los Servicios de Salud Mental de Titulados Superior y Medio	10 %	20 %
Psicólogos en los Servicios de Salud Mental de la Administración del Principado (incluye Servicios AISNA)	6 %	17 %
Psicólogos en período de formación reglada (contrato laboral en prácticas)	0 %	6 %

Tabla III

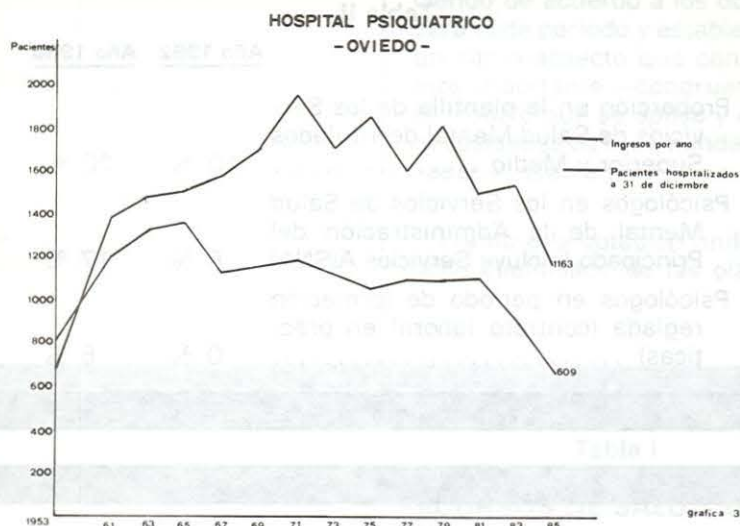
HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL

AÑOS	N.º DE INTERNADOS AL 31 DE DICIEMBRE	N.º DE ESTANCIAS
1964	1.304	
1965	1.146	
1966	1.115	
1967	1.131	
1968	1.130	
1969	1.141	
1970	1.141	
1971	1.169	
1972	1.096	
1973	1.073	
1974	1.049	386.767
1975*	1.078	380.905
1976	1.062	384.848
1977	1.088	379.150
1978	1.087	374.258
1979	1.076	379.809
1980	1.082	366.142
1981	1.016	340.021
1982	929	321.514
1983	753	298.728
1984	695	267.847
1985	609	236.145

* Entre las personas que aparecen hospitalizadas entre 1975-1982 se incluyen algunas cuya hospitalización era parcial.

- (*) — Reducción del número de más de 1.000 camas en el Hospital Psiquiátrico.
- Aumento del número de Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales.
- Reducción del tamaño medio de los Hospitales.
- Reducción del índice de camas psiquiátricas por mil habitantes.

- Aumento de los servicios de atención extrahospitalaria.
- Reducción del número de admisiones involuntarias.
- Descenso del número de estancias prolongadas.
- Modificación de los índices de personal sanitario.
- (Véase J. A. Espino)



Aquí me limitaré simplemente a proponer o señalar aquéllas que a mí me parecen más perceptibles o más frecuentemente habladas.

I. SEIS PROPOSICIONES A DEBATE:

1. Superar el eslogan de la atención comunitaria y profundi-

zar en su significado, abordar los problemas que esa modalidad de atención plantea. Es preciso aclarar el concepto de comunidad o territorio, para no quedarse reducido a la dimensión administrativa, destacando la gran riqueza informativa que ofrece ese espacio y el referente fundamental que introduce: las relaciones humanas. Pero esa misma razón es un trabajo que ha de saber ponerse frente a la complejidad.

La organización de servicios implantados en el territorio amplía la cobertura y ofrece una expansión de cuidados, pero tiene que enfrentarse, también, a demandas incongruentes; esto es mucho más notorio en una época de recesión económica y de debilidad del estado del bienestar social. De ahí la necesidad de ubicar con propiedad el equipo de Salud Mental en el entramado social, y el riesgo de que, ante la heterogeneidad de las demandas que, por adoptar modalidades muy diversas, desafían y verifican constantemente la disponibilidad y los instrumentos teóricos de los equipos, surja como barrera defensiva una "tecnoburocracia" que convierta los instrumentos técnicos en un fin de la propia organización.

2. El fenómeno de la integración de los recursos de Salud Mental y de éstos en la red sanitaria general, es un elemento de primer orden, que nos permite evaluar aspectos importantes de la calidad asistencial. Pero la integración plantea al mismo tiempo elementos contradictorios respecto a la especificidad del trabajo en Salud Mental y la articulación de este trabajo, tanto con el ámbito del Hospital General como con el de la atención primaria. Aspectos, am-

Tabla IV
ACTIVIDAD EXTRAHOSPITALARIA

	1983			1984			1985		
	Número primeras Consultas	Número de Repetidas	Total	Número primeras Consultas	Número de Repetidas	Total	Número primeras Consultas	Número de Repetidas	Total
Consultas ambulatorias realizadas en el Hosp. Psiquiátrico	245	4.974	5.219	364	5.001	5.365	330	3.159	3.489
Dispensarios atendidos desde el Hospital Psiquiátrico	57	4.990	5.047	3	366	369			
Centro Salud Mental de Oviedo (AISNA)	273	948	1.221						
Centro de Orientación y Diagnóstico (AISNA)	387	885	1.272						
Otros Centros de Salud Mental de las Areas y Hospital de Día de Pando	206	692	898	2.264	13.879	16.143	3.326	14.023	17.349
	1.168	12.489	13.657	2.631	19.246	21.877	3.656	17.182	20.838
Porcentaje del tipo de consultas	8,55%	91,45%	100%	12%	88%	100%	17,54%	82,46%	100%

bos, necesitados de una mayor elaboración y desarrollo.

3. La necesidad del "equipo interdisciplinario" puede quedar reducido a una obviedad si no se profundiza en todas las dificultades que comporta un trabajo integrado de ese conjunto de profesionales que abarca el equipo.

Estamos en una fase en la que los profesionales que se incorporan a los equipos de Salud Mental han tenido procesos de formación y de normalización de habilidades muy diversos. No ha sido idéntico ese proceso, por ejemplo, para el especialista en psiquiatría que ha cubierto su período de formación de MIR, que para el psicólogo o el trabajador social que puede incorporarse a ese trabajo sin otra formación que la recibida en el pregrado. Es preciso reflexionar acerca del marco de organización que facilite de la mejor manera el proceso de maduración del equipo y la integración de sus acciones, en orden a unos objetivos definidos, evitando la fragmentación y descomposición del sujeto de la demanda en una "serie de parcelas especializadas".

Es conveniente, también, estudiar la articulación de las diversas teorías en esa actividad del equipo, ya que la realidad actual está caracterizada por la ausencia de un paradigma hegemónico.

4. Un debate, sin duda, profundo y muy abierto, ha de ser el significado que comporta "un modelo alternativo". Pues, lo alternativo no se refiere solamente a la dotación de servicios que puedan sustituir las viejas estructuras y extender el cuidado para dar respuestas donde hoy hay carencia; sino que se refiere también, de una manera esencial, a la necesidad de una nueva actitud epistemológica, para disponer de nuevos métodos de aproximación en el campo de la Salud Mental, a la utilización de formas renovadas de decidir y de obrar; en suma, de una práctica innovadora y de una nueva relación usuarios/equipo de atención.

5. La superación del Hospital Psiquiátrico podría quedarse en mera declaración ideológica, si no se analiza todo el proceso que requiere, si no se transforma la respuesta custodial y asistencial a la que está ligado.

No es difícil repartir el manicomio por el territorio. Todos sabemos la facilidad con que se pueden crear nuevas situaciones institucionalizadas; por lo tanto, cada nueva situación propuesta debe ser estudiada en el sentido de ver si contribuye a incrementar la autonomía, la capacidad de decisión del externado, y a modificar la relación que se ha venido estableciendo con él. Sin embargo, a pesar de la complejidad de este trabajo, y de los factores espúrios que se pueden asociar a una actividad de desinstitucionalización, se puede afirmar, en mi opinión,

que no hay modelo alternativo si permanecen las viejas estructuras de forma complementaria. Esta opinión se reafirma con la lectura de algún trabajo de Giel y Ten Horn, y del informe de Salford (6).

6. Por las cuestiones hasta ahora planteadas, se infiere que un trabajo que suscita tantos interrogantes necesita de instrumentos de análisis adecuados; es decir, de una formación a los profesionales que les ponga en condiciones de ir innovando. Vivimos un momento de una mayor riqueza y pluralismo en las corrientes teóricas que han penetrado en nuestro país y, también, de una gran sensibilidad por la formación y profesionalización. Sin embargo, esas corrientes no llegan con la misma fluidez a los diversos espacios que influyen en esta materia. Se puede constatar, salvo contadísimas excepciones, que en el área de formación de pregrado no ha habido cambios. Sería deseable que esas corrientes se encarnaran adecuadamente en la realidad de la práctica de los servicios públicos, una encarnación que ha de implicar gran esfuerzo, porque se requiere de una actividad creadora propia y de procesos de adecuación y transformación para las que provengan de otro contexto, que bien se podría hablar de una recreación para el contexto público.

Bibliografía

- (1) García J.: Análisis de la asistencia psiquiátrica en Asturias: pasos hacia una alternativa. Revista A. E. N., 7, 76-98. 1983.
- (2) Memoria de los Servicios de Salud Mental, año 1983. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo, 1984.
- (3) Bases para una política sanitaria en salud mental. Cuadernos de acción social, número 10. PSOE. Secretaría Federal de Acción Social. Madrid, 1982.
- (4) De Salvia, D.: Orígenes, características y evolución de la reforma psiquiátrica italiana a partir de 1978. Revista A. E. N., 16, 69-86. 1986.
- (5) Espino, J. A.: Informe sobre el taller nacional de epidemiología psiquiátrica del programa de cooperación OMS. Revista A. E. N., 12, 107-112. 1985.
- (6) Giel R. and G. H. Ten Horn: Evaluation of mental health services: uses of a dutch psychiatric case register. Department of Social Psychiatry State, University of Groningen the Netherlands. May, 1984.
- (7) Fryers T/Woof K.: Il controllo dei servizi di salute mentale in una città inglese (Salford). En Tansella M.L. Approccio epidemiologico in psichiatria, 169-198, Boringhieri. Torino, 1985.



UNIDADES DE SALUD MENTAL: NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

INSALUD

HASTA el momento actual, la atención psiquiátrica extrahospitalaria proporcionada por el Insalud se limitaba a la consulta de Neuropsiquiatría. Este tipo de asistencia puede calificarse, en general, como poco eficaz, pero sobre todo muy distante de esquemas de funcionamientos comunitarios y muy poco coordinada con los dispositivos primarios del área de salud. Esta situación ha conducido a modificación de la filosofía asistencial del Insalud que podría resumirse en:

a) una concepción más ecológica de la Salud Mental.

b) la necesidad de desarrollar unos patrones de actuación enmarcados en el ámbito de la Psiquiatría comunitaria.

Teniendo en cuenta estos criterios, el Insalud va a poner en marcha unas Unidades de Salud Mental, que estarán integradas por tres profesionales:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo
- 1 A.T.S.

Estas unidades reúnen las siguientes características:

- a) son multidisciplinarias.
- b) son unidades especializadas en área de Salud Mental.
- c) su ámbito de actuación se localiza en la Comunidad en estrecha coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

Estas Unidades constituyen un primer esbozo de los Equipos de Salud Mental Comunitaria, que asumirán la asistencia psiquiátrica de cada Área de Salud. Por ello, teniendo en cuenta el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del Ministerio de Sanidad y Consumo, es preciso lograr una *integración funcional* con el resto de los dispositivos asistenciales psiquiátricos dependientes de otras administraciones, con el fin de alcanzar una utilización óptima de los recursos públicos dedicados a Salud Mental. Esta coordinación deberá im-

pulsarse desde los "Comités de enlace y coordinación" tal y como se contempla en las recomendaciones del mencionado informe.

I. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

1º Asistencial

a) En los consultorios.

Podrá ser efectuada por cualquiera de los profesionales integrantes de la Unidad. En su mayor parte se tratarán de *consultas programadas*. Cabe admitir la *consulta espontánea* en función de la urgencia y la gravedad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos).

La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, ahora posibles gracias a la adopción de una jornada de 40 horas semanales, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.

b) Domiciliarias.

Será desarrollada fundamentalmente por el A.T.S., si bien, en caso necesario, el psicólogo o el psiquiatra deberán desplazarse al domicilio del enfermo.

c) Desplazamiento de la Unidad de alguno de sus componentes a otras localidades del área de salud, para realizar la atención "in situ".

d) De urgencias, en colaboración con el resto de los dispositivos psiquiátricos de la zona.

e) Colaboración con centros hospitalarios de la red del Insalud. Esta colaboración engloba:

— Realización de interconsultas hospitalarias, en aquellos centros que carezcan de unidades de psiquiatría.

— Colaboración en guardias psiquiátricas.

Asimismo, resulta imprescindible lograr una íntima coordinación entre las Unidades Intrahospitalarias y las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

f) Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria, que deben tener una doble finalidad:

— clínica

— formativa

g) Aplicación de técnicas que faciliten la rehabilitación y la reinserción social de estos pacientes. Este tipo de actividad debería realizarse a través de programas conjuntos desarrollados por las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales comunitarios.

Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos:

A. Elevación del nivel de Salud Mental del área.

B. Mejora global de la atención al enfermo mental.

C. Disminución del número de primeros ingresos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica.

D. Drástica reducción del número de reingresos.

E. Disminución de la duración de las hospitalizaciones, gracias a la mejora de las prestaciones extrahospitalarias, que deberán permitir altas más precoces, y una reducción en el número de ingresos.

F. Reducción de la marginación y del aislamiento generado por la enfermedad mental (en colaboración con los Servicios Sociales).

G. Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.

2º. Apoyo a los Equipos de Atención Primaria

Con el fin de realizar más fácilmente esta función y para una mejor integración en la comunidad, las Unidades de Salud Mental se ubicarán siempre que sea posible en Centros de Salud.

La función de apoyo se ejercerá:

A) A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los

Equipos de Atención Primaria, con los siguientes objetivos:

- Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y una mejoría notable en los restantes.
- Modificación de actitudes que favorecen la marginación del enfermo psíquico.
- Concienciación de que los enfermos mentales deben vivir en la comunidad donde deben ser atendidos.
- Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

B) Información sobre actuaciones específicas que posibiliten el tratamiento de enfermos psíquicos por los Equipos de Atención Primaria.

C) Programación de sesiones clínicas y evaluación conjunta de casos, en los que intervengan los Equipos de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental.

3º. Funciones preventivas y de promoción de la Salud Mental

a) Educación para la Salud Mental.

Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- Actuaciones directas, ejercidas sobre:
 - Colectivos, por medio de charlas, coloquios, etc.
 - Sobre las personas que acuden a las Unidades de Salud Mental.
- Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en los Servicios de Salud (Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales, etc.).

b) Colaboración en programas preventivos específicos.

4º. Investigación

La investigación de las Unidades de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.
- Determinación de las necesidades asistenciales psiquiátricas y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.
- Determinación de factores ambientales que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales.

II. METODOLOGIA DE TRABAJO

Las Unidades de Salud Mental compartirían con los Equipos de Atención Primaria una misma metodología de trabajo, que puede resumirse en:

a) *Diagnóstico de la situación de salud del área*

- Descripción del nivel de salud.
- Identificación de los problemas de salud.
- Determinación de los factores condicionantes (medio físico, estructura socio-económico, demografía, recursos sanitarios).
- Evaluación de las consecuencias de los diferentes problemas detectados.

b) *Formulación de un plan, que incluye:*

- Establecimiento de prioridades en función de la magnitud de los diferentes problemas, de su trascendencia socio-cultural, de la relación costo-eficacia, etcétera.
- Establecimiento de objetivos en función de las prioridades.
- Determinación de actividades y elaboración de programas.
- Evaluación de los resultados obtenidos.
- Análisis de los obstáculos.
- Requisitos necesarios para la puesta en marcha del Plan.

c) *Abordaje integral del problema salud-enfermedad.*

d) *Situación enmarcada en el seno de la Comunidad.*

Esto implica la participación del ciudadano en las tareas de planifi-



cación, organización, funcionamiento y control de la Unidad.

III. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

A. Funciones del Psiquiatra.

- 1º. Coordinación y dirección de las Unidades de Salud Mental, coordinación con el Equipo de Atención Primaria y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud.
- 2º. Atención especializada al sector de la población que le corresponda, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.
- 3º. Indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros.
- 4º. Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.
- 5º. Coordinación y participación de las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental.
- 6º. Coordinación de los estudios epidemiológicos realizados por las Unidades de Salud Mental.
- 7º. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones de la Unidad.
- 8º. Funciones administrativas, realización de informes, estadística y memoria.

B. Funciones del Psicólogo.

- 1º. Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológicos, psicodiagnóstico.
- 2º. Desplazamiento a otras localidades del Área de Salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.
- 3º. Colaboración en las interconsultas con los Equipos de Atención Primaria.
- 4º. Intervención en las tareas de prevención y promoción de la Salud Mental.

5º. Realización de los estudios epidemiológicos y otras labores de investigación desarrolladas por las Unidades de Salud Mental.

6º. Participación en las reuniones de las Unidades de Salud Mental y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

7º. Colaboración en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc.

C. Funciones del A.T.S.

1º. Establecer el primer contacto con el usuario, a través de la elaboración de la historia psicosocial (según modelo), valorando la urgencia de la demanda y estableciendo la cita.

2º. Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos por la Unidad, mediante visita domiciliaria o desde la propia Unidad.

3º. Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.

4º. Administrar tratamientos en la Unidad de Salud Mental.

5º. Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en la Unidad.

6º. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación, a los Equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y promoción.

7º. Impartir formación de Enfermería en pregrado y postgrado, dentro de la Unidad de Salud Mental.

8º. Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y científicas que se desarrollen en la Unidad.

9º. Realizar actividades de educación en Salud Mental, y participar en programas preventivos.

IV. DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES

A título orientativo, se propone la siguiente distribución de actividades:

1º. *Actividad Asistencial:* la actividad asistencial ocupará el mayor porcentaje de tiempo del horario laboral, siguiendo la distribución siguiente:

Psiquiatra	45%
Psicólogo	45%
A.T.S.	40%

Esto implica entre 75-80 horas mensuales asistenciales para el Psicólogo y el Psiquiatra y de 70 horas para el A.T.S.

2º. *Funciones de apoyo a los Equipos de Atención Primaria y de promoción de la Salud Mental.*

Psiquiatra	20%
Psicólogo	15%
A.T.S.	15%

3º. *Investigación y Estudios Epidemiológicos.*

Psiquiatra	
(Coordinación)	10%
Psicólogo	20%
A.T.S.	20%

4º. *Reuniones de la Unidad de Salud Mental y reuniones de coordinación con los Equipos de Atención Primaria con otras Unidades psiquiátricas.*

Psiquiatra	15%
Psicólogo	10%
A.T.S.	10%

5º. *Funciones administrativas, elaboración de informes, estadísticas, memorias.*

Psiquiatra	10%
Psicólogo	10%
A.T.S.	15%

V. OTRAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

Administrativos

Para la realización de las tareas administrativas las Unidades de Salud Mental contarán con la colaboración a tiempo parcial de los Administrativos de los Centros de Salud o de los Ambulatorios donde estén enclavados, según dispongan los Directores o Coordinadores de los mismos.

Psicólogos de Centros de Orientación Familiar

Los Psicólogos de los Centros de Orientación Familiar se integrarán funcionalmente en las Unidades de Salud Mental, según lo que dispongan las Direcciones Provinciales respectivas.

VI. HISTORIA CLINICA Y FICHAS

a) Historia Clínica

A todos los enfermos que acuden a las Unidades de Salud Mental se les abrirá una historia clínica. Esta podrá atenerse al modelo adjunto (Anexo I), si bien podrá utilizarse algún otro modelo que ya esté siendo empleado por otros servicios psiquiátricos de la provincia o de la Comunidad Autónoma con la que exista algún tipo de coordinación.

b) Fichas

En los anexos 2 y 3 se incluyen dos tipos de fichas que deberán ser rellenadas necesariamente según se indica a continuación:

Ficha de identificación (Anexo 2)

Se rellenará cada vez que un paciente acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental.

Ficha de asistencia (Anexo 3)

En ella se recoge el diagnóstico y cada una de las actuaciones efectuadas por los profesionales que componen la Unidad, así como el tipo de atención prestada que se clasificará de la siguiente forma:

- Evaluación y orientación del caso (primera entrevista).
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia familiar/pareja.
- Control farmacológico.
- Asistencia domiciliaria.

Esta ficha deberá ser renovada forzosamente *cada mes* natural. (Por ejemplo un paciente que acudiese los días 30 de enero y 1 de febrero, debería tener abiertas dos "fichas de asistencia", correspondientes a los meses de enero y febrero).

Las Direcciones Provinciales se encargarán de la reproducción y distribución del número de ejemplares suficientes de Historias Clínicas y Ficha de Identificación y de Asistencia para el normal desarrollo de las actividades de las Unidades de Salud Mental.

VII. HOJA DE EVALUACION

Tiene dos objetivos básicos:

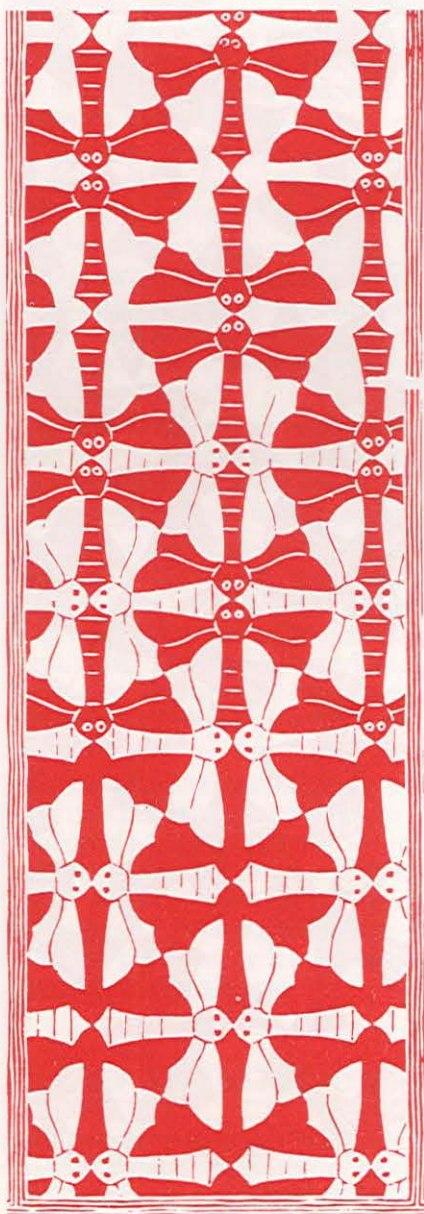
- Conocer el grado y las caracte-

rísticas de la demanda asistencial.

- Evaluar la actividad desarrollada por cada una de las Unidades de Salud Mental.

Para poder rellenar la *hoja de evaluación*, es imprescindible cumplimentar las fichas anteriormente mencionadas. Los datos recogidos en la "hoja de evaluación" deberán remitirse mensualmente, tanto a la Dirección Provincial correspondiente, como a la Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral, *nunca*, más tarde del *día 10*.

La distribución de casos según los diagnósticos psiquiátricos se realizará según los criterios D.S.M.-III, para lo cual las Direcciones Provinciales facilitarán con la mayor celeridad posible, a cada Unidad de Salud Mental un ejemplar del libro: Manual de diagnóstico estadístico, (D.S.M.-III); Editorial Toray - Madrid 1983. Asimismo, en la distribución por diagnósticos se diferenciarán los casos nuevos diagnosticados por primera vez, que figuran en la primera columna de las páginas 6 y 7 de la hoja de evaluación, de los casos ya diagnosticados, segunda columna de las páginas citadas.



ACTUACIONES DEL INSALUD EN MATERIA DE SALUD MENTAL

FERNANDO LAMATA (*)

EL Insalud de Madrid, como organismo dependiente de la Administración Central orienta sus actuaciones de acuerdo con las directrices trazadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El objetivo del Insalud es contribuir al desarrollo saludable de los individuos y de la colectividad prestando servicios sanitarios de diverso tipo a través de múltiples centros y programas.

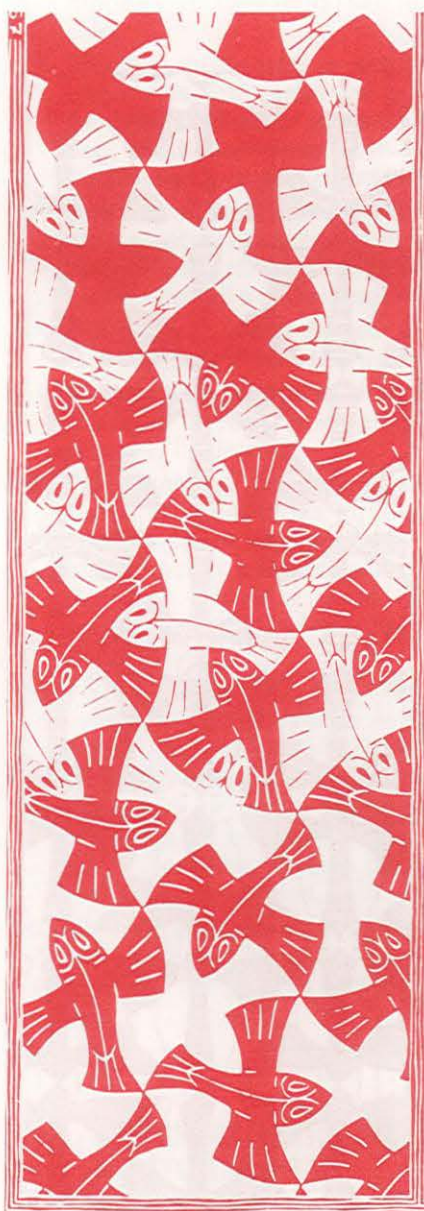
Las actuaciones en materia de Salud Mental se plantean dentro de contexto de la atención sanitaria general y teniendo en cuenta los criterios señalados en el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*.

I. SITUACION ACTUAL

Vamos a aceptar a lo largo del texto la denominación de "problemas de salud mental" para aquellos problemas o dificultades en los que el componente principal parece ser el psicológico. Evidentemente no podemos hablar en sentido estricto de Salud Mental y Salud no Mental o Salud Orgánica o Somática. Pero conociendo la limitación de la expresión nos vamos a referir a las situaciones en las que la intervención de un experto o técnico (psicólogo, psiquiatra, sanitario) parece indicada para mejorar la situación del individuo o el grupo, para aliviar su sufrimiento o procurar unas pautas de vida más satisfactorias.

Las Administraciones Públicas han organizado y facilitado diversos tipos de ayudas psicológicas y psiquiátricas a través de Instituciones de tipo sanitario o educativo.

Principalmente fueron las Diputaciones y Ayuntamientos aunque también hubo otras Redes asistenciales importantes como la A.I.S.N.



(*) Director Provincial del Insalud.

Por su parte la Seguridad Social, el Insalud, incorporó de forma limitada la atención psiquiátrica en consulta, a través de los Neuropsiquiatras de Zona.

El enfoque de la prestación era asistencial, como el conjunto del sistema de la Seguridad Social. Y la organización era (y es) por el método de asignar *Cupos* a cada facultativo, que trabaja en horarios muy reducidos (2 horas y media/día) y de forma aislada sin coordinación con los otros especialistas.

A pesar de las condiciones tan deficientes de actuación no podemos despreciar la importante labor desempeñada por estos profesionales. En Insalud de Madrid prestan servicio 65 Neuropsiquiatras en 25 centros sanitarios recibiendo una demanda de 24 pacientes por día de consulta (promedio mensual). De estas consultas, 8 primeros casos y 16 revisiones. Esta demanda supone un índice de frecuentación de 16,7 consultas cada 1.000 cartillas al mes, de las cuales 5-6 cada 1.000 son nuevos casos.

Considerando el año completo vemos que hay una frecuentación de 5 casos nuevos por cada 100 "cartillas" o "familias".

En estas consultas, por su propia organización, la respuesta terapéutica más utilizada es la medicamentosa. La coordinación con otros recursos del sistema sanitario del Insalud o de otras Administraciones han partido de la iniciativa y buena disposición del propio facultativo.

Además de la atención en consulta externa ambulatoria, el Insalud dispone de servicios o unidades de psiquiatría en centros propios, administrados o concertados. En total se presta atención a problemas de salud mental a cargo del Insalud de Madrid en 8 hospitales. De ellos sólo 3 disponen, de unidad específica para hospitalización de enfermos.

También en los hospitales y consultorios existen unidades de Asistencia Social a través de los que se conectan nuestras Instituciones con otros recursos sanitarios o sociales para procurar solución a los problemas citados.

II. EQUIPOS DE SALUD MENTAL

El año pasado, por iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Insalud puso en marcha la creación de Equipos de Salud Mental, en la Atención Primaria. Estos equipos, compuestos de psiquiatra, psicólogo y ATS fueron constituyendo a finales del 85 y principios de 1986.

En Madrid funcionan ya 8 Equipos. Los profesionales que los componen trabajan en jornada completa (40 horas semanales), y prestan cuidados de tipo asistencial, de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, y a los médicos generales y pediatras del Insalud, y desarrollarán también programas de tipo preventivo, investigación, etc.

Desde luego, es pronto para evaluar el rendimiento y resultados de los Equipos de Salud Mental, pero pensamos que podrán multiplicar cualitativa y cuantitativamente las actuaciones del Insalud en esta materia de forma notable.

III. LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Aunque no se trata de recursos específicos, sin embargo es preciso referirse a la labor que van a realizar y están realizando los Equipos de Atención Primaria que ya tienen un año de funcionamiento en Madrid.

Los 11 Equipos de Atención Primaria, desarrollan su labor en mejores condiciones (nunca las ideales) de dotación, de tiempo y espacio y ello les permite abordar los cuidados del individuo y de la población de una forma más completa y adecuada. Y desde luego pueden abordar y desarrollar programas de Salud Mental, con el apoyo y la tutela de los servicios especializados (ver "guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental" del Ministerio de Sanidad y Consumo).

IV. PREVISIONES A CORTO - MEDIO PLAZO

La Ley General de Sanidad publicada en el BOE el pasado 25 de

abril nos coloca ante un nuevo *Marco* donde deberemos situar todas las actuaciones sanitarias en un futuro.

De cualquier manera, los mismos principios que han inspirado la Ley son los que han animado las diversas acciones desarrolladas hasta la fecha y por lo tanto pienso que no se variará significativamente el rumbo.

V. COORDINACION DE REDES

Hay un aspecto que es fundamental = coordinar todos los dispositivos sanitarios para procurar un servicio más eficaz al ciudadano.

Hemos comentado antes que tanto los Ayuntamientos como la antigua Diputación y ahora la Comunidad de Madrid, tienen numerosos recursos destinados a cuidados de Salud Mental.

Los CPS, CMS, dispensarios, etcétera, constituyen pieza importante de la red sanitaria pública.

También en lo que se refiere a hospitalización de media y larga estancia es la Comunidad Autónoma la que viene asumiendo la responsabilidad y el sostenimiento de los servicios.

No cabe duda que se hace necesario coordinar todos estos recursos y los del Insalud por medio de *Planes y Programas* de actuación.

Ya hemos realizado varias experiencias en esta línea, pero conviene que en los próximos meses se formalice un *Plan de Salud* de la Comunidad de Madrid (mandato de la Ley General de Sanidad), donde deberá engranar el Plan de Salud Mental.

Es obligado también que a lo largo de 1986 se consiga la consolidación de los Equipos de Salud Mental, y que se produzca una buena conexión con los Equipos de Atención Primaria, médicos generales y pediatras, y los especialistas de Neuropsiquiatría.

VI. JERARQUIZACION

Aquí queremos apuntar otra línea de trabajo de Insalud para 1986 consistente en transformar de forma paulatina las plazas de

especialista de "*Cupo*" en plazas "*Jerarquizadas*", de especialista de Área, con jornada completa y coordinado con el Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria.

VII. HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA

Dentro del proceso de reorganización hospitalaria de Madrid, queremos dotar de una Unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia a cada Área Sanitaria en el plazo de 5 años.

De las 11 Áreas Sanitarias de Madrid sólo tienen Unidad 3 hospitales de Área. Para 1986 está previsto crear 3 ó 4 Unidades (La Paz, Princesa, Leganés y Móstoles).

VIII. AREA SANITARIA

En todo el posible desarrollo asistencial a corto plazo van a jugar un papel singular las *Áreas Sanitarias* como estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud.

El Insalud deberá acomodar sus actuales estructuras de gestión y organización de los servicios (Sectoriales) a los esquemas recogidos en la Ley General de Sanidad.

Este va a ser sin duda uno de los principales objetivos para los próximos meses y del acierto que tengamos en su consecución dependerá en buena parte el éxito del resto de actuaciones que hemos comentado en el campo de Salud Mental (no sólo en ella).

Parece posible por lo tanto que en un plazo relativamente corto (3-5 años) la Comunidad de Madrid, disponga de un conjunto de Servicios Sanitarios de Atención Primaria y especializada capaces de asegurar una atención adecuada a los problemas de Salud Mental, tanto en los aspectos preventivos, como asistenciales con cuidados ambulatorios y hospitalarios y apoyados en la red de Servicios Sociales y Comunitarios.



BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA novedades

Colección BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

27 EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Por MARIA JESUS BENEDET

176 Páginas
1.000 Ptas.

La autora ha dividido el libro en dos partes.

En la primera proporciona una visión amplia y diversificada de los planteamientos anteriores en neuropsicología y en evaluación neuropsicológica. Consta de 4 capítulos:

- I. *Concepto de Evaluación Neuropsicológica.*
- II. *Relaciones conducta-cerebro.*
- III y IV. *Metodología de la Evaluación Neuropsicológica.*

En la segunda parte, se centra en la evaluación neuropsicológica dentro de la práctica clínica no especializada. Consta de 6 capítulos:

- V. *Evaluación del deterioro mental.*
- VI. *Evaluación de las funciones ejecutivas.*
- VII. *Evaluación de las deficiencias y retrasos mentales.*
- VIII. *Evaluación de las perturbaciones del aprendizaje escolar.*
- IX. *Evaluación de las desadaptaciones del comportamiento originadas por un daño cerebral.*
- X. *Recuperación de las funciones deterioradas por una lesión cerebral.*

• • •

26 PSICOLOGIA SOCIAL APLICADA

Por J.F. MORALES - A. BLANCO - C. HUICI - J.M. FERNANDEZ

436 Páginas
2.100 Ptas.

En épocas recientes hemos asistido a un **espectacular despegue** en el ámbito de la Psicología Social Aplicada.

Explica al psicólogo, entre otros temas, con qué **recursos** cuenta para enfrentarse a problemas como:

- *El impacto de la enfermedad en la familia.*
- *Las repercusiones de la relación médico-paciente durante el tratamiento.*
- *Los efectos del creciente deterioro del medio ambiente.*
- *El aumento de los embarazos de adolescentes y otros problemas de la conducta social humana.*
- *Los efectos del sistema legal y la delincuencia.*
- *Problemas de trabajo y empresa.*

• • •

25 RELACIONES DE PAREJA Principales modelos teóricos

Por MARINA BUENO BELLOCH

132 Páginas
1.060 Ptas.

La **relación de pareja** es un factor de gran importancia para la estabilidad emocional, tanto de los propios miembros de la pareja como de los hijos, o del entorno social del que son y forman parte.

• • •

24 EL CAMBIO A TRAVES DE LA INTERACCION Procesos psicosociales en consejo y psicoterapia

Por STANLEY R. STRONG y CHARLES D. CLAIBORN

280 Páginas
2.550 Ptas.

Los **psicólogos**, los **clínicos** y los **estudiantes** de los últimos cursos de psicología clínica y consejo, se verán estimulados y desafiados por las ideas que aquí se presentan, y encontrarán útil el material para desarrollar investigaciones y teorías sobre los procesos terapéuticos.

EDITORIAL DESCLEE DE BROUWER, S. A.

Henao, 6 — Teléfonos 424 68 43 - 423 30 45 — 48009 BILBAO

Psicólogos PAPILLIS del COLEGIO

Colegio
Oficial de
Psicólogos

INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

ABRIL-1985

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, teniendo su sesión constituyente, presidida por el Ilmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo, el 14 de diciembre de 1984.

Dicha Comisión ha celebrado reuniones quincenales, terminando sus trabajos el 27 de marzo de 1985.

Han formado parte de la comisión como Vocales designados por su Presidente:

D. Valentin Corcés Pando, Director del H. Psiquiátrico de Madrid.

D. José García González, Director Regional de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

D. José Guimón Ugartechea, Jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lejona (Vizcaya).

D. Federico Menéndez Osorio, Director del Centro de Prevención de la Subnormalidad y Salud Mental de Avilés.

D.ª Merce Pérez Salanova, Psicóloga, Vicedecana del Colegio Oficial de Psicólogos. Barcelona.

D. José Rallo Romero, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

D. Francisco Torres González, Médico Psiquiatra, Viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Sevilla.

Por parte de este Departamento, han formado parte de la Comisión, como Vocales natos, el Ilmo. Sr. Director General de Planificación Sanitaria, el Ilmo. Sr. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, el Ilmo. Sr. Director General del Insalud, el Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública y el Ilmo. Sr. Subdirector General de la A.I.S.N.

Como Secretario de la Comisión actuó el Dr. D. José Antonio Espino Granado, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

ABRIL-1985

PRESENTACION

Ernest Lluch

La aspiración de cambios en la psiquiatría ha sido bien reconocida en casi todos los ámbitos de la sociedad. Bajo —casi nos atreveríamos a decir— el "slogan" de la asistencia psiquiátrica en las prestaciones de la Seguridad Social se ha escondido, y hoy todavía lo hace, un problema de mucha mayor envergadura y de complejidad más sustancial que implicaba a su vez alteraciones y modificaciones profundas de estamentos a veces alejados a la mirada del profano, de la práctica psiquiátrica propiamente dicha.

Con el nuevo Gobierno de diciembre de 1982 y, concretamente, cuando el Ministerio de Sanidad se planteó la forma de llevar a cabo la remodelación de la práctica sanitaria, no se nos escapó en ningún momento que la transformación psiquiátrica jugaba un papel importante a la hora de decidir propuestas alternativas e impulsar prácticas diferentes. Consecuentemente con estas ideas fue creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el verano de 1983 para que ofreciera de forma coherente y ordenada los lineamientos generales de un cambio de rumbo en la salud mental.

El Informe que presentamos explicita los parámetros que han de servir en el futuro de horizontes hacia una reforma profunda de la atención psiquiátrica. Y aun cuando el documento elaborado por los miembros de la Comisión deja claro el modelo de las recomendaciones para su implantación, creo conveniente elaborar una serie de reflexiones que permitan asumir desde la óptica del Departamento los aspectos más básicos de este documento alternativo.

1. Desde mediados del siglo XIX al consolidarse el método científico natural como fundamento de las ciencias médicas, la psiquiatría ha tratado con afán y resultados diversos, de aproximar tanto su modelo teórico como sus estructuras asistenciales a ese eje modélico sobre el que se conformaban y desplegaban la medicina general y las especialidades médicas surgidas a lo largo de estos últimos cien años. Esta tarea grandiosa por otra parte, ha sido patrimonio de la medicina occidental y ha traído como epifenómeno de la misma las formulaciones diagnósticas y las organizaciones asistenciales que alcanzan su esplendor con la transformación de los obsoletos manicomios decimonónicos en los hospitales psiquiátricos de la década de los años treinta. Sin embargo esta transformación, a todas luces indudable, no significó la posibilidad de incardinación entre la psiquiatría y

otras disciplinas médicas; muy al contrario vino a consolidar tanto en la teoría como en la práctica el confinamiento de las ciencias de la conducta. Por todo ello, no debe de causarnos extrañeza el contemplar, en una mirada retrospectiva, que a partir del fin de la segunda guerra mundial comienza un lento pero inexorable proceso de aminoración teórica y práctica de las estructuras hospitalarias psiquiátricas. La reciente Conferencia de Ministros de Sanidad organizada por el Consejo de Europa a la que recientemente asistí, ha confirmado en su resolución final este proceso al que me he referido.

2. Pero si en la psiquiatría se han evidenciado cambios y mutaciones radicales, otro tanto ha ocurrido en el eje de las ciencias médicas. La historiografía española representada en personas como D. Pedro Lain Entralgo y D. José María López Piñero han escrito reiterada y brillantemente sobre los cambios de las mentalidades científicas que dieron fundamento a todo el desarrollo de la medicina de fines del siglo XIX y de las primeras décadas de este siglo; es por ello que sin lugar a dudas nos encontramos aquí enfrentados a un proceso que tiene similitudes y urgencias idénticas a la transformación psiquiátrica.

Estos dos grandes condicionamientos y tareas son los que van a dar sentido a las transformaciones que desde el Ministerio de Sanidad propugnamos. Por un lado la aprobación por el Consejo de Ministros del Proyecto de Ley General de Sanidad viene a introducir en el ordenamiento sanitario español una reforma profunda sobre la base de la aplicación de un nuevo concepto de salud integral que se constituye en el auténtico eje de acción de todo sistema sanitario. Esta modernización de raíz de los planteamientos sanitarios permite, de acuerdo con nuestras características, pero siguiendo los planteamientos de otros países europeos, una práctica sanitaria que nos coloque en el umbral para hacer frente a las tareas que nuestra sociedad demanda en materia de sanidad. Por otra parte y en este contexto, el presente documento desarrolla las ideas de transformación psiquiátrica y de asistencia en salud mental de la tal forma que se salde definitivamente el hiato que mantenía separada a la psiquiatría del resto de la sanidad.

Desde estas reflexiones generales quisiera matizar algunos elementos más concretos que explicita o implícitamente están, a mi juicio, presentes y que constituyen las ideas motrices de la transformación en materia de salud mental:

a) Debe reconvertirse el área estrictamente psiquiátrica en la medida que con-

sume, sobre todo en la parte de los llamados crónicos o asilares, una ingente cantidad de recursos sin que esto se acompañe del correspondiente rendimiento terapéutico. Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad.

b) Las estructuras actuales han dejado al descubierto importantes vacíos asistenciales como el caso de la salud mental infantil. Es necesario cubrir con urgencia estas áreas olvidadas de la asistencia de la salud mental.

c) La asistencia psiquiátrica y la atención a la salud mental debe trascender el mero objetivo de la reparación para convertirse en un amplio proceso que contemple junto con lo anterior, la prevención y las tareas de reinserción social.

d) La práctica de salud mental debe estar incluida en la práctica de la atención sanitaria general. Más aún, la conceptualización de la salud integral debe implicar las necesarias nociones teóricas en materia psicológica y consiguientemente el ordenamiento de los servicios sanitarios debe responder a esta filosofía.

e) Las transformaciones propuestas no podrán llevarse a cabo si simultáneamente no se produce una reconversión profunda de la transmisión del saber psiquiátrico a todos los niveles de la práctica sanitaria.

f) Finalmente advertir que una transformación de esta índole, más allá de la fórmula simple de "Integración de la psiquiatría en la Seguridad Social" debe concebirse como un proceso de horizontes a mediano plazo y cuyo éxito estará garantizado si desde todas las instancias hoy responsables de la gestión sanitaria, dentro de su libre iniciativa, se siguen las recomendaciones contenidas en el presente documento. En este sentido y con la voluntad de dar los primeros pasos del proceso de reforma, en los Presupuestos Generales del presente año se han consignado 100 millones de pesetas para la adecuación de los servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales a los principios y criterios de la reforma sanitaria. Así como otros 680 millones de pesetas para la adscripción, puesta en marcha y funcionamiento de servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del INSALUD.

Evidentemente, estos esfuerzos no son otra cosa que meros indicadores de la voluntad política que sostiene el Ministerio y que ha coincidido plenamente en las conclusiones alcanzadas con absoluta libertad e independencia de criterio por la Comisión que ha elaborado el libro que ahora se presenta. Estamos en una buena dirección y habrá que ir avanzando con la máxima rapidez compatible con que sean reformas irreversibles y por lo tanto acompañadas.

Sólo me resta para finalizar, dar las gracias a todas las personas que han formado parte de esta comisión, no sólo por el rigor de su trabajo sino porque al dejar aparte diferencias doctrinales han permitido elaborar unas conclusiones que no dudo podrán alcanzar con el concurso

de todos, los objetivos propuestos. Si consiguiéramos arralgar entre nosotros la tradición anglosajona de Comisiones Independientes de expertos sobre importantes problemas de nuestra sociedad, habríamos conseguido, además, otro objetivo esencial.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Discriminación de la atención psiquiátrica y de la salud mental por parte de los poderes públicos

En nuestro país y por razones históricas y sociales bien conocidas, es notorio que ha existido una insuficiente vertebración de los órganos gestores del estado y de la sociedad civil. La sanidad, claramente incardinada en la dinámica social, no podía ser una excepción. Hasta fechas relativamente recientes, por ejemplo, el estado y la sociedad española ha carecido de una estructura que permitiera planificar y gerenciar de forma unitaria la política de salud. Esta tarea, hasta la creación del Ministerio de Sanidad, se ha realizado, en la práctica, desde diversos Ministerios, dificultando una administración racional de la salud.

En un plano estrictamente sanitario, desde el siglo XIX se viene arrastrando una situación que coloca a la psiquiatría en franca discriminación frente al resto de especialidades médicas. El sistema de Seguridad Social no ha abordado dentro de sus prestaciones sanitarias, la protección de la salud mental, acentuándose, en la práctica, la discriminación del enfermo psíquico en las últimas décadas.

Se ha señalado ya en múltiples ocasiones la ineficacia del sistema actual de protección a la salud mental, indicando los insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico en cuanto a su protección asistencial y sus derechos civiles, la multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general, el modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

La O.M.S., a través de sus publicaciones y actividades, viene recomendando la necesidad de estructurar un dispositivo sanitario que integre los aspectos psiquiátricos y de promoción de la salud mental dentro del sistema de salud. Distintos países de nuestro ámbito (Reino Unido, Finlandia, Italia, Noruega, Francia, etc.) llevan bastantes años desarrollando nuevas experiencias y estableciendo medidas alternativas al sistema psiquiátrico tradicional.

La protección de la salud mental debe formar parte de la acción sanitaria

El artículo 43 de nuestra Constitución reconoce el derecho de todos los ciuda-

danos a la protección de su salud, correspondiendo a los poderes públicos adoptar las medidas idóneas para satisfacerlo.

La salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general. En este momento de transición de la Sanidad, que afecta a la propia definición de la actuación sanitaria, al modelo de servicios propuesto a la población y a la configuración de los elementos básicos del sistema de salud, la reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., ha de incluir la salud mental como una parte de la misma.

La atención a la salud mental precisa, pues, del necesario desarrollo normativo que garantice un nivel de protección acorde con la realidad socio-sanitaria actual. Dichas normas deberán formar parte de un nuevo marco sanitario general de referencia: La Ley de Sanidad.

Las medidas para la protección de la salud mental que propone esta Comisión han de formar parte del conjunto de acciones de orden más general precisas para la protección de la salud.

La asistencia psiquiátrica ha de estar integrada en el sistema general de protección de la salud, potenciándose su gestión descentralizada

● La deficiente protección que los servicios sanitarios públicos siguen prestando al cuidado de la salud mental, junto a las insuficientes prestaciones sanitarias que ofrece el régimen de la Seguridad Social en materia de asistencia psiquiátrica, exige considerar tales problemas y establecer las bases para su solución. Ha de ser responsabilidad de la Administración Pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

La primera tarea que se nos presenta cara a la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de salud, es definir ese sistema, proponiendo esta Comisión un modelo sanitario que asuma los aspectos bio-psico-sociales del enfermar.

El proceso de integración, teniendo en cuenta su complejidad técnica, va a verse obligado, como ha ocurrido en otros países, a prolongarse en el tiempo.

Es preciso, pues, elaborar unas medidas programáticas, escalonadas y secuenciales que se articulen con las reformas globales de la Sanidad.

● Hay que señalar, igualmente, para poder comprender esta tarea, que entendemos la función de un Ministerio de Sanidad desde una perspectiva esencialmente normativa y de inspección de las prácticas sanitarias que garanticen la salud a todos los ciudadanos en cumplimiento de nuestra Constitución. Nuestro país, según el ordenamiento constitucional vigente se constituye como un Estado de las Autonomías, debiendo asumir éstas la responsabilidad directa en las acciones de protección de la salud.

La descentralización que se propone en este documento en cuanto al modelo de servicios de atención a la salud, se considera necesaria, además, por razones estrictamente técnicas, con objeto de incrementar la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

La promoción de la salud trasciende las acciones médico-sanitarias

La integración de los cuidados de la salud mental dentro del Sistema de Salud, no abarca la totalidad del fenómeno "salud-enfermedad", dada la relevancia en este proceso de múltiples factores que concurren en fenómenos psíquicos y psicopatológicos.

El nivel de salud de la población no depende exclusivamente de las medidas que se puedan arbitrar desde el sistema sanitario; de forma semejante, la atención psiquiátrica tampoco abarca todo el conjunto de necesidades y factores que configuran la salud mental, pues, muchos de ellos, no dependen tan siquiera de la acción sanitaria, sino de otros factores de índole general, económicos, educativos, sociolaborales, etc. Habida cuenta de su relevancia, en su necesario abordaje han de intervenir otro tipo de instancias aparte las sanitarias. En consecuencia, deben establecerse formas de colaboración y actuación coordinada con otras áreas y Ministerios con responsabilidades que afectan a la salud.

Igualmente importante es la ordenación funcional de la atención de la salud mental, de modo que garantice la disponibilidad de Servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Principios y objetivos que han de informar la reforma psiquiátrica

Las acciones en salud y para la salud mental forman una relación dialéctica, se interinfluyen: no podemos considerar la reforma de la sanidad y la reforma psiquiátrica como tareas autónomas.

Una mejor atención y promoción de la salud de los ciudadanos, al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incrementa la protección de su salud mental.

En cuanto a la reforma de la Sanidad

El proceso de reforma psiquiátrica y de salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple:

● La inclusión de las acciones psiquiátricas y de salud mental en la práctica sanitaria, incorporando a la misma el conjunto de factores psicológicos presentes en el proceso de salud-enfermedad.

● La modernización y reordenación del sistema de salud de forma que permita superar los elementos de segregación sanitaria, cultural y social,

aún existentes, hacia el enfermo mental.

- La integración de la psiquiatría dentro de la sanidad, en su vertiente asistencial, presupuestaria, administrativa y territorial, debiendo contemplarse así en la Ley de Sanidad.

- La mayor descentralización posible en cuanto a la gestión de los servicios de salud.

En cuanto a la reforma psiquiátrica

El desarrollo de un *sistema integrado* de protección de la salud mental ha de contemplar los siguientes objetivos:

- Potenciar las *acciones* de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo.

- Reducir las *necesidades de hospitalización* por causa psíquica, mediante la creación de recursos alternativos eficaces.

- Desarrollar programas de rehabilitación activa para el enfermo mental e ir estableciendo unas condiciones sociosanitarias mínimas para el mismo en todos los casos (incluyendo el enfermo crónico y los pacientes institucionalizados).

- Garantizar los *derechos civiles del paciente* frente a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de su *libertad*.

La reforma psiquiátrica precisa de un desarrollo planificado que, en base al nuevo marco que establezca la Ley de Sanidad y en consonancia con la nueva configuración sanitaria de que se doten las Comunidades Autónomas, desde las condiciones actuales de discriminación y dispersión llegue a formar parte de un nuevo sistema sanitario (S.N.S.) que asuma de manera integral la protección de la salud.

Esto ha de dar lugar a cambios profundos en el ámbito de prestaciones, modelo de servicios, derecho del enfermo mental, formación de recursos humanos y ordenación de las medidas de planificación y gestión para la atención del enfermo mental.

Responsabilidad de las administraciones públicas en la reforma

Las distintas administraciones públicas en que se configura el Estado español (Administración central, autonómica y local), mantienen en la actualidad responsabilidades variables en el área de salud mental. La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exigen la voluntad conjunta y decidida de todas ellas, con actitud de diálogo y colaboración. Esto implica, durante toda la fase de transición, el mayor grado de *cooperación entre ins-*

tituciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

II. CRITERIOS PARA UN MODELO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Ordenación de los cuidados de la salud mental

La protección de la salud mental requiere de una programación de las acciones que permitan ir dando respuesta al conjunto de problemas de salud mental de la población.

Ámbito territorial y participación comunitaria

Un elemento de primer orden en la concreción del modelo corresponde a su desarrollo en torno a un *ámbito territorial definido* y con *participación* de los diversos *agentes comunitarios*.

Ordenación funcional de los recursos asistenciales

Sobre la base de la delimitación territorial y la participación comunitaria, se ha de establecer la *ordenación* funcional del conjunto de *recursos* disponibles para llegar eficazmente a la población en riesgo, mediante la programación de acciones de protección de la salud mental. Esto supone:

- Elaborar y desarrollar planes generales a través de la atención primaria y especializada.

- Desarrollar programas específicos, incorporados a la actuación general, para todas aquellas situaciones que requieran acciones particularizadas.

La protección de la salud mental en la atención primaria

Problemática general

Los cuidados generales de la salud (y de la salud mental) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados en la atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo al nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud. Su carácter especializado hace referencia a su posición funcional dentro del sistema de salud, sin prefigurar una ordenación administrativa determinada.

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental han de ser resueltos por el equipo básico de salud del servicio sanitario, sin que requieran de la presencia de personal especializado en salud mental.

Sin embargo, nuestra ordenación sanitaria, al haber primado casi exclusivamente el desarrollo de la estructura hospitalaria, ha determinado unos servicios primarios de salud con un insuficiente nivel de respuesta frente a los componentes emocionales presentes en los distintos problemas de salud y, en consecuencia, una gran tendencia a la derivación de casos hacia el área especializada. Esta situación va a incidir en el ritmo de capacitación de los profesionales de la atención primaria a las nuevas exigencias planteadas.

Funciones en salud mental y atención psiquiátrica de los Equipos Básicos de Salud

El equipo de atención primaria debe estar capacitado en materia de salud mental para cubrir, al menos, las siguientes funciones:

- Identificar el trastorno psicoemocional y los componentes emocionales de los trastornos en general.

- Discriminar y llevar a cabo el tipo de intervención necesaria, que puede ser:

- Atención y seguimiento propio.
- Atención con asesoramiento del equipo especializado.
- Derivación a los equipos especializados.

- Colaborar con los equipos especializados, en cuanto al asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.

- Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección de la salud mental para la población en riesgo.

La protección de la salud mental en el nivel especializado

Definición y funciones generales

Comprende las acciones específicas realizadas en el ámbito comunitario y hospitalario por un conjunto de profesionales cualificados, de forma que hagan posible una correcta atención a los problemas psico-emocionales de la población asistida, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos primarios de salud.

Su actuación comprenderá *funciones* de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación, concretándose en los aspectos siguientes:

- Apoyar, asesorar y supervisar al equipo básico de salud y a los equipos especializados.

- Atender a los pacientes remitidos por el equipo básico de salud.

- Hacer el seguimiento directo o mediante supervisión de los pacientes dados de alta del medio hospitalario.

- Atender a los pacientes hospitalizados.

- Llevar a cabo la psiquiatría de enlace en el hospital general.

- Dar cobertura a los servicios de urgencia y a la atención de situación de crisis.

- Participar en las actividades de formación de los equipos básicos de salud y especializados.

- Desarrollar actividades y programas de investigación orientados hacia tareas de promoción de la salud mental, preventivas y epidemiológicas.

- Apoyar, asesorar y cooperar con otras instancias asistenciales, sociales y educativas del área territorial en programas específicos, potenciando el trabajo interdisciplinario.

Integración funcional de los recursos del área sanitaria

Es necesario que, una vez establecidas y definidas funcional y territorialmente las áreas de salud, todos los recursos sanitarios, públicos y concertados, responsables de la atención psiquiátrica y de la salud mental, constituyan una Unidad integrada, al menos funcionalmente. Dicha Unidad contará con los dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Los equipos asistenciales del área sanitaria deberán tener un ámbito de actuación polivalente, sin perjuicio de contemplar cierta subespecialización de sus componentes.

Principios de la hospitalización psiquiátrica

- La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del enfermo psíquico y ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.

- La atención psiquiátrica ha de realizarse, preferentemente, fuera del hospital.

- La hospitalización del enfermo mental se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Su duración, que ha de ser breve, estará en función de criterios terapéuticos.

- Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

- Los hospitales generales de la red pública han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones.

- La creación de nuevas unidades en los hospitales generales para el ingreso psiquiátrico ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.

- Todas las camas que se acrediten para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formarán parte de la red de servicios de salud.

Funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general

- El tratamiento de los pacientes ingresados.

- La psiquiatría de enlace del hospital.

- El apoyo a la urgencia hospitalaria.

- Funciones docentes y de investigación.

Los hospitales psiquiátricos

Estado actual. El hospital psiquiátrico ha venido ejerciendo funciones polivalentes en relación con los enfermos psíquicos, cubriendo problemas de orden sanitario, social y puramente custodial relacionados con la enfermedad mental.

En la actualidad, mantiene las funciones siguientes:

1. Una función médico-psiquiátrica, de cuidado de enfermos mentales ingresados y en seguimiento ambulatorio.

2. Una función de asistencia social, hacia ciertos sectores marginados de población.

3. Una función custodial y residencial, básicamente para pacientes de larga estancia con gran dependencia personal y social de la institución psiquiátrica.

La función específicamente psiquiátrica desempeñada por los distintos centros varía según los recursos especializados con que cuentan, las medidas internas de reforma llevadas a cabo y el desarrollo de recursos psiquiátricos y sociales alternativos existentes en su ámbito territorial. De esta forma, existen instituciones con atención exclusiva de hospitalización, otras con servicios de consulta, urgencias, unidades diferenciadas para enfermos agudos, rehabilitación de enfermos crónicos, etc. En cualquier caso, estas instituciones consumen gran parte de los presupuestos económicos del área psiquiátrica y de salud mental, en detrimento de otras alternativas terapéuticas.

Plan de hospitales psiquiátricos. Es preciso establecer con urgencia planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación. Dichos planes han de simultanear acciones de orden interno o propiamente hospitalarias con otras alternativas, de orden externo.

Se debe requerir de cada hospital un proyecto de cambio donde se tome en consideración:

- La reducción progresiva del número total de camas.

- El incremento de las posibilidades de externación de su población hospitalizada, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios de rehabilitación y reinserción social que faciliten su vuelta al medio sociofamiliar o su integración en los nuevos recursos sociales y sociosani-

tarios con que se vaya dotando la sociedad para la protección y soporte de estas personas.

- La formación y reciclaje de sus profesionales, movilizándolo sus recursos humanos y reorientándolos hacia otras actividades y unidades asistenciales.

Debe contemplarse en dichos proyectos:

- El diagnóstico de la institución, incluyendo las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de todos los internados.

- La reordenación de los gastos hospitalarios, buscando la mayor equidad entre costes y beneficios asistenciales.

- La reorganización funcional de la institución y la exposición de los diversos programas de rehabilitación y reinserción social.

Requisitos que han de cumplir los hospitales psiquiátricos con ingresos. Para los hospitales psiquiátricos, mientras continúen realizando ingresos, proponemos que se cumplan los requisitos siguientes:

- Contar con una unidad diferenciada para el ingreso de pacientes psiquiátricos, con equipo específico para la misma e índices de rendimiento asistencial apropiados.

- Establecer programas reglados de rehabilitación activa para el enfermo mental, con equipos específicos para su desarrollo.

- Estar integrados funcionalmente con los equipos especializados de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

Criterios para la urgencia psiquiátrica

- La atención psiquiátrica de urgencia debe estar integrada dentro del sistema general de urgencias.

- El servicio de urgencia específicamente psiquiátrico debe funcionar como apoyatura de los servicios de urgencia generales.

- Los Equipos de Atención Primaria deben responsabilizarse del conjunto de las urgencias en un primer escalón.

- La urgencia hospitalaria ha de estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales de salud mental del área.

- La organización general de las urgencias psiquiátricas debe promover y facilitar el establecimiento de fórmulas alternativas al ingreso hospitalario.

Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos

Definición, características generales y tipos de programas. Entendemos por pro-

grama específico de actuación, al conjunto de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y que en su diseño, ejecución y evaluación puede implicar a profesionales dependientes de instituciones diversas.

- Estos programas serán realizados dentro del dispositivo sanitario global, pudiendo incorporar nuevos profesionales en función de la especificidad de la problemática que aborden.

- Estos programas no deben dar lugar a la creación y desarrollo de centros y recursos asistenciales especiales o monográficos, ni deberán actuar con independencia de la programación para la salud mental y atención psiquiátrica, evitando así la creación de redes paralelas.

- Contemplarán en su diseño de forma diferenciada los aspectos de asistencia sanitaria, los específicamente psiquiátricos y los pertenecientes al campo general de la salud pública.

- Según las exigencias y necesidades, los programas deberán tener un carácter recortado en el tiempo, o permanente y continuo.

Programas transitorios o episódicos. Son programas transitorios o episódicos aquellos preparados para ponerse inmediatamente en práctica ante grandes situaciones de crisis, emergencias o catástrofes y que por su carácter imprevisto, pueden dar lugar a una inadecuación coyuntural del sistema asistencial al requerir una respuesta inmediata.

Deben programarse, preferentemente, aprovechando los recursos existentes en el sector sanitario, que deberá contar con capacidad funcional y agilidad administrativa para resolver este tipo de eventualidades.

Programas prioritarios de carácter permanente. Consideramos en este apartado aquellos problemas que por su propia naturaleza (infancia y adolescencia, vejez, enfermos mentales penados), por su incidencia e importancia sociosanitaria creciente y con perspectivas de larga duración aún cuando actualmente revistan perfiles epidérmicos (drogodependencias), o por su alta prevalencia mantenida en determinadas áreas territoriales, precisen de soluciones a través de programas específicos, interdisciplinarios y continuados en el tiempo.

La salud mental infanto-juvenil. A nuestro juicio, las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil son actualmente deficitarias e incipientes, mínimamente dotadas en su perspectiva asistencial y sin un marco global de planificación y ordenación dentro del sistema de cuidados de la salud mental.

El niño es un ser con personalidad específica, mostrando en su enfermar una patología mental cuya expresión le diferencia del adulto; las características especiales de su proceso evolutivo hacen necesaria una visión interdisciplinaria que integre los distintos sectores de vida donde el niño se desarrolla y constituye.

La atención a la S.M. infantil debe abordarse dentro de los programas del equipo de salud mental, como unidad cualificada

dentro de dicho equipo, allí donde las necesidades del área sanitaria lo requieran.

La salud mental en la vejez. Este programa se fundamenta en el aumento progresivo del índice de población mayor de 65 años y especialmente en la influencia que en los procesos de salud-enfermedad de dicha población ejercen factores tales como la jubilación, la desinserción social, la pérdida de movilidad física y la mayor presencia de patología orgánica. Todo ello reclama una atención preferencial hacia esta franja de la población, especialmente dirigida a los grupos de población de edades más avanzadas.

La atención a la salud mental de la población anciana debe plantearse estrechamente vinculada con las diferentes iniciativas que la comunidad tenga o pueda desarrollar a fin de mantener al anciano integrado en ésta. Para ello será preciso formalizar modos de cooperación permanente entre los sectores sanitario y social.

La psiquiatría penal. Deberá asegurarse una adecuada atención psiquiátrica a los penados con patología mental, independientemente de las connotaciones judiciales que cada caso presente. La Administración de Justicia deberá disponer de los medios que permitan su atención sanitaria, sin menoscabo del apoyo que pudieran prestarle los profesionales de los servicios psiquiátricos y de salud mental de las Administraciones Sanitarias.

Las drogodependencias. Se trata de una problemática sociosanitaria donde confluyen trastornos ya conocidos como el alcoholismo o la dependencia a psicofármacos, en continuo crecimiento, junto con otras alteraciones más recientes, como es el consumo de estupefacientes en los últimos diez años.

El problema de las drogodependencias abarca a casi todos los grupos de población y se caracteriza por presentar repercusiones psíquicas y sociales, junto a complicaciones somáticas sobreañadidas.

La gravedad de este problema exige el desarrollo de un plan en el que se especifiquen los aspectos sanitarios (médico-psiquiátricos) a considerar dentro de los programas de información, educación sanitaria, formación, prevención y detección precoz, tratamiento, postcura y rehabilitación.

Medios e instrumentos básicos necesarios para el desarrollo del modelo propuesto

La puesta en práctica de manera efectiva, eficaz, eficiente y aceptable para el sistema global de atención a la salud del nuevo modelo de salud mental que propone esta Comisión, debe considerar con carácter prioritario, los medios e instrumentos siguientes:

- Un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria, necesario para la elaboración de estudios epidemiológicos, una correcta planificación y evaluación, producción de estadísticas fiables, etc.

- La adecuación, aprovechamiento y capacitación del conjunto de recursos humanos del sistema de salud mental, mediante las acciones necesarias para la formación del personal sanitario.

- El establecimiento de normas generales de acreditación de unidades y centros con competencia en salud mental y asistencia psiquiátrica, y su control mediante las medidas administrativas correspondientes.

- La potenciación de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica, orientándola hacia aquellos campos dinamizadores en la transformación de la misma.

III. PRINCIPIOS PROPUESTOS POR LA COMISION PARA UN PLAN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA

Principio I

El sistema general de salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos bio-psico-sociales del enfermar.

Principio II

La salud mental es un aspecto específico, pero inseparable, de la salud en general. Una mejor atención y promoción de la salud al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incrementa la protección de su salud mental.

Principio III

La reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., debe incluir la salud mental como una parte de la misma. El proceso de integración de la psiquiatría ha de ir articulado con las reformas globales de la sanidad.

Principio IV

La protección de la salud mental, mediante su necesario desarrollo normativo, debe situarse en un nivel acorde con la realidad socio-sanitaria actual.

Principio V

Ha de ser responsabilidad de la administración pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

Principio VI

El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.

Principio VII

La ordenación de la atención a la salud mental debe garantizar la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Principio VIII

La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exige la voluntad conjunta y decidida de todas las administraciones públicas y el mayor grado de cooperación entre institu-

ciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

Principio IX

El proceso de reforma psiquiátrica y de la salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple la inclusión de los problemas psiquiátricos y de salud mental en la práctica sanitaria, la superación de la segregación cultural y social existente hacia el enfermo mental, la completa integración de la psiquiatría en la sanidad y la gestión descentralizada de los servicios de salud.

Principio X

La reforma psiquiátrica tiene como objetivos:

- Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo.
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación activa para el enfermo mental.
- Establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficientes para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad y condición, y
- Garantizar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que puedan limitar su libertad.

Principio XI

La atención psiquiátrica debe enmarcarse en un ámbito territorial definido, con participación de los diversos agentes comunitarios.

Principio XII

Los recursos psiquiátricos y de salud mental disponibles deben ordenarse de forma que lleguen eficazmente a la población en riesgo, programando sus acciones mediante planes generales y programas específicos a través de la atención primaria y especializada. Deben hacer posible una correcta atención de los problemas psicoemocionales de la población asistida, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos básicos de salud.

Principio XIII

Los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud, cubriendo funciones de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación.

Principio XIV

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental deben ser resueltos por los equipos básicos de salud, sin que requieran la presencia directa del personal especializado en salud mental y atención psiquiátrica.

Principio XV

A nivel del área de salud, los recursos psiquiátricos y de salud mental, públicos y concertados, deben constituir una unidad integrada, al menos, funcionalmente. Dicha unidad contará con los dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas,

curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Principio XVI

La hospitalización es un instrumento técnico importante que hay que contemplar dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.

Principio XVII

La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario.

Principio XVIII

La hospitalización ha de aportar al enfermo mental mayor beneficio terapéutico que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social.

Principio XIX

La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.

Principio XX

Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

Principio XXI

Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales.

Principio XXII

La creación de nuevas camas en hospitales generales ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.

Principio XXIII

Todas las camas acreditadas para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formarán parte de la red de servicios de salud.

Principio XXIV

La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadores que le correspondan.

Principio XXV

Es preciso incentivar la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las áreas de salud.

Principio XXVI

Dichos planes contemplarán el estudio de las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de los internados, la reordenación de los gastos hospitalarios, la reorganización funcional de la institución y los diversos programas para la rehabilitación y reinserción social de los ingresados.

Principio XXVII

Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas; preparar a sus pacientes institucionalizados, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios, para una futura externalización y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica.

Principio XXVIII

Estarán acreditados para recibir ingre-

sos aquellos hospitales psiquiátricos que dispongan de una unidad diferenciada para hospitalización breve con equipo específico para la misma, índices de rendimiento asistencial apropiados y programas reglados de rehabilitación. Dichas unidades se integrarán funcionalmente con los equipos de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

Principio XXIX

Los cuidados de los pacientes con patología de larga evolución, exigen de la dotación de los servicios necesarios para su manejo, que incluye el tratamiento y seguimiento clínico en su entorno socio-familiar y residencias apropiadas, con medios humanos y técnicos para su atención y rehabilitación.

Principio XXX

La atención psiquiátrica de urgencia estará integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura de dichos servicios.

Principio XXXI

Los equipos de atención primaria deben responsabilizarse del conjunto de urgencias en su primera escalón asistencial.

Principio XXXII

La urgencia hospitalaria debe estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales cualificados de salud mental del área.

Principio XXXIII

Serán prioritarios los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de los drogodependientes, a la atención de los penados con patología mental y a aquellos específicos para determinadas áreas territoriales con una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica.

Principio XXXIV

Para hacer frente a situaciones excepcionales que precisen de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y recortado en el tiempo (p.ej. catástrofes), deben estar previstos programas específicos de actuación, aprovechando preferentemente los recursos ya existentes, que deberán contar con suficiente capacidad funcional y agilidad administrativa para dar una respuesta inmediata.

Principio XXXV

El sistema de atención a la salud mental ha de contar con un sistema de registro e información sanitaria operativo y fiable, unos recursos humanos adecuados, capacitados y bien aprovechados, unas normas generales de acreditación de unidades y centros, con control de su cumplimiento mediante las medidas administrativas correspondientes y un buen desarrollo del campo de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica que dinamice la transformación de la misma.

Principio XXXVI

La ordenación administrativa de las acciones de salud mental ha de estar contemplada con carácter general en las estructuras de que se doten los sistemas sanitarios de las distintas administraciones públicas.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE LA COMISION MINISTERIAL PRESENTADAS AL EXCMO. SR. MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA LA REFORMA DE LA PSIQUIATRIA ESPANOLA

I

1 Las acciones para la protección y cuidado de la salud mental deben extenderse a todos los ciudadanos que utilicen servicios sanitarios, incluyéndose dentro de las prestaciones del sistema general de salud.

2 Deben garantizarse prestaciones básicas, con carácter general, a todos los enfermos psíquicos. Estas prestaciones han de incluir, en el marco del modelo de servicios de protección de la salud mental propuesto, tanto la atención extrahospitalaria como la hospitalaria, mediante los medios técnicos que puedan ser asumidos por el sistema sanitario.

3 Las prestaciones psiquiátricas y de protección de la salud mental de carácter básico, deben quedar definidas mediante la norma correspondiente.

4 Deben desarrollarse las medidas reglamentarias necesarias para poder prestar cuidados hospitalarios y extrahospitalarios a todos los beneficiarios de la Seguridad Social, mediante recursos propios, a través de convenios con otras administraciones públicas o en forma subsidiaria, con otras entidades que tengan recursos en salud mental y atención psiquiátrica. En cualquier caso, dichos convenios respetarán el carácter integrado de la red, evitando duplicidad de servicios y el desarrollo de redes paralelas.

5 Con carácter transitorio, las administraciones competentes podrán establecer normas de acreditación y control de calidad para las áreas de salud, centros y unidades asistenciales que presten atención psiquiátrica y de salud mental. Dichas normas habrán de quedar incluidas dentro de las normas generales de acreditación y control de calidad exigibles para todos los centros y unidades asistenciales de las áreas de salud.

II

6 Se han de contemplar en la normativa sanitaria los criterios de protección de los derechos civiles del enfermo psiquiátrico recogidos en la reforma del código civil en materia de tutela (Ley 13/1983 de 24 de octubre), especialmente en cuanto a los reconocimientos, tratamientos y hospitalización llevados a cabo sin consentimiento expreso del paciente.

7 De forma transitoria, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de

Justicia, acordarán los criterios de aplicación de dicha ley en relación a la hospitalización psiquiátrica. Igualmente y a nivel nacional, impulsarán la creación de una Comisión que estudie la situación jurídica de los pacientes ingresados en las instituciones psiquiátricas, para promover la protección de sus derechos civiles y el cumplimiento de dicha ley.

III

8 En el caso de aquellas personas que estando sometidas a la jurisdicción penal, padecieran de trastornos mentales, la Administración de Justicia deberá disponer de las instalaciones de enfermería necesarias y de los medios específicos que permitan su atención sanitaria, sin menoscabo del apoyo que pudieran prestarle los profesionales de los servicios psiquiátricos y de salud mental de las administraciones sanitarias.

IV

9 La programación de las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica se llevará a cabo dentro de los planes generales de atención a la salud.

10 Los programas de salud mental y atención psiquiátrica serán desarrollados a través de los dispositivos de atención primaria y especializada del sistema sanitario.

11 La ordenación territorial de los servicios psiquiátricos y de salud mental se ordenará con la sanidad general, asignándose a cada área de salud los servicios sociales complementarios de referencia.

V

12 Mientras se implanta el Sistema Nacional de Salud debe ponerse en marcha un plan de actuación coordinado, que promueva la integración y el mejor aprovechamiento de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental, con participación de las distintas administraciones públicas.

13 El Ministerio de Sanidad y Consumo debe promover el establecimiento de acuerdos con las administraciones sanitarias de las CC.AA. para el desarrollo de dicho plan, según los principios y recomendaciones elaborados por esta Comisión.

14 Las CC.AA. deben promover desde su nivel territorial la articulación de comités de enlace y coordinación adecuados en su formulación a las diferencias existentes entre las distintas nacionalidades y regiones en cuanto a su organización sanitaria, carácter uni o pluriprovincial, nivel de competencias estatutarias y transferencias recibidas. Deberán participar, cuando menos, en dichos comités y junto a las CC.AA., el Insalud y las diputaciones provinciales. Será misión de estos comités impulsar y coordinar acciones conjuntas para la ordenación y gestión de los recursos psiquiátricos y de salud mental en los ámbitos provincial y de las áreas de salud. Dichos comités contemplarán, asimismo, formas de colaboración intersectorial para el aprovechamiento de otros recursos no propiamente sanitarios, dependientes de servicios sociales, educativos, administración de justicia, etc.

15 La integración de los recursos psiquiátricos y de salud mental a nivel de las áreas de salud, debe contemplar los siguientes aspectos:

- Desarrollo por las direcciones provinciales de Insalud de Centros de Atención Primaria con programas de salud mental.

- Desarrollo de la Orden de jerarquización para los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la seguridad social.

- Integración funcional de los psiquiatras que resulten del cumplimiento de la orden anterior y de los actuales neuropsiquiatras de cupo que opten por la especialidad de psiquiatría y no deseen jerarquizarse, en los equipos especializados de salud mental del área sanitaria.

- Provisión de las plazas vacantes como plazas jerarquizadas integradas funcionalmente dentro de los equipos especializados de salud mental del área sanitaria.

- Cobertura progresiva de la atención hospitalaria, en el marco del incremento de los equipos especializados de salud mental del área, de forma que vaya ampliándose el número de unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales.

- Amortización de parte de los recursos presupuestarios de las vacantes, para la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado de salud mental —por ejemplo, los psicólogos—, en base al estudio de necesidades en recursos humanos de cada área de salud.

- Integración progresiva de otras profesiones en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental.

- Puesta en marcha de planes de transformación de los hospitales psiquiátricos, facilitando la derivación del personal asistencial que se pueda ir liberando de dichas instituciones hacia la actividad extrahospitalaria en el área de salud.

- Delimitar las camas activas necesarias para hospitalización psiquiátrica general y de urgencia en cada área de salud reordenando las unidades de hospitalización con un número de camas que oscile, con carácter general, entre 15 y 35.

● Favorecer un proceso de homologación de los profesionales provenientes de las distintas administraciones, que facilite su plena integración y colaboración en los nuevos dispositivos de salud mental.

● Para el mejor desarrollo del plan de integración asistencial propuesto, se contará con un *coordinador de dicho plan* a nivel de cada área de salud dependiente de la dirección del área sanitaria.

VI

16 Dentro del organigrama de las consejerías de salud de las CC.AA. debe contemplarse una unidad técnico-administrativa de salud mental y atención psiquiátrica que, en el ámbito de sus competencias, elabore propuestas normativas; coordine recursos; estudie y elabore propuestas de necesidades de formación de recursos humanos y de investigación; desarrolle criterios, por último, para el seguimiento y evaluación de planes, programas y unidades asistenciales; para la puesta en marcha de los soportes de registro e información adecuados, y para el establecimiento de indicadores sanitarios comunes.

17 El Ministerio de Sanidad y Consumo contará, a su vez, con una Oficina de salud mental y asistencia psiquiátrica que sirva de soporte técnico-administrativo y asesoramiento de los centros directivos del Departamento, facilite la homogeneización de datos estadísticos y epidemiológicos, coordine la información recibida desde las distintas nacionalidades y regiones y establezca las recomendaciones pertinentes que fundamenten la normativa que pudiera dictar el Ministerio en materia asistencial, docente e investigadora.

VII

Es preciso adaptar el conjunto de recursos humanos al nuevo modelo de actuación en salud mental, para lo que se propone:

18 Adscribir el personal en formación postgraduada de las distintas disciplinas de salud mental y atención psiquiátrica a las unidades y centros del área de salud con programa docente debidamente acreditado, sin perjuicio de contemplar en el mismo, con vistas a una formación más completa y diversificada, la participación temporal en las actividades de otras unidades y centros con acreditación docente.

19 Que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación, revisen los planes y programas de formación pre y postgraduada, de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo propuesto, extendiendo esta recomendación a las administraciones autonómicas cuando así corresponda.

20 La modificación de los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación para los profesionales de la psicología en el área clínica. Se incluirán con carácter preferente en dichos programas las áreas

infanto-juvenil y de la vejez, así como los problemas psicológicos y psiquiátricos de las drogodependencias. (Comisiones Nacionales de Especialidad y otras Instituciones competentes).

● En el caso de los médicos de familia, durante un periodo de 3-6 meses su formación se llevará a cabo en servicios acreditados de salud mental con el objetivo de capacitarse en la aplicación de tratamientos psicofarmacológicos, técnicas de entrevista y manejo psicológico, criterios de seguimiento y derivación, etc.

● La regulación de la formación postgraduada de los psicólogos en el área de la salud mental, debe establecer un programa reglado de formación no inferior en duración a dos años, al cabo de los cuales obtendrá la acreditación correspondiente.

● Igualmente, se debe regular la formación del personal auxiliar de enfermería psiquiátrica, definiendo su cualificación profesional.

21 Que las administraciones públicas subvencionen cursos y seminarios de actualización de conocimientos y formación continuada para los distintos profesionales sanitarios, potenciando especialmente la cualificación en salud mental de los equipos de atención primaria.

VIII

22 Las administraciones públicas deben impulsar la investigación dentro de las áreas de salud.

23 La distribución de fondos se realizará según criterios objetivos de acreditación, siendo públicos los temas y las cantidades subvencionadas para investigación en salud mental.

24 Debe potenciarse la investigación aplicada en aquellos campos más eficaces para la transformación de la atención psiquiátrica y de la salud mental, pudiendo recabar para ello la colaboración de la Universidad, las Sociedades Científicas y otras entidades investigadoras.

IX

25 Los gastos derivados de la atención psiquiátrica y de la salud mental deben correr a cargo de los presupuestos sanitarios. Mientras no esté unificado el sistema de financiación de la atención sanitaria, dichos gastos serán sufragados por las administraciones e instituciones con competencias y recursos en salud mental y atención psiquiátrica.

26 La administración sanitaria debe proveer fondos para la provisión de las prestaciones psiquiátricas básicas a toda la población en riesgo.

27 Los Presupuestos Generales del Estado han de contemplar programas complementarios que incentiven la reforma de la atención psiquiátrica y de la salud mental en las distintas nacionalidades y regiones de España. Los presupuestos ya aprobados en el Parlamento para el año 85, deben aplicarse teniendo en cuenta los principios y recomendaciones expresados en el documento final de esta Comisión, de forma que inicien, de un modo práctico, la puesta en marcha del nuevo sistema de protección de la salud mental.

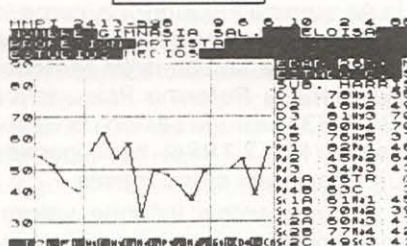
X

28 Los principios generales y recomendaciones para la atención psiquiátrica y de la salud mental propuestos por esta Comisión han de quedar recogidos de modo expreso en la nueva Ley de Sanidad en trámite parlamentario. El desarrollo de dicha Ley ha de impulsar la puesta en marcha del modelo de salud mental propuesto.

29 El Ministerio de Sanidad y Consumo propondrá a las administraciones sanitarias de las CC.AA. la constitución de una Comisión permanente, que, bajo los auspicios y la moderación del propio Ministerio, permita la coordinación de planes y programas de actuación dentro de las competencias respectivas, y facilite, mediante el intercambio de experiencias, generalizar e impulsar la aplicación del modelo propuesto de atención a la salud mental.

COTEST I PROGRAMA PARA LA CORRECCION DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMP I

SPECTRUM 48K



Obtiene sin plantillas ni operaciones manuales:

- Puntuaciones típicas para datos españoles, gráficamente.
- Puntuaciones típicas de las subescalas de Harris.
- Código de Hataway.
- Índices de consistencia interna Test-Retest y de Carelessnes.
- La pantalla de resultados puede grabarse en cinta magnética o imprimirse.

PRECIO: 7.000 ptas. + IVA

☐ Deseo recibir contrareembolso el programa Cotest I para SPECTRUM 48K
☐ Deseo recibir información de este programa aplicado al ordenador marca modelo.....
S. G. P. Apartado Correos 29041 — MADRID

NOMBRE:
DOMICILIO:
POBLACION: DNI/CIF.....
PROVINCIA: TELF.:

SOBRE EL DOCUMENTO DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

La Junta Rectora de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, una vez analizado el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, quiere dar a conocer públicamente algunas consideraciones y valoraciones sobre este documento:

1. En primer lugar, tenemos que referirnos al contexto en el que se produce la elaboración de este Informe para imbricar las propuestas de reforma psiquiátrica en la reforma más general de la Sanidad española.

Con el triunfo del PSOE en octubre de 1982 se abre la esperanza, contemplada en su programa electoral, de un verdadero cambio en la Sanidad española, enmarcado en un proceso global de transformación de la sociedad.

Los primeros borradores de la Ley General de Sanidad que planteaban un nuevo modelo de atención a la salud y desarrollaban en profundidad el art. 43 de la Constitución Española sobre el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, fueron progresivamente devaluándose "gracias" al selecto oído del Gobierno hacia las fuerzas más reaccionarias y corporativas de las profesiones sanitarias (Organización Médica Colegial, por ejemplo) y a la política de oídos sordos hacia aquellas fuerzas sociales, ciudadanas y profesionales comprometidas con el cambio prometido por ese mismo gobierno.

De plantearse una única fuente de financiación en los Presupuestos Generales del Estado, se pasa a una financiación múltiple a base de cotizaciones sociales, tasas y aportaciones del Estado y otras Administraciones renunciándose, pues, a la universalidad y gratuidad en las prestaciones sanitarias. De la integración de servicios en el Servicio Nacional de Salud, se pa-

sa a una difusa coordinación de redes sanitarias (Sistema Nacional de Salud). De la subsidiariedad de la medicina privada respecto al Servicio Nacional de Salud, a la complementariedad. De la descentralización, a la lentitud y desigualdad en los procesos y los techos de las transferencias sanitarias a las Administraciones Autonómicas. De la urgencia de puesta en marcha de la Ley, a la atemporalidad en su desarrollo...

En resumen, la Ley General de Sanidad ya aprobada en el Parlamento y publicada en el BOE con fecha 29.4.1986 es insuficiente, ambigua y con lagunas importantes. Ese es el caso del Capítulo VI sobre la Salud Mental cuyo mérito más sobresaliente lo encontramos en el mero hecho de existir, con lo que muestra la intención de integrar la salud mental en la red sanitaria, rompiendo, de esa manera, una marginación secular. Por lo demás, su inconcreción es tal que necesitará un desarrollo posterior.

2. En base a las consideraciones anteriores, hemos de lamentar la falta de voluntad política del actual Gobierno en propiciar el cambio en lo que al sistema sanitario se refiere (la Ley General de Sanidad es una de las últimas leyes aprobadas en esta legislatura después de 4 años) y, más concretamente, en la reforma de la Asistencia Psiquiátrica, como lo muestra el hecho de que desde la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (27.6.83) hasta la sesión constituyente (14.12.1984) haya pasado un año y casi cinco meses.

3. En cuanto al Informe, valoramos con reservas el procedimiento seguido por el Ministerio de Sanidad en la composición de esta Comisión. No queda clara si la participación de las personas relevantes ha sido designadas a tí-

tulo personal o institucional en aquellos casos de personas que ostentan alguna representación. El hecho de figurar alguna de estas personas con la apostilla de su cargo institucional, y constándonos que la designación ha sido a nivel particular, nos sugiere pensar en algún interés ministerial en mantener esa ambigüedad.

En cuanto a la distribución profesional de los componentes elegidos de la Comisión, es de resaltar la práctica totalidad de médicos psiquiatras, a excepción de una psicóloga, lo que nos indica la gran dificultad de inclusión de otros profesionales (psicólogos, A.T.S., asistentes sociales, etc.) en la planificación y dirección de los distintos niveles de la Asistencia Psiquiátrica y la salud mental.

El equipo interdisciplinario reclamado desde todos los sectores como elemento imprescindible para el trabajo en salud mental, pensamos, no debe ser olvidado en aquellos ámbitos de planificación y organización que puedan ser creados desde la Administración.

Por otra parte, "esta tradición anglosajona de Comisiones independientes de expertos", en palabras del ministro D. Ernest Lluch, no debería ser incompatible con el diálogo abierto y fructífero del Ministerio que él dirige y Asociaciones Científicas y Profesionales interesadas en las prometidas reformas sanitarias a fin de, al menos, ser escuchados sus puntos de vista profesionales.

4. En términos generales el Documento tiene el indudable mérito de globalizar el estado de la atención psiquiátrica y de salud mental, inscribiendo el modelo general de atención a la salud mental en el marco de los planteamientos de la Ley General de Sanidad. Apoyamos sin reservas los principios generales sobre los que se asienta la Ley General de Sanidad (con las puntualizaciones hechas anteriormente) y, por ende, la integración de la atención psiquiátrica y la salud mental en la red pública sanitaria, resaltando los siguientes aspectos fundamentales en el modelo de asistencia psiquiátrica y a la salud mental que la Comisión propone:

- Concepto integral de salud.
- Énfasis en la atención primaria en salud con la delimitación de

un ámbito territorial definido y con el fomento de la participación comunitaria.

- Integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general, tendiendo a la gratuidad total para todos los españoles en el plazo más breve posible.

Igualmente es de valorar en el Documento el que sirva de guía común para todas las Administraciones todavía con competencias en salud mental (Ayuntamientos, Diputaciones, Comunidades Autónomas, Insalud) de manera que puedan darse pasos coherentes en base a un mismo modelo de atención.

5. En cuanto al modelo de Servicios de Salud Mental y Atención Psiquiátrica planteado por esta Comisión, tenemos que decir que supone un importante avance respecto a las prácticas ancestrales de atención psiquiátrica que todavía subsisten en nuestro país. Este avance lo situamos en:

- Integración de la salud mental como una parte inseparable de la atención integral a la salud, rompiendo con la marginación secular mantenida hasta nuestros días.
- Superación del hospital psiquiátrico como alternativa terapéutica, enfatizando la atención en la comunidad siempre que sea posible y en unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas en hospitales generales si es preciso un ingreso breve en casos agudos.
- Inclusión en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental de otras profesiones, se cita como ejemplo a los psicólogos.
- Necesidad de adaptación del conjunto de recursos humanos al nuevo modelo de actuación en salud mental, modificando planes de formación pre y post-graduado, y creando algunos nuevos como la formación para los profesionales de la Psicología en el área clínica y de salud mental.

6. Con todo, y partiendo de las consideraciones anteriormente expuestas, queremos remarcar importantes cuestiones que desde nuestro punto de vista quedan reflejadas de manera ambigua, son omitidas o simplemente responden al viejo modelo psiquiátri-

co que se pretende superar.

A) A lo largo de todo el Documento se utiliza con poco rigor los términos psiquiatría, psicología (y sus adjetivos) y salud mental, provocando no poca confusión. ¿Cuando se habla de Psiquiatría, se refiere a una especialidad médica y a una práctica profesional ejercida por dichos titulados? o por el contrario ¿se refiere a un campo de actuación, caracterizado sobre todo por la denominada psicopatología, donde intervienen distintos profesionales desde profesiones diferentes (psiquiatras, psicólogos, A.T.S., asistentes sociales, etc.)? Pensamos que lo que se desprende de las distintas formulaciones del Documento apunta a una respuesta que responde a la segunda pregunta afirmativamente, pero cuyo protagonismo fundamental recae en los psiquiatras desdibujándose el resto de las profesiones. Así, cuando se refiere a aquellos niveles y aspectos en los que se puede encontrar la llamada patología "blanda", se habla de salud mental y entonces se destacan factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad, problemas psíquicos, componentes emocionales, etc., de los que, en parte, se puede ocupar el equipo de atención primaria (médico general, pediatra, A.T.S. y asistente social). Por otro lado, cuando definen los dispositivos de ingresos de agudos, los nombran como unidades psiquiátricas del hospital general; suponemos que será porque ahí se dará la llamada patología "dura" y eso ha sido considerado tradicionalmente como cargo exclusivo de los psiquiatras.

De esa manera, los psicólogos que parecen formar parte del equipo de salud mental en el nivel especializado quedamos algo relegados ante la ecuación psiquiátrico-psiquiatra, ecuación no aplicada a psicológico-psicólogo. No reivindicamos dicha ecuación, sino más bien la modificación de la primera que quedaría salud/enfermedad mental-psiquiatra, psicólogo, A.T.S., asistente social, etc.

B) Es una discusión abierta, sobre la que el Colegio Oficial de Psicólogos no se ha pronunciado todavía en términos concretos, la conveniencia y pertinencia de la inclusión del psicólogo en el equipo de atención primaria; por lo

tanto, la toma de posición del Documento sobre la no inclusión de personal especializado en salud mental en los equipos básicos de salud (y suponemos que incluye a los psicólogos como personal especializado) es, cuando menos, opinable. En cualquier caso, consideramos prioritario dentro de las funciones del equipo de salud mental en el ámbito comunitario el desarrollo y profundización de aquellas funciones enunciadas en la página 26:

- "Apoyar, asesorar y supervisar al equipo básico de salud y a los equipos especializados.
- Participar en las actividades de formación de los equipos básicos de salud y especializados.
- Desarrollar actividades y programas de investigación orientados hacia tareas de promoción de la salud mental, preventivas y epidemiológicas.
- Apoyar, asesorar y cooperar con otras instancias asistenciales sociales y educativas del área territorial en programas específicos, potenciando el trabajo interdisciplinario".

Es decir, consideramos imprescindible la potenciación del trabajo de coordinación, apoyo y formación con la atención primaria sanitaria y otras instituciones comunitarias en la línea de incluir efectivamente los aspectos psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad en los distintos niveles de atención a la salud (prevención, promoción, asistencia y rehabilitación).

La aportación de la Psicología como disciplina y del psicólogo como profesional a esta concepción de salud se encuentra ya suficientemente contrastada, tanto a nivel nacional como internacional.

C) Es un tema absolutamente crucial para la profesión del psicólogo la reglamentación de la formación post-graduado, por lo que valoramos positivamente que se contemple dicha necesidad en el Documento, siendo necesario definir su duración, marcos institucionales, contenidos, etc. El mínimo de dos años recogido en el Documento no ha de ser sino una referencia para desarrollar el tema de la formación post-graduado.

D) Otro aspecto controvertido y, creemos, escasamente trabajado

en el Documento es el de la unidad psiquiátrica del hospital general. Parece desprenderse del Informe que en el nivel hospitalario el equipo especializado en salud mental se ubicaría en estas unidades psiquiátricas, siendo algunas de sus funciones:

- La psiquiatría de enlace del hospital.
- Docentes e investigación.

Al mismo tiempo se define como un principio general el que "los hospitales generales de la red pública han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones".

¿Quiere esto decir que los psicólogos actualmente trabajadores en otros Servicios Hospitalarios (Hemofilia, Cardiología, Aparato Digestivo, etc.) han de incluirse en estas Unidades Psiquiátricas? ¿En qué condiciones? ¿Con qué programas y actividades? ¿Sería posible que en un mismo hospital general se diese la presencia del psicólogo de una manera compatible como integrante de un servicio especializado y como miembro de la unidad psiquiátrica? o ¿Tendríamos que ir hacia un Servicio de Psicología que aglutinase a los psicólogos de un hospital coordinadamente con las unidades psiquiátricas?

Pensamos que la atención de la salud mental en el nivel hospitalario va más allá de la hospitalización psiquiátrica y que aquella ha de ser garantizada plenamente.

Somos conscientes de la controversia sobre los distintos modelos organizativos que permitan la inclusión del psicólogo en el ámbito hospitalario y de la necesidad de continuar el debate entre los profesionales sobre este punto a fin de poder esta Delegación adoptar una postura sobre el respecto.

Todo ello en el convencimiento de la incuestionable presencia del psicólogo, junto a otros profesionales, en el equipo que ha de ocuparse de la salud mental en el nivel hospitalario.

7. Queremos resaltar que, de nuevo, en este campo de la salud mental se produce la habitual paradoja de que el Gobierno que ha creado esta Comisión Ministerial, niega en lo fundamental sus recomendaciones y propuestas. La

más importante, para nosotros, es la señalada en el punto 28 del apartado X que dice así:

"Los principios generales y recomendaciones para la atención psiquiátrica y de la salud mental, propuestos por esta Comisión, han de quedar recogidos *de modo expreso* en la nueva Ley de Sanidad en trámite parlamentario. El desarrollo de dicha Ley ha de impulsar la puesta en marcha del modelo de salud mental propuesto".

La práctica nos ha confirmado el absoluto caso omiso de dicho postulado. De esa manera, nos estamos refiriendo a un documento que, a pesar de haber sido prologado por el Sr. Ernest Lluch, no tiene ningún valor legal, sino más bien orientativo sin saber a ciencia cierta el grado de respaldo político que tiene este Informe desde los organismos oficiales.

8. En lo que a las recomendaciones y propuestas hechas por la Comisión Ministerial al Ministro de Sanidad y Consumo, destacamos y reforzamos la urgencia de las siguientes:

8.1. Adopción de medidas necesarias para evitar la duplicidad de servicios y el desarrollo de redes paralelas.

8.2. Puesta en marcha de un plan de actuación coordinado que promueva la integración y el mejor aprovechamiento de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental, con participación de las distintas Administraciones Públicas.

La integración de recursos debe contemplar los siguientes aspectos:

(Ver págs. 50-51 del Documento)

— "Desarrollo...

— "...hospitales generales".

Pensamos que el punto que se refiere a la contratación de psicólogos y que dice así: "Amortización de parte de los recursos presupuestarios de las vacantes (se refiere a neuropsiquiatras desdoblados y jerarquizados), para la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado de salud mental —por ejemplo, los psicólogos— en base al estudio de necesidades en recursos humanos en cada área de Salud", debería ser más explícito recogiendo:

— La contratación de psicólogos para los equipos especializados de salud mental, tanto a nivel comunitario como hospitalario, sin estar supeditada dicha contratación a la amortización de *parte* de los recursos presupuestarios de las vacantes.

— La contratación de psicólogos ha de hacerse, efectivamente, en base al estudio de necesidades en recursos humanos de cada área de salud, pero en esa misma medida hay que reubicar el resto de los profesionales ya existentes (psiquiatras, A.T.S.) u otros de progresiva incorporación. Sería conveniente que los propios psicólogos participen en ese estudio de necesidades.

8.3. "Revisión de los planes y programas de formación pre y post-graduada, de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo expuesto.

8.4. Creación de los programas de formación post-graduada para los profesionales de la Psicología en el área de la salud mental con la correspondiente acreditación.

8.5. Subvención por parte de las Administraciones Públicas de cursos y seminarios de actualización de conocimientos y formación continuada".

9. Tanto los aspectos planteados como debatibles en este posicionamiento de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, como aquellos que recoge el Informe y no han sido nombrados, pero que exigen su pormenorizado estudio (salud mental infantil, salud mental en la vejez, drogodependencias, etc.) serán objeto de trabajo de esta Delegación a través de grupos de trabajo, conferencias, jornadas, etc., en el que se tratará de que participe el mayor número posible de psicólogos interesados en el tema.

10. Esta Junta Rectora reafirma públicamente su decidida voluntad de trabajar en pro de la mejora de la salud de la población y, por lo tanto, de las instituciones públicas que se ocupan de ella, por lo que se ofrece a colaborar en lo que esté a su alcance con todas las Administraciones Públicas con competencias en el campo de la salud.

ACERCA DEL INFORME TECNICO DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION ESPANOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

La Junta Directiva de la A.E.N. ha estudiado el Informe Técnico y hace de él la siguiente valoración:

1. Se estima correcto y adecuado el procedimiento utilizado para la elaboración del Informe recurriendo a Comités de Expertos cuyo trabajo se hace público independientemente del juicio que le merezca a la Administración.

Asimismo se considera adecuado el criterio utilizado para la designación de los vocales expertos de la Comisión pues se ha conjugado la diversidad de su quehacer profesional con la relevancia técnica, lo que da un carácter plural y en cierta manera representativo a este grupo técnico.

2. Nos parece oportuna la elaboración de un informe de estas características, que señala por una parte las grandes líneas que deben seguir los proyectos de transformación psiquiátrica en el país, y por otra las medidas inmediatas e inaplazables para materializar y dar comienzo a los procesos de cambio. Sin embargo hay que lamentar la demora que se produjo entre la aparición en el B.O.E. de la Orden Ministerial por la que se creaba la Comisión y la constitución de la misma. Esta dilación de más de un año expresa, en nuestra opinión, la ambigüedad y la escasa sensibilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo ante la problemática de la Salud Mental en nuestro país.
3. La Junta Directiva se muestra de acuerdo con el modelo de atención en Salud Mental que propone el Informe. Es un proyecto que se inscribe en un modelo de Salud Pública avanzado, y que recoge los aspectos más contrastados y so-



bresalientes de los utilizados para la reforma psiquiátrica en otros países, así como las recomendaciones técnicas de organismos internacionales tales como la O.M.S.

De otro lado da satisfacción a aspiraciones que se vienen expresando en este país por diversos sectores (entre ellos esta Asociación) en la última década.

4. Estimamos que señala con claridad el Informe temas fundamentales como la ordenación de la atención, los niveles de atención y su integración, así como el procedimiento de la hospitalización y su enmarque. Al no ser este Informe Técnico un manual ni un prontuario para hacer reformas psiquiátricas, lógicamente es abierto, permitiendo la flexibilidad suficiente para que esos lineamientos que señala encuentren la concreción que le es propia en cada comunidad autónoma o región.
5. De especial interés y oportunidad consideramos el apartado de las "Recomendaciones y propuestas de la Comisión al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad para la reforma de la red psiquiátrica española". En términos generales el conjunto de las recomendaciones nos parecen de gran interés, de tal manera que si no se pone en marcha de manera inmediata, el Informe quedará en papel mojado o en un documento para la historia de los archivos, sin articulación política alguna.
6. Aún siendo todas las recomendaciones de gran interés, queremos destacar aquellas que de manera urgente deberían tener una expresión y materialización:
 - a) La coordinación, aprovechamiento e integración de recursos de Salud Mental nos parece una acción insoslayable y única forma de poder estimar en su justa medida el coste de la reforma psiquiátrica. La dilapidación y el desaprovechamiento actual hace que los estudios de coste no tengan la fundamentación precisa.
 - b) Se debería dar cumplimiento

a las recomendaciones 13 y 14 creando Comisiones de Coordinación en las diversas Comunidades, integradas dichas Comisiones por las Administraciones competentes al caso, para iniciar ya una ordenación integrada de recursos y realizar las nuevas dotaciones en base a las directrices dadas por esas Comisiones de Enlace y Coordinación.

c) Para realizar la ordenación de la atención se debería urgir a las Comunidades Autónomas que realicen la zonificación y la ordenación sanitaria de su comunidad, lo que posibilitará la aplicación del modelo propuesto en el Informe.

d) Se debe crear una Comisión que estudie la situación jurídica de los internados en los hospitales psiquiátricos. Para una mayor efectividad se debería apoyar dicha comisión con la creación de otras a nivel autonómico siguiendo en este proceder el ejemplo de la Consejería de Salud de Andalucía.

7. En cuanto al punto 15 en sus diversos apartados pensamos que son medidas solicitadas ya reiteradamente por un amplio conjunto de profesionales (y por la A.E.N. en distintos

momentos) y que su incumplimiento expresa el desdén y el desinterés que viene mostrando el Insalud por toda la asistencia psiquiátrica y de Salud Mental.

8. Nos parece inadecuado y carente de fundamentación técnica suficiente el hecho de reducir la hospitalización en H.G. a las unidades de hospitalización y fijar su número de camas entre los extremos 15 y 35. Es un indicativo tan genérico y descontextualizado que nos parece inapropiado para ese apéndice de recomendaciones.

9. Especial preocupación produce a la Junta Directiva los aspectos relacionados con la financiación, y sobre todo la cuestión —plantada por los asociados en la Asamblea General celebrada por la Asociación en Vigo, junio 85— referente a la aplicación de las partidas consignadas, por primera vez, en los Presupuestos Generales del Estado para la atención psiquiátrica. Esa preocupación se apoya en que en la fecha del año en que estamos, aún no se conozca la normativa que va a regular su aplicación a través del Insa-

lud, y en ese sentido podría ocurrir que este presupuesto no llegue a gestionarse durante el presente año, lo que revelaría una irresponsabilidad inculcable por parte del Departamento competente; también preocupa a esta Junta Directiva que la aplicación posible de este presupuesto se realice de forma tal que no sirva para la incentivación de la Reforma sino para mantener y perpetuar la descoordinación y la escisión entre los servicios de Salud Mental dependientes de los diversos niveles y áreas de la Administración. Pensamos que la actitud que mantenga el Ministerio y el resto de las Administraciones frente a estos problemas va a ser una notoria manifestación de cuál es su voluntad política para impulsar una reforma de la atención psiquiátrica, puesto que a partir de la publicación del Informe Técnico de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, ya no es posible argumentar por parte de las distintas administraciones públicas que faltan directrices técnicas acerca del modelo a su complementar o que no se conocen las medidas operativas que se deben adoptar.



TEA Ediciones, S.A. SERVICIOS INFORMATICOS



PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
OBJETIVAS, CUESTIONARIOS,
ENCUESTAS.

TRATAMIENTO ESTADISTICO
DE DATOS

ELABORACION Y
PROCESAMIENTO DE BATERIAS
ESCOLARES

Hurtado de Amezaga, 3
Telf. (94) 432 86 07
48008 - BILBAO

la informática al servicio del psicólogo

Ψ
EQUIPO TECNICO
de TEA Ediciones, S.A.
■ Asesoramiento
■ Procesos Especiales

de profesional a profesional

Fray Bernardino Sahagun, 24
Telf. (91) 458 83 11 - Telex: 22135
28036 - MADRID

Muntaner, 462 - Telf. (93) 20115 55
08006 - BARCELONA

PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
PSICOLOGICAS

ESTUDIOS PSICOMETRICOS
DE PRUEBAS

ELABORACION Y
PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
PARA EVALUACION Y
SELECCION DE PERSONAL

Monte Carmelo, 6
Telf. (954) 27 94 11
41011 - SEVILLA



LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS DEMANDAS DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: REVISION Y PERSPECTIVAS (I)

MARIA LUZ RUBI CID (*)

1. LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. CUESTIONES INTRODUCTORIAS

LA O.M.S. (1) define la Planificación Familiar (A la que denominaremos P.F. en lo que sigue) de la siguiente manera: "La P.F. se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: Evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia. Para esos fines se necesitan anticonceptivos, tratamiento de la fecundidad y educación sexual y familiar; además hay que desarrollar otras actividades afines, como asesoramiento genético, consultas matrimoniales, detección de tumores malignos y servicios de adopción. La P.F. interviene en el ciclo reproductivo facilitando la regulación del número, los intervalos y la cronología de los embarazos y nacimientos, lo cual contribuye a reducir la morbilidad y mejorar la salud. Esa intervención puede tener lugar en cualquiera de

las fases del proceso reproductivo, o en todas ellas; desde el asesoramiento y la educación acerca del acto sexual, *hasta la interrupción de la gestación mediante la terminación artificial del embarazo*, pasando por la prestación de servicios para la regulación de la concepción".

Esta definición de la O.M.S., de 1975, aparece cuando en España están todavía penalizados los métodos anticonceptivos, situación que contrasta con la de la mayoría de los países europeos, en los que hacía ya bastantes años (algunos desde después de la primera guerra mundial) que la P.F. y dentro de ella los anticonceptivos, habían sido asumidos por las propias instituciones públicas. En España son despenalizados a finales de 1978, y no van a ser las instituciones sanitarias —como sería esperable— sino las diferentes organizaciones y colectivos del movimiento feminista, junto a algunos ayuntamientos democráticos, los primeros que creen centros de P.F.

Sirvan estos datos de nuestro contexto para situar la perspectiva programática de la OMS. Así entendida, la P.F. no es solamente mera contracepción, a través de técnicas más o menos avanzadas, sino que es abordada como un comportamiento humano complejo, que comprende al individuo con su propio cuerpo, con su sexualidad, con su vida de pareja y familia, incluido en un medio laboral y social definido, y por tanto agente de un proyecto con raíces desde lo personal a lo comunitario. La *tarea* de P.F. es por tanto cuestión de

(*) María Luz Rubí Cid es Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta, especialista en temas de planificación familiar y sexualidad. Trabaja en el Centro "Salud y Mujer" de Madrid. Colegiado número M-2101.

todos, usuarios y profesionales, y ha de ser abordada desde todos los niveles implicados: lo biológico, lo psicológico y lo social.

Desde 1976, año en el que empiezan a funcionar en España los primeros centros de P.F. (entonces semi-clandestinos), ha ido creciendo espectacularmente la demanda de utilización de los mismos. Pero sucede que a la vez que se han ido creando durante esta década numerosos centros (públicos, semi-públicos o subvencionados, y privados) no se logra cubrir la demanda real existente, originando importantes listas de espera, incidiendo en una menor calidad de los servicios, y ello sin contar con la *muy deficiente* educación sanitaria existente, que como es lógico afecta particularmente a este campo. Se dispone de datos de que, actualmente, respecto de la población en edad fértil en todo el Estado Español la atención de P.F. que se presta oscila de 7 al 9% respecto de la población total a atender. Las cifras eluden todo comentario.

Por otra parte, y aunque últimamente se han hecho algunas campañas informativas (Véanse como ejemplo la reciente campaña televisiva patrocinada por el Instituto de la Mujer) sobre temas de P.F. y métodos anticonceptivos, la mayoría de la población carece de una información clara y precisa sobre ellos, así como de una educación positiva hacia la sexualidad, tanto del hombre como de la mujer, lo que provoca que todavía sea característico de nuestra sociedad el que las relaciones sexuales sean vividas con culpabilidad y ansiedad lo que dificulta la posibilidad de vivenciar las relaciones sexuales como gratificantes y resultado de un comportamiento elegido libremente, que incluya la anticoncepción.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, refiriéndose a la protección de la salud dice: "Se reconoce el derecho a la protección de la salud. (...) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes al respecto...". La contracepción no es un tema menor del derecho a la salud. Con ella se pretende básicamente:

1) Diferenciar el comportamiento sexual del hecho reproductivo.

2) Que los miembros de la pareja puedan ejercer su derecho a decidir el número de hijos que desean tener, así como el momento más oportuno para tenerlos.

Para que esto fuese realmente posible sería necesario, entre otras cosas, que se diese:

1) Una actitud positiva hacia los métodos anticonceptivos. Todavía hay muchas mujeres que rechazan todo tipo de métodos anticonceptivos, si no de una forma manifiesta, si con múltiples expresiones de dolencias somáticas ante cualquier tipo de métodos.

2) Una mayor fiabilidad de los métodos anticonceptivos en cuanto, tales, que por lo general no suelen cumplir plenamente, ya que exceptuando la *píldora* y la esterilización voluntaria, los demás no ofrecen las garantías de seguridad que serían necesarias para cumplir por sí mismos sus objetivos.

3) Una actuación pública decidida para fomentar la mayor información de la población, que posibilite una utilización más racional de los medios contraceptivos.

No es incidental el que hayamos comenzado nuestra exposición sobre la Intervención Psicológica ante las demandas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (utilizaremos I.V.E. en lo que sigue) revisando la situación en torno al uso de los anticonceptivos. La I.V.E. no podemos entenderla como una medida contraceptiva más, sino como una situación necesaria ante el *fracaso* (de la índole que sea) de una medida anticonceptiva directa. Así toda la infraestructura social relativa a la información y práctica anticonceptiva va a determinar cual sea la praxis social ante la I.V.E. En la mayoría de los países occidentales las leyes que autorizan la práctica del aborto datan de finales de la década de los sesenta y se extienden hasta finales de los setenta. Así, como ejemplos tenemos desde el de Canadá, que aprobó el aborto terapéutico en 1969, hasta Italia (Ley 194 de 28-5-1978) o Francia (Ley de 31-12-1979). España, según ya evidenció en su retraso en legalizar los anticonceptivos, demoró todavía algunos años su incorporación al panorama internacional, y aún así con una ley muy restringida, que apenas entró en vigor quedó ampliamente desbordada por la realidad social.

La I.V.E. queda parcialmente regulada en España mediante la Ley Orgánica 9/85 de 5-7 (BOE 12-7-85) de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, que establece como *no punible* el aborto "practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada" siempre que se den algunas de las *tres circunstancias* que posteriormente comentamos (En síntesis: grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada; violación; presunción de que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas).

Una Ley como esta, que establece lo negativo como punto de partida, no va a dar cuenta del que habría de ser su verdadero objetivo: La promoción de la salud. La I.V.E. es considerada por la ley como una medida contra la enfermedad o lo amoral, no como una medida para la salud.

Desde su promulgación, la gestión de la Ley queda en manos de *Comisiones evaluadoras*, (en las que no hay psicólogos), de las que son instrumento, por una parte los Centros de P.F. (Que han de elaborar un Informe), el Insalud (En el que radica la

citada *Comisión Evaluadora*), y los hospitales (En los que se muestra la enorme escasez de servicios y profesionales que atienden las demandas). La burocratización del proceso por el que una mujer ha de pasar para acogerse a alguno de los supuestos legales de aborto, provoca numerosos problemas, a los que nos referiremos más adelante, pero quizás el más importante sea el del retraso en la realización de la intervención. Así una ley concebida para otorgar cobertura legal y sanitaria a un hecho social evidente, está viniendo a favorecer una clandestinidad similar a la existente antes de su aparición. Así, tal como se constata repetidamente en las cifras, el número de mujeres españolas que salen al extranjero a realizar la I.V.E., o que presumiblemente lo realizan clandestinamente en el interior, no ha cesado de aumentar.

Es oportuno hacer una breve distinción conceptual entre las distintas clases de aborto. Se entiende por Aborto la expulsión del producto de la concepción antes de las 28 semanas del embarazo, período a partir del cual el feto se considera viable. Excluyendo la interferencia humana intencional, el aborto espontáneo ocurre como resultado de una variedad de causas endógenas y exógenas, entre ellas, las más comunes son defectos en la implantación del embrión o en su desarrollo. El aborto inducido es la terminación deliberada del embarazo ya sea legal o ilegal, existiendo para ello una gran variedad de métodos. El más común en la actualidad es el conocido bajo el nombre de método de absorción o aspiración. La duración del embarazo es de máxima importancia a la hora de practicar el aborto, y por lo tanto la interrupción en menos de 12 semanas, a contar desde el primer día del período menstrual, es quirúrgicamente, administrativamente y emocionalmente, una operación muy diferente de la efectuada en el segundo trimestre del embarazo. Es conveniente por ello considerar la existencia de dos grupos diferenciados: a) Un grupo de bajo riesgo en el que se incluye a las mujeres sanas con un embarazo de hasta 12 semanas de duración; y b) Un grupo de alto riesgo, que incluye las interrupciones tempranas en pacientes enfermas, con indicaciones médicas para el aborto, y a aquellas mujeres que están más allá de las 12 semanas de gestación. Recapitulando, tendríamos: 1) El *aborto terapéutico*, inducido, efectuado por cirujanos bien preparados, que es legal en casi todos los países si hay evidencia médica de que la continuación del embarazo hace peligrar la vida o la salud (física o psíquica) de la madre; 2) El *aborto eugenésico*, con el que se previenen los nacimientos en los que hay riesgo grave para la salud física o psíquica así como del desarrollo normal del feto, que es asimismo legal en la mayoría de los países; 3) El *aborto ético* en el que bien la persona o la sociedad dispone la I.V.E. por razones morales, sociales, económicas o personales, y 4) El *aborto espontáneo*, en

el que por causas determinables médica o psicológicamente se interrumpe la gestación.

Un concepto relacionable con el aborto es el de *Embarazo de alto riesgo*. Coincide en parte con algunas de las indicaciones del *aborto terapéutico*, siendo el caso de los embarazos en mujeres que tienen importantes complicaciones fisiológicas (renales, cardiológicas, etc.), y en las que la I.V.E. debería realizarse durante el primer trimestre, por medio de aspiración al vacío o dilatación y raspado. Ni que decir tiene que un *Embarazo de alto riesgo* no presupone por naturaleza que la única medida posible sea la de la I.V.E., si bien sea ésta una medida preferente, cuando no concurren otras circunstancias en la persona que hagan más recomendable intentar llevar el embarazo a término.

En el presente trabajo vamos a considerar cual sea el marco de actuación y las medidas recomendables que desde el punto de vista psicológico puedan incidir en una Intervención más racional y saludable ante las demandas de I.V.E. Revisaremos en primer lugar la controvertida cuestión de las denominadas *Indicaciones psicológicas*, para considerar posteriormente cuales sean las consecuencias psicológicas del aborto, y abordar por último la especificidad de la intervención psicológica ante las demandas de I.V.E.

2. LAS "INDICACIONES PSICOLOGICAS" DE LA I.V.E.: LA LEY Y LOS HECHOS

La ley española despenaliza la I.V.E. únicamente en tres *supuestos*. Por ello se ha desplazado a la interpretación que se le dé a los mismos la polémica acerca del carácter restrictivo de la misma. Además, las *tres circunstancias* que recoge la Ley O. 9/85 inciden específicamente en lo que se viene denominando como "Indicaciones psicológicas" de la I.V.E. Así sucede en la *primera circunstancia*, en la que se enuncia como tal "Que (la I.V.E.) sea necesaria para evitar un *grave peligro* para la vida o la *salud física o psíquica* de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un *médico* de la especialidad..." (Art. único, 1). La ley no especifica que se considera grave peligro para la salud psíquica, siendo así susceptible de interpretaciones diversas.

En la segunda, en la que el embarazo se produzca a consecuencia de "Un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429..." (Violación) y previa denuncia del mismo. Aquí aparece la "indicación psicológica" unida a la ético-social. Con independencia de su valoración como "indicación", no cabe descartar aquí la pertinencia de la intervención psicológica en una situación claramente definible como traumática, tanto por sus causas (la violación) como por los efectos (embarazo y demanda de I.V.E.).

En la tercera, en la que "Se presume que el feto habrá de nacer con *graves taras físicas o psíquicas...*", la intervención psicológica queda más ceñida a la profilaxis de las consecuencias negativas que pueda tener en ambos miembros de la pareja, el decidir la I.V.E. ante dicho riesgo.

Considerar las "Indicaciones psicológicas" de la I.V.E. no supone definir *condiciones estáticas* que así lo hagan aconsejable, sino estudiar cuales son los factores motivacionales y su dinámica que llevan a las personas, y en particular a la mujer, a tomar la decisión de interrumpir su embarazo. Los *determinantes* para la decisión de abortar se pueden considerar desde dos perspectivas: Determinantes objetivos (condiciones objetivas que harían en su caso recomendable la I.V.E.) y subjetivos (condiciones experimentadas subjetivamente como suficientes para tomar la decisión). Entre los motivos *objetivos y subjetivos* que manifiesta la mujer que desea abortar, los más frecuentemente observados en las mujeres españolas son:

- 1) El número de hijos habidos (En las multiparas que no desean tener más hijos).
- 2) La presencia de condiciones económicas deficitarias, o problemas importantes de esta índole, a los que se ha venido a añadir las expectativas negativas generadas por el problema del paro y la inestabilidad laboral.
- 3) Los problemas familiares y sociales que desencadena un embarazo no previsto, no queriendo la mujer enfrentarse a un ambiente familiar y/o social hostil (situación típica en el embarazo de las adolescentes y mujeres solteras que viven con sus padres). Queda conexas a esto lo que para la mujer significaría el tener que renunciar a proyectos profesionales y de promoción personal.

Entre las causas que se refieren como más frecuentemente productoras de embarazos no deseados están:

- a) La carencia o distorsión de la información de que se dispone respecto del uso de los métodos anticonceptivos.
- b) Fallo involuntario o imprevisto del método anticonceptivo.
- c) La ignorancia que en ocasiones se da todavía en nuestro medio social acerca de las contingencias del embarazo, sobre todo entre la población adolescente.

Las mujeres de otros contextos socioculturales y nacionales muestran motivaciones relativamente semejantes a las españolas. De entre los diversos estudios que hemos revisado destacan los siguientes: Shaw, Funderburk y Franklin (1979) quienes estudiaron las motivaciones y sentimientos de una muestra de 195 mujeres norteamericanas ante su decisión de abortar. Las principales motivaciones estuvieron basadas en razones personales y pragmáticas tales como la incidencia del embarazo sobre sus aspiraciones profesionales o educativas, problemas econó-

micos y protección de la independencia personal.

El trabajo de Handy (1982) revisa las causas y motivaciones más frecuentes en las mujeres británicas: La principal es el uso inadecuado de los anticonceptivos, el cual mejora tras el asesoramiento recibido con ocasión de la demanda de aborto. De entre los numerosos estudios franceses sobre los factores incidentes en las demandas de I.V.E., (véase por ejemplo Aussilloux et. al., 1982), aparece una conclusión bien definida: No hay una primacía clara de unos motivos sobre otros, si bien casi todos ellos obedecen a razones *sociales* (De rechazo o crítica social al embarazo bajo ciertas circunstancias), y ocasionalmente *económicas*.

Igualmente Allgeier, Allgeier y Rywick (1982) han investigado las actitudes hacia la aceptación y/o rechazo del aborto en 120 estudiantes universitarios, mediante la valoración que estos hacían de 10 historiales de solicitantes de aborto y la relación de sus opiniones favorables o desfavorables a la práctica de la I.V.E. en cada caso respecto de sus puntuaciones en *Culpabilidad referida a la sexualidad* (2). Así los sujetos con bajas puntuaciones en culpabilidad sexual se mostraron más favorables al aborto que los que puntuaron alto, si bien tanto unos como otros se mostraron más favorables hacia el aborto cuando el embarazo era consecuencia de un fallo del método anticonceptivo, que cuando se debía a un mal uso o abandono del mismo. Igualmente se opinó más favorablemente hacia el aborto cuando las solicitantes mantenían una relación estable que cuando el embarazo era fruto de una relación ocasional. Una de las principales sugerencias que se derivan de este estudio es la importancia que la *culpabilidad sexual* puede tener en las decisiones que tanto las mujeres como los profesionales tomen acerca del aborto. Ya en un estudio anterior (Gerrard, 1977) se había demostrado la mayor incidencia de la culpabilidad sexual en las sujetos que solicitaban el aborto, que en las mujeres que hacen un uso normal de los anticonceptivos.

La cuestión que hemos de revisar es si puede considerarse que existan determinantes psicológicos *objetivos* que sean la base de una decisión, recomendación o autorización de la práctica de la I.V.E. Desde el punto de vista psicológico parece que no podrían establecerse indicaciones estáticas, rasgos invariantes o conductas, cuya mera presencia desaconsejase rotundamente la continuación de un embarazo, ello si se hace salvedad de aquellos casos en los que pueda establecerse la clara *incompetencia* de la mujer para conocer acerca de su estado o de asumir las consecuencias de su maternidad. La *competencia* (cognitiva, emocional) parece pues que sería la única dimensión discriminativa en base a la cual se establecería la *indicación psicológica objetiva* de la I.V.E. y por ello puede ser el criterio base

para los psicólogos/as que asesoren la toma de decisiones. Nuestra posición sería así contraria a parte de los trabajos publicados en los que se postulan como indicaciones para la recomendación de la I.V.E. la mera constatación diagnóstica de entidades nosológicas psiquiátricas. Con mucha frecuencia se ha abordado el estudio de las *Indicaciones psiquiátricas* de la I.V.E. Así hemos considerado trabajos como el de Castiglioni y Flores (1983) sobre la experiencia italiana y los de Mester (1976, 1978) en Israel, donde el aborto terapéutico legal está restringido a indicaciones psiquiátricas, en las que se da una problemática social semejante a la descrita en otros países. Mester es buen ejemplo de la insistencia en la importancia de la preparación psicológica previa al aborto, como medio para facilitar la resolución de los conflictos que con él puedan suscitarse.

Desde la perspectiva de los determinantes psicológicos *subjetivos* la situación es más clara. Así parece evidente que el principal criterio para estimar positivamente la solicitud de aborto sea el juicio expresado por la mujer en tal sentido, si este es sopesado y mantenido por ella tras hacerle las consideraciones oportunas (médicas, psicológicas) y siempre que tales consideraciones profesionales sean pertinentes, es decir no supongan una presión de naturaleza ética.

Juega en este punto un importantísimo papel el asesoramiento psicológico, al que después haremos referencia, ya que este asesoramiento es la vía para contrastar si tienen entidad tales *indicaciones psicológicas*.

Un aspecto particularmente controvertido en aquellos países en los que hay ya una dilatada experiencia con el aborto legal, se da en los casos de aquellas mujeres que hacen repetidas demandas de aborto a lo largo de un período de tiempo no excesivamente prolongado. Mattauer et. al., (1984) han estudiado en Francia los casos de las mujeres que demandan en ocasiones repetidas la I.V.E., encontrando que los factores psicológicos tienen una gran trascendencia tanto clínica como estadística, destacando entre ellos el sentimiento de ambivalencia respecto del deseo de tener hijos.

3. LAS "CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS" DE LA I.V.E.: MITO Y REALIDAD

¿Es nocivo para la salud psíquica el aborto? La amplísima casuística y trabajos de investigación realizados para ofrecer una respuesta a esta pregunta no acaban de ofrecer una contestación definitiva, probablemente debido a que bajo el mismo rótulo (aborto) se esconden situaciones de naturaleza muy variada.

Lask (1975) realizó en Inglaterra uno de los primeros estudios sistemáticos sobre las secuelas *psiquiátricas* a corto plazo de

la I.V.E., encontrando una escasa incidencia de trastornos, los cuales se relacionaban más con características del entorno de las sujetas que con la I.V.E. en sí misma. Posteriormente resumo los factores de riesgo detectados por Lask.

Payne et. al., (1976) en Boston (Estados Unidos) en un estudio de seguimiento de los efectos que tiene la experiencia de aborto sobre las emociones de ansiedad, depresión, cólera, culpa y vergüenza, encuentran un decremento significativo de todas ellas seis meses después de la intervención.

Watters (1980) ha investigado, en mujeres canadienses, las consecuencias que sobre la salud mental tiene el aborto o el rechazo a efectuarlo. Watters encuentra en una proporción de 6:1 la depresión en el *post-partum* con más frecuencia que en el post-aborto. En una dirección similar Watters documenta la mayor amplitud y gravedad de trastornos psíquicos acaecidos en las mujeres a las que se les niega el aborto que en aquellas que pudieron realizarlo libremente. Watters no niega que el aborto tenga alguna incidencia sobre la salud mental de la mujer, pero sus resultados demuestran el mayor riesgo que para la salud mental implica el denegar el aborto, forzando así a una *maternidad obligada*.

Handy (1982), en el trabajo ya citado, revisando la experiencia inglesa sobre el aborto documenta como la gran mayoría de las mujeres no presentan alteraciones psicológicas después del aborto. Por contraste Handy observa como las mujeres a las que se les rechaza la solicitud de aborto tienden a presentar mayor estrés psicológico y a ofrecer un entorno deficitario a su hijo.

En general la mayoría de los estudios muestran que las consecuencias psicológicas del aborto espontáneo son más intensas y graves que las de la I.V.E., caracterizándose por la culpa, tanto en la mujer como en el cónyuge, mostrando resistencia los síntomas a remitir sin ayuda especializada. Las sesiones de asesoramiento se evidencian en este caso igualmente necesarias, aunque con una indicación diferente: la post-intervención.

¿Cuáles serían los *Factores de Riesgo Psicológico* específico ante el aborto?

Cabe esperar un mayor riesgo psicológico en aquellas demandas de I.V.E. que se producen en un momento más avanzado de la gestación. Este aspecto ya fue estudiado por Fielding et. al., (1978) quienes encontraron que las demandas tardías de aborto eran debidas al rechazo explícito de la decisión hasta ese momento (21,4%), irregularidades en el ciclo menstrual (17,6%), tardanza en acudir al médico (15,2%), ambivalencia (14,8%), y con menor incidencia la falta de información, miedo, errores en los tests clínicos, problemas económicos para afrontar la intervención, temores religiosos, etc.

Payne et. al., en el estudio ya citado (1976) identifican los siguientes factores de riesgo psicológico ante el aborto: No estar en pareja y ser nulíparas; historia previa de problemas emocionales; Relaciones conflictivas con sus compañeros; Relaciones negativas en el pasado con la madre; Fuerte ambivalencia ante el aborto; Actitudes culturales o religiosas negativas hacia el aborto.

Moseley et. al. (1981), refiriéndose a una muestra norteamericana, describen que los principales factores predictivos de una reacción positiva ante la I.V.E. son los indicadores favorables del mismo contexto social y un adecuado nivel de apoyo, entre el que se incluye el psicológico.

Desde la perspectiva española, y en relación con los *supuestos* de la ley, el riesgo psicológico está modulado, según hemos podido constatar, por las siguientes circunstancias:

a) En aquellas mujeres que desearían continuar el embarazo, pero que ante un peligro objetivo, físico o psíquico, que las afecta personalmente, deciden someterse a la I.V.E., se incrementa la probabilidad de que aparezcan trastornos emocionales antes y después de la interrupción del embarazo.

b) En los casos en los que no existe en la mujer y en su pareja el deseo consciente de tener el hijo, la probabilidad de que aparezcan alteraciones emocionales dependerá tanto de rasgos de su estructura psíquica como de las características del contexto en el que se realice, básicamente la actitud de la o las familias, y la eventual contención o rechazo que puedan generar.

c) En los casos en los que la demanda de I.V.E. se plantea subsecuentemente a la violación, la intervención psicológica tendría que estar dirigida a resolver las ansiedades propias de la mujer por la agresión sufrida, tanto antes como después del I.V.E. a fin de ayudarla a elaborar y resolver las distintas situaciones de estrés físico y psicológico a las que ha estado sometida.

d) Si la recomendación y decisión de la I.V.E. es consecuencia de que se presume que el feto habría de nacer con graves taras físicas y psíquicas, se da una situación similar a la considerada en el primer caso, coincidiendo los fuertes sentimientos ambivalentes hacia el embarazo que esta situación suele crear, con la tendencia a la autodepreciación por *no ser capaz* de tener hijos sanos. Incide además el que con frecuencia, en este supuesto, la I.V.E. se realiza en un momento más avanzado de la gestación, con las implicaciones de mayor riesgo, tanto físico como psíquico.

Un análisis que habría que hacer es que se considere por *peligro grave* para la mujer o para el feto, ya que es un concepto que con frecuencia puede depender más de planteamientos ideológicos que puramente técnicos. ¿Hasta donde una persona o situación puede ser catalogada de

grave/menos grave? Dependería en cada caso del concepto positivo o negativo que sobre la salud del individuo o de la comunidad tenga el profesional que va a tomar la decisión de indicar o no la I.V.E. Este factor modulador de la decisión del profesional se relaciona directamente con la mayor ansiedad que puede generar en la mujer ante la realización de la I.V.E., ya que si se aprecia el *peligro grave*, este se objetiva y contamina a la intervención misma. Simultáneamente se da lo que muestran claramente numerosas investigaciones realizadas en diversos países, respecto del hecho de que negar la autorización de un aborto cuando éste ha sido ya decidido claramente por la mujer, genera muchas más alteraciones emocionales e incluso trastornos duraderos, que su autorización.

Una tipología a considerar de la presumible respuesta diferencial ante la demanda de I.V.E. podría ser la siguiente:

1. Mujeres emocionalmente estables (Con un Yo fuerte, y una plasticidad defensiva suficiente para enfrentar la ansiedad de la I.V.E.) que no presentarían alteraciones posteriores.

2. Mujeres emocionalmente inestables (Con un Yo estructurado a través de defensas neuróticas poco plásticas, caracterizado por la rigidez, con problemas personales o familiares manifiestos, etc.) en las que se daría una débil probabilidad de riesgo, modulado por aspectos tales como la ambivalencia.

3. Mujeres de edad adolescentes, el grupo de mayor riesgo potencial (Modulado el riesgo por la influencia del papel de los padres, y la atención/rechazo familiar al embarazo).

4. Mujeres jóvenes sin independencia social y/o económica de la familia (En las que frecuentemente se observan problemas en torno a su identidad femenina adulta) en las que el mayor riesgo está en función de variables como la culpabilidad sexual o la presión parental.

5. Mujeres casadas y que ya tienen hijos (Como factores incidentes: Número de hijos deseados; Hijos habidos no deseados; Presencia de Depresión o crisis depresivos). La realización de la I.V.E. generalmente se presenta asociada a una mejora en la ejecución de proyectos personales después del aborto.

En los *efectos emocionales* de la I.V.E. juega un papel destacado la actitud de los *observadores*, es decir las personas significativas del entorno de la mujer. Dicha actitud incide en la frecuencia y contenido de las consecuencias emocionales específicas de la interrupción del embarazo.

Una actitud punitiva, reprobadora, en los *observadores* incrementa la probabilidad de que la experiencia sea vivida con culpabilidad.

Una actitud comprensiva, acompañante, contenedora, favorece que la experien-

cia pueda ser superada sin cicatrices emocionales de larga duración.

La incidencia de estas actitudes lo es tanto por las expectativas que generan ante la I.V.E. como por la elaboración *a posteriori* de la experiencia vivida. Es en torno a esta cuestión que el asesoramiento psicológico se ofrece como una alternativa para la predicción del riesgo y su reducción.

4. LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS DEMANDAS DE I.V.E.

La relevancia de la Intervención Psicológica específica en las demandas de I.V.E. viene avalada por una dilatada experiencia favorable en la mayoría de los países desarrollados. Hay que considerar, genéricamente, dos clases de intervención: La que se realiza previa a la práctica de la I.V.E., y la que se realiza *a posteriori*.

La intervención *a priori* tiene como objetivos fundamentales ayudar a la mujer a tomar su decisión, valorar su competencia para tomarla, y predecir la posibilidad de riesgo psicológico, estableciendo en su caso los métodos de contención necesarios.

La intervención *a posteriori* se orienta a ayudar a la mujer a elaborar los aspectos negativos de su experiencia y a minimizar el riesgo de que se plantee nuevamente la misma situación. Después de realizar la I.V.E., la mujer que ha sido asesorada y preparada psicológicamente *a priori*, suele con mayor frecuencia acudir a las posteriores revisiones, reduciendo así el riesgo de presentar alteraciones y mejorando su acercamiento al planeamiento anticonceptivo, siendo así menos numerosos los casos de mujeres que vuelven a quedar embarazadas y a realizar nuevas I.V.E.

Si se establece como objetivo prioritario la promoción de la salud, la intervención previa al I.V.E. es más importante que la realizable *a posteriori*, sin por ello restarle importancia a esta última, decisiva en aquellos casos en los que se produzcan alteraciones emocionales o sean potenciales casos de riesgo.

Si consideramos aquí además las perspectivas con las que se encuentra la mujer española que ha de tramitar un aborto legal, el valor de la Intervención Psicológica —previa o no— deviene en extraordinario. En la vía legal española, la mujer se enfrenta a un contexto caracterizado por lo burocrático - deshumanizador. Pero también se encontrará con problemas similares —al menos en principio— si opta por realizarlo fuera de los cauces legales, como se detallará más adelante.

La Ley O. 9/85 exige determinados requisitos para que pueda practicarse la I.V.E. de acuerdo a la misma. Así la mujer habrá de:

1) Dar su consentimiento expreso.

2) En la *circunstancia primera* (grave peligro para la vida o salud de la madre)

habrá que obtener un dictamen de un médico especialista, distinto de aquél que realizará el aborto.

3) En la *circunstancia segunda* (violación) deberá denunciar el hecho, y solicitar el aborto antes de las doce primeras semanas de gestación.

4) En la *circunstancia tercera* (graves taras físicas o psíquicas en el feto) habrá de obtener un dictamen emitido por dos especialistas, de un centro acreditado, distintos de aquél que practicará el aborto, y todo ello antes de las veintidos primeras semanas de gestación.

De acuerdo al procedimiento que se reguló posteriormente a la ley, la mujer que solicita el aborto legal ha de realizar los siguientes trámites:

1) Obtener un informe previo de un Centro de P.F. (generalmente del ginecólogo).

2) Con este informe tiene que dirigirse al Insalud donde hay una comisión evaluadora (formada por médicos) que dictaminarán positiva o negativamente el informe anterior. Son así las causas físicas, biológicas, las únicas que realmente se tienen en cuenta a la hora de dictaminar una I.V.E. legal. Si el dictamen de la comisión evaluadora es positivo, entonces,

3) Se la envía a uno de los centros autorizados para ser intervenida.

Todos estos trámites funcionan de forma aislada y sin ninguna conexión entre unos y otros, de tal manera que en cada una de las instancias por donde la mujer pasa, tiene que volver a contar su historia, una y otra vez, y con la plena seguridad de que no se va a autorizar la intervención si no cumple los requisitos expresados, y sin que en ellos la mujer tenga ningún espacio para poder ser escuchada y atendida respecto de su situación tanto externa como interna. Así las mujeres que optan por la vía legal suelen quedar expuestas a una gran tensión emocional debida a factores distintos a la propia intervención, como lo avanzado de la gestación —dadas las demoras inevitables— las gestiones que han sido necesarias para conseguirlo, y la actitud social y en particular de las personas encargadas de estudiar las indicaciones de la I.V.E., que con frecuencia no disimulan sus actitudes personales, bien coartando el proceso o negando los factores de estrés que sobre ella inciden.

Cuando se opta por realizar la I.V.E. fuera de los cauces legales, situación cuya incidencia en la población continúa siendo muy elevada, vienen a plantearse problemas similares, aunque situados en otro contexto. Actualmente, para una mujer española que decide abortar puede hacerlo de manera sencilla y sin apenas riesgos físicos o legales, fuera del Estado Español. La casi ausencia de estos riesgos no impide el que con frecuencia se constate que las mujeres españolas van muy mal preparadas (psicosociológicamente) para someterse a la I.V.E.

Generalmente, la mujer española que decide realizar por su cuenta una I.V.E. y acude en demanda de información a un centro de P.F., es sometida a un examen ginecológico en el que se determina el estado de su embarazo, el cual una vez confirmado y valoradas sus características, lleva a que la mujer obtenga información sobre una clínica extranjera (Londres y Amsterdam entre las más frecuentes) a la que puede dirigirse según su voluntad y en base al número de semanas de su embarazo, o las preferencias de la mujer sobre la anestesia local o total. Tras recibir dicha información es citada para que se someta a una revisión a partir de los diez días de haber sido practicada la I.V.E.

Uno de los problemas principales, como ya hemos anticipado, que se plantean en esta secuencia es que muchas mujeres, una vez realizada la I.V.E., no se someten a las revisiones prescritas.

Sin embargo hay datos constatados, de que con una preparación psicológica donde la mujer encuentre el marco adecuado para poder expresar sus inquietudes (no olvidemos que la mujer suele llevar a cabo todo el proceso en absoluto secreto y no se lo cuenta a nadie excepto quizás a algún amigo o amiga íntima, familiar, etc.) tal intervención psicológica tiene, entre otras, la misión de servir de objeto acompañante frente a los mecanismos regresivos que tales circunstancias suelen desencadenar, y suele producir un efecto positivo en la mujer ya que la permite expresar todas sus dudas y temores ante una decisión en principio ya tomada y poder enfrentarse a ella con una mayor y más decidida responsabilidad. El papel del psicólogo se orientaría así a ayudar a la mujer a encontrar las causas reales que la llevan a tal determinación a fin de poder predecir y reducir el posible riesgo psíquico que tras el aborto puede aparecer.

Se ha comprobado repetidamente, y así lo expresan numerosos trabajos, que una mujer preparada ante la I.V.E., no sólo desde lo físico sino también desde lo psíquico, va más relajada y serena a la intervención, con lo que indirectamente se disminuye el riesgo de alteraciones físicas y emocionales posteriores. Así queda patente en las experiencias descritas en los países desarrollados donde la I.V.E. terapéutica está legalizada y en los que la intervención psicológica es fundamental para la atención de la embarazada, tanto antes de la intervención como un seguimiento post-I.V.E.

Antes de la intervención, el psicólogo prepara a la mujer para que se acerque a un hecho que puede ser psíquicamente doloroso para ella, de la forma más saludable posible. Después de la intervención, el seguimiento psicológico posibilita el que la mujer pueda vivir la continuación de sus relaciones sexuales y eventuales embarazos futuros libres de la carga de ansiedad que la situación anterior haya podido provocar.

En la ley española resulta sorprendente como a pesar de que se promulga cuando se cuenta con la amplia experiencia habida en otros países, ni en la ley, ni en su desarrollo posterior se ha considerado necesaria la intervención psicológica, ni a la hora de dictaminar las causas psíquicas en los informes necesarios para acceder al aborto legal, ni en el asesoramiento y seguimiento psicológico de las demandas. Por el contrario los pasos que tiene que dar la embarazada para acceder a uno de los 3 supuestos establecidos en la ley se asemejan más a situaciones inquisitoriales, inscritas en una medicina oscurantista y negativista, que a una concepción positiva de la salud, por lo que muchas veces la mujer, aún pudiendo acogerse a los supuestos legales, prefiere seguir saliendo al extranjero a realizar la I.V.E., antes que pasar por una multiplicidad de trámites que no van a hacer sino incrementar su ansiedad y por lo tanto colocarla en una situación de estrés psicológico, inatención y publicidad de su situación que puede paliar por otras vías.

El papel específico del psicólogo/a ante las demandas de I.V.E.

Un programa de P.F., encuadrado dentro de una red sanitaria de Atención Primaria, entre cuyos objetivos fundamentales se encuentre la de la prevención de la salud, tanto física como psíquica, no debe dejar pasar por alto, como hasta ahora se ha venido haciendo, la asistencia y cuidado de las mujeres que encontrándose embarazadas, han decidido interrumpir su embarazo, ya sea porque se encuentran dentro de los 3 supuestos contemplados por la ley, o por otras muchas causas que la ley no considera, y que son resueltas fuera del Estado.

La intervención psicológica es necesaria en todos estos casos, cumpliendo una función preventiva en la mayoría de los casos, y asistencial siempre que el caso lo requiera.

Greve y Schroder (1977), tras un estudio con 386 mujeres solicitantes de aborto en la República Federal Alemana, defienden la importancia de la participación de los psicólogos y asistentes sociales en las consultas para asesorar la decisión de la I.V.E. En el grupo de mujeres estudiado por estos autores observaron la incidencia de depresión reactiva en 144 mujeres, y de depresión de características neuróticas que había sufrido descompensación defensiva durante el embarazo en otras 106. Según estos autores el papel de las consultas previas al aborto incluye dos contenidos principales: a) Ayudar a la mujer a tomar su decisión sopesando todos los elementos, y b) Explorar las posibles consecuencias de la I.V.E.; Maruani et. al. (1978) han revisado, desde la perspectiva francesa, el papel del psiquiatra en un centro de P.F., con sugerencias similares.

La preparación psicológica ante el aborto debe ser considerada como parte integral de los cuidados de salud. Se trata de

un tema de gran relevancia en los últimos años, que ha sido objeto de numerosos y relevantes trabajos de investigación y tesis, entre ellas la de Kay (1985) en Nueva York, con mujeres de 18 a 35 años, para las que prepara un abordaje compuesto de métodos didácticos, informativos, junto a algunas técnicas conductual-cognitivas.

Uno de los principales cometidos de la preparación psicológica previa al aborto es la toma en consideración de los deseos inconscientes que la mujer puede tener hacia su maternidad, y que se traslucen en la ambivalencia que manifiesta externamente ante su solicitud de I.V.E.; Este tema ha sido abordado en numerosos estudios: así, en la República Federal Alemana, Menne y Moersch (1980) han documentado la importancia de que se realice una intervención psicológica específica para que se puedan tomar en consideración estos aspectos relativos a la naturaleza del deseo inconsciente, y la mujer pueda tomar conciencia de su ambivalencia y reciba el consejo psicológico sobre el que pueda asesorar su decisión.

Otro contenido importante es la exploración de las fantasías acerca del feto que desarrollan las mujeres que solicitan la I.V.E.

Es importante considerar la inducción y sugestibilidad de que el médico (ginecólogo), psicólogo, u otras personas que intervienen en el proceso de atención a la mujer que solicita la I.V.E. pueden hacer uso, incidiendo para la decisión a tomar. Como se desarrollará más adelante, no es este el efecto deseable, sino por el contrario, contradictorio con su verdadera finalidad. La función de los profesionales es la de facilitar a la mujer la elaboración de su decisión y el afrontamiento de la situación de I.V.E. mediante el uso de técnicas específicas. Un ejemplo, entre otros muchos, puede verse en el trabajo de Moore (1979) quien ha preparado un video que sirve de soporte a un programa de modelado para ayudar a las mujeres a afrontar la situación de aborto con el menor riesgo psicológico posible.

Un aspecto peculiar y de gran relevancia en la preparación psicológica ante el aborto, así como para minimizar el riesgo psicológico posterior al mismo, es el desarrollo de programas específicos para los hombres que acompañan a las mujeres a la realización de la I.V.E. Gordon (1978), en los Estados Unidos, desarrolló un programa basado en la realización de una sesión de grupo (grupo de crisis, con técnica rogeriana) de una duración variable de 2 horas, como alternativa a permanecer en la sala de espera durante ese período. Gordon demuestra cómo los sujetos que eligen asistir al grupo, muestran un descenso significativo de la ansiedad y orientan sus actitudes más favorablemente hacia la decisión que haya tomado la mujer. Los varones, con frecuencia los grandes ausentes en la situación de I.V.E., pueden

ser incluidos en ella si se diseñan los medios para permitir un acercamiento que en lugar de favorecer la resistencia, fomente la participación y elaboración.

A continuación se desarrollarán las características, relevancia y funcionalidad del principal instrumento de intervención del que dispone el psicólogo para su acercamiento a las demandas de I.V.E.: La Entrevista Psicológica.

La entrevista previa a la decisión de I.V.E. mejora el conocimiento que las mujeres tienen acerca de sus motivaciones y ambivalencia, permite mejorar el conocimiento que la mujer tiene de su ciclo reproductivo, elimina o reduce la ansiedad que provoca la decisión y la intervención de aborto en sí misma, así como facilita la relación con el médico que la va a llevar a cabo.

Kaminsky y Sheckter (1979) describen, dentro del contexto de la experiencia canadiense, la efectividad de la intervención de las mujeres no-profesionales, supervisadas por Psicólogos o Asistentes Sociales, para efectuar consultas centradas a las necesidades de las mujeres ante su decisión, así como para coordinar o promover actividades informativas complementarias.

Hall (1980) ha descrito las características de las entrevistas previas a la I.V.E. en Francia. Un resumen de datos procedentes de tres mil entrevistas de I.V.E. está recogido en Mon Saigne et al. (1979).

En algunos países europeos la entrevista psicológica es obligatoria en toda demanda de aborto legal, considerándola como un lugar de escucha y de apoyo destinado a ayudar a la mujer a tomar su determinación lo más serenamente posible, y como elemento de un dispositivo en el que la intención disuasoria aparece clara en la legislación. Su principal interés radica en que es el instrumento que con mayor probabilidad permite realizar adecuadamente una intervención de promoción de la salud mental en la situación de crisis que representa la I.V.E.

¿Cómo se puede realizar esta entrevista de manera que pueda cumplir su cometido y no sea lesiva para sus partícipes (psicólogo / entrevistador - entrevistado)? En esta situación, dominada por la toma de una decisión que corresponde en última instancia a la mujer, la intervención del psicólogo/a, a la hora de pronunciarse, pasa a ser uno de los elementos principales.

El psicólogo/a (el sexo del profesional no es aquí una cuestión banal) sabe o debe saber interrogarse sobre sus posiciones personales cara a la interrupción del embarazo, las actitudes y resonancias que le evoca. En una situación donde entran en juego la angustia y la culpabilidad, debe plantearse sobre los fundamentos y condiciones de su función real y del sentido que se le quiere dar a la entrevista.

El aborto se sitúa exactamente en el punto de encuentro de lo individual y lo social, y esto es lo que el psicólogo tiene que tratar de considerar y poder manejar dentro del campo de la entrevista psicológica. Un ejemplo claro lo tenemos en la experiencia de que se dispone sobre el funcionamiento de la ley francesa sobre el aborto de 31 de diciembre de 1979. Dicha ley establece lo siguiente:

Entre el momento en que una mujer decide solicitar la interrupción del embarazo y el momento en que esta se lleva a cabo, la ley la impone someterse a un procedimiento complicado, constituido por varias etapas, bajo condiciones de espera, y en el que intervienen diversas instituciones (hospital, centro de planificación familiar, servicios sociales) interviniendo a la vez distintos profesionales (médico, psicólogo, asistente social, personal auxiliar, enfermeras, etc.), cada uno de ellos con un estatus y rol determinado. La interrupción del embarazo no podrá ser practicada pasada la décima semana de gestación (Art. 162.1) y tiene que ser realizada necesariamente por un médico, en un establecimiento hospitalario público o privado. La ley establece por sí misma, ciertas condiciones y restricciones: La mujer debe ser de nacionalidad francesa, mayor de edad —si la mujer es menor y soltera se requiere la autorización de una de las personas que ejercen la autoridad paterna (Art. 162.7)— y debe de estar en estado de "necesidad", "peligro" físico o psíquico, aunque el art. 162.1 de la ley no estipula que la mujer lo tenga que demostrar. Debe consultar a un médico, el cual desde la primera entrevista tiene que informar obligatoriamente a la mujer de los riesgos físicos (para sí o sus futuras maternidades) a los que se expone, y le entregará un "dossier guía" con una información detallada de sus derechos legales y ventajas en caso de que ella decidiera continuar su embarazo (art. 162.3). La actuación del médico no consiste en dar respuesta (favorable o desfavorable) a la demanda de aborto, pero tiene la obligación de informar ampliamente a la interesada desde la primera visita (Art. 162.8).

A continuación la mujer debe acudir a consulta a un centro informativo de consejería conyugal (Planificación familiar) en donde se le abrirá un expediente. Esta consulta implica una entrevista en el curso de la cual se dará a la mujer la asistencia y el consejo adecuado a su situación (Art. 162.4).

Tras ella deberán transcurrir dos días como mínimo antes de la interrupción del embarazo. Si después de estas consultas la mujer persiste en su demanda de interrupción del embarazo, la ley señala entonces la obligación de hacer la solicitud por escrito, y tras un nuevo período de reflexión de 8 días, el cual sólo podrá ser reducido en el caso de que el período de las 10 semanas lo requieran (Art. 162.6) se procede a la práctica de la I.V.E.

Este procedimiento, que hemos descrito aquí por su interés para la cuestión que abordamos y por el contraste que supone con la situación legal española actual, y al que obligatoriamente la mujer debe someterse en Francia bajo pena de caer en la ilegalidad, constituye un conjunto específico de medidas en el que aparecen claramente representadas dos funciones esenciales: a) Una función de disuasión, y b) Una función de control social.

La función de disuasión asumida por el dispositivo legal no es sorprendente en la medida en que el conjunto de la ley tiene por objetivo principal el de ayudar a las mujeres a evitar el aborto. Por otra parte, esto no es más que una paradoja aparente, ya que en la mayoría de los casos la disuasión no opera en una decisión que ha sido ya tomada (una mujer decidida a abortar no renuncia salvo muy raramente), y así solamente en posibles demandas posteriores podría tener cierta eficacia. ¿Acaso no reconocen las mismas mujeres este papel disuasorio, más o menos explícito, cuando se hace de la entrevista un lugar de reflexión sobre los métodos anticonceptivos? Por otro lado, no existe una contradicción en el hecho de informar a una mujer que demanda un aborto, sobre métodos anticonceptivos, cuando con frecuencia la situación de la mujer que solicita el aborto no es consecuencia directa del fracaso de los anticonceptivos. Como se ha podido comprobar en el análisis expuesto, las leyes no tienen ningún efecto disuasorio sobre una decisión ya tomada. Esto no es más que una forma elegante pero poco eficaz a la hora de tratar de disociar la función de control de la función de ayuda o de escucha.

En este sentido la institucionalización (mediante ley) de la entrevista corre el riesgo de convertirla en una relación de poder en la que el lugar de dominio no está del lado de la persona que habla (la mujer), sino más bien del de la que escucha (el psicólogo/a) el cual desde ese lugar, puede juzgar. ¿Qué relación de ayuda puede instaurarse con este tipo de entrevista? ¿Qué utilidad individual, o qué utilidad social puede conllevar?

(Continuará)



psicólogos del siglo XX

Continuamos la serie sobre psicólogos del siglo XX iniciada en el número 22/23 de Psicólogos. En aquella ocasión, las páginas de esta sección estuvieron consagradas a la figura de Leonard D. Eron; en ésta, nuestro psicólogo del siglo XX es el doctor Lee J. Cronbach. Lee J. Cronbach, que nació en California en 1916, estuvo en Madrid en diciembre del año pasado; la Universidad Autónoma le confirió el título de "doctor honoris causa" y la Sociedad Española de Evaluación Psicológica lo nominó "presidente de honor"

LEE J. CRONBACH (*)

Rocío Fernández-Ballesteros

Presentar al profesor Lee Joseph Cronbach, en nombre de la Facultad de Psicología, ante la comunidad universitaria y ante las personalidades aquí congregadas es un honor para mí. Presentar al primer candidato a doctor "honoris causa" propuesto por una Facultad de Psicología —tanto en la Universidad Autónoma de Madrid como en las restantes Universidades del Estado— es, además, un privilegio. Esto, entendámonos, no significa que eminentes psicólogos no hayan recibido este grado honorífico de una Universidad española, sino que la propuesta no ha podido surgir hasta hace bien poco de una Facultad de Psicología por cuanto, como ustedes saben, tales Centros son de muy reciente creación.

Por tanto, participamos hoy, con emoción, en una ceremonia académica que rememora nuestras viejas tradiciones universitarias y en la que, por primera vez, aparece la Psicología con singularidad propia. Incluso, ello se ve reflejado en el nuevo color incorporado a la vestimenta de sus académicos. El acto que aquí nos congrega no sólo honra al Doctorando, sino a la Psicología española y, más específicamente, a la comunidad académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Y, yo creo, que supone un hito más —entre otros muchos que se han



sucedido en los últimos años— en el joven pero pujante y prometedor desarrollo de la Psicología española.

Pero el profesor Cronbach no es tan sólo una destacada figura en el ámbito de la Psicología sino que, como se sabe, ha realizado singulares aporta-

ciones metodológicas a las Ciencias sociales y, especialmente —amén de la Psicología— a la Educación y a la Sociología. Por consiguiente, el hecho de que la propuesta de concesión del doctorado "honoris causa" proceda de la Facultad de Psicología no significa que sus conocimientos, su campo de actuación, sus aportaciones y sus hallazgos científicos no se hayan proyectado también, con gran relevancia, sobre otras áreas de la Ciencia.

Por ello, el presentar al profesor Cronbach ante esta docta audiencia, puede suponer el riesgo de decir lo que ya es de muchos conocido o que todos pueden leer en el listado de su muy conocida y extensa producción bibliográfica con el que ustedes cuentan en este momento. Sin embargo, lo que me parece importante abordar es la presentación de sus más relevantes aportaciones a la Psicología contextualizadas en el transcurrir de nuestra Ciencia, con el fin de poner de relieve lo que su obra tiene de innovadora e

(*) Discurso de presentación leído por la decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma, profesora doctora Rocío Fernández-Ballesteros, en el solemne acto de investidura "doctor honoris causa" por la Universidad Autónoma de Madrid, en diciembre de 1985.

integradora del conocimiento de las Ciencias del Comportamiento.

Lee J. Cronbach es uno de los autores más citados en la Psicología contemporánea. Un reciente estudio bibliométrico realizado por un grupo de investigadores de la Universidad de Valencia así lo pone de relieve. En efecto, en los quince últimos años, Lee J. Cronbach ha recibido un promedio de 446 citas anuales, promedio significativamente superior que el recibido por autores tan relevantes como Rogers, McClelland o Neisser. (Y el poner estos ejemplos no pretende ir en menoscabo de los eminentes autores citados sino, en base a esa eminencia, poner de manifiesto el dato empírico, utilizando éste, tan sólo, como indicador de la relevancia actual del Doctorando.) Por otra parte, el análisis de las fuentes en las que aparecen tales citas se deduce que Lee J. Cronbach es un autor importante en muy distintos ámbitos de la Psicología. Así, es citado en fuentes periódicas de carácter general,



Biografía

Lee J. Cronbach nace el 22 de abril de 1916 en Fresno (California). Obtiene su M.A. en la Universidad de California (Berkeley) en 1937 y su Ph.D. en la Universidad de Chicago en 1940. El Profesor Cronbach ha enseñado en diversas instituciones universitarias: State College de Washington, Universidad de Chicago, Universidad de Illinois y, finalmente, en la Universidad de Stanford, donde actualmente es "Vida Jacks Professor of Education" y Profesor Emérito. Asimismo, ha sido "Fulbright lecturer" en la Universidad de Tokio.

L. J. Cronbach fue Presidente de la "American Psychological Association" y de su división de "Evaluación y Medición", de la "Psychometric Society", de la "American Educational Research Association" y de la "American Psychological Foundation"; asimismo, ha sido (o es), entre otras instituciones, Miembro del "Institute for Advanced Study", del "Center for Advanced Studies in the Behavioral Sciences", de la Fundación Guggenheim, de la "National Academy of Education", de la "American Philosophical Society", de la "American Academy of Arts and Sciences", de la "National Academy of Sciences" y miembro de honor de la Sociedad Española de Psicología.

Es doctor "Honoris Causa" de las Universidades de Yeshiva, Goothenburg, Chicago, Illinois (Urbana) y Medalla de Honor de la Universidad de Columbia. Recibió el Premio por servicios distinguidos en Medición Educativa del "Educational Testing Service" y el Premio, por su contribución científica destacada, de la "American Psychological Association".

básico y experimental tales como el "American Psychologist" o el "Psychological Bulletin", así como en otras de carácter eminentemente diferencial, correlacional y aplicado como el "Journal of Educational Psychology" o el "Journal of Consulting and Clinical Psychology". Porque la unificación y la integración son las primeras características de la obra de Lee J. Cronbach, que quisiera destacar. Uno de sus objetivos prioritarios, explícita o implícitamente presente en varios de sus trabajos, es el de la superación de la escisión —que la Psicología comparte con otras ramas del saber— entre ciencia de lo general frente a ciencia de la individualidad, ciencia experimental frente a ciencia de la individualidad, ciencia experimental frente a ciencia correlacional, ciencia básica frente a ciencia aplicada.

En dos de sus trabajos más citados y relevantes ("The Two Disciplines of Scientific Psychology", 1957, y "Beyond the Two Discipline of Scientific Psychology", 1975) plantea Cronbach los dos enfoques que separaban a la Psicología: el experimental (en el que el científico manipula en el laboratorio las condiciones para observar sus consecuencias) y el correlacional (en el que se preocupa de observar las asociaciones entre variables presentes en la naturaleza). Para sintetizar esta cuestión utiliza una imagen muy reveladora expresada en el título de ambas publicaciones: "las dos disciplinas de la Psicología Científica". Sobre esta importante cuestión va a dirigir una gran parte de sus reflexiones e investigaciones, así como este planteamiento va a repercutir sensiblemente en el trabajo de otros muchos científicos sociales.

Parte Cronbach en su posición integradora sobre "las dos disciplinas" del más riguroso positivismo, así dice: "La meta de las ciencias sociales y conduc-

tuales, desde Comte, ha sido el establecimiento de regularidades en forma de leyes comparables a las de las ciencias naturales tradicionales." (1975, página 265). Sin embargo, para él esa tarea requiere el previo establecimiento de observaciones que lleven a una descripción minuciosa de la realidad objeto de estudio; y, de ahí, el establecimiento de asociaciones estables entre observaciones que permitan la formulación de principios estocásticos para, más tarde, lograr el establecimiento de leyes causales. Su constanmención a las ciencias de la naturaleza —con las que parangona a las ciencias sociales— le hace plantear la siguiente analogía: "La Física, durante siglos, se dedicó al estudio de las leyes generales aplicables a todos los sólidos y gases, mientras que la Química estudió las propiedades y reacciones de sustancias individuales. La Química fue, en un tiempo, tan sólo un catálogo descriptivo de sustancias y técnicas analíticas. Llegó a ser una ciencia sistemática cuando al organizar estudios cuantitativos proporcionó principios para explicar las diferencias entre sustancias y predecir los resultados de las reacciones." (1975, p. 99). Para el profesor Cronbach la observación, el establecimiento de covariaciones estables entre observables o constructos y el hallazgo de principios explicativos, no son incompatibles sino, que, por el contrario, forman parte de un continuo de "límites invisibles" (1957, p. 99) a través del cual se llega al establecimiento de principios generales, fin último de la Ciencia. Así, para Cronbach "nuestros problemas no vienen de que los acontecimientos humanos no estén en principio sujetos a leyes: el hombre y sus creencias son parte del mundo natural" (1957, p. 268). Ahora bien, estos principios de los que habla no tienen por qué tener un carácter determinista e inmutable. Esta visión, man-



tenida por Cronbach hace treinta años coincide con el actual planteamiento de otros científicos procedentes de las Ciencias Naturales cuando sostienen, como el físico Wigner, que es posible hablar de una ciencia general de las regularidades en la que los fenómenos de la vida y del comportamiento podrían llegar a acercarse a lo estudiados por la Física o en base a esa "nueva alianza" entre el hombre y la naturaleza de la que habla el Premio Nobel Prigogine. Desde esta perspectiva renovadora de la Ciencia se establecen conexiones, en el mismo sentido que lo hacía Cronbach, entre asociaciones probabilísticas y principios explicativos causales. Así, como se sabe, la mecánica cuántica se basa en conexiones probabilísticas de "sucesivas percepciones" (como señala Wigner) con lo que se subraya el carácter intersubjetivo de los fenómenos observados o se da importancia a las "variables ocultas" (Prigogine y Stengers) para poder explicar la aparición de ciertas relaciones complejas. El paralelismo de todo ello con la obra que comento es notable.

Por otra parte, partiendo el Profesor Cronbach de la indudable "dedicación de la ciencia social a la comprobación formal de proposiciones nomotéticas" (1975, p. 269); sin embargo, la reducción de las vías de comprobación de hipótesis a las técnicas experimentales con el desprecio de la observación natural de los fenómenos objeto de estudio, no era —ni es— en modo alguno, sostenible. Las proposiciones nomotéticas procedentes del laboratorio no daban cuenta cabal de las interacciones que surgen entre las características individuales de los sujetos experimentales y los tratamientos a los que éstos eran expuestos, amén de que la artificialidad de éstos tampoco suponía una representación de la realidad. La salida interactiva propuesta por el Profesor Cronbach —y que significó un hito importante para la Psicología— fue la de proponer "una discipli-

na unificada... que se preocupe por las interacciones olvidadas entre variables del organismo (de los sujetos experimentales) y del tratamiento (o de las técnicas experimentales)" (1957, p. 117). Durante veinte años se dedicó al análisis de estas interacciones a través de diseños "ATI" innovados por él. Sus conclusiones, presentadas en dos importantes trabajos en 1975 y 1977, aportaron un nuevo punto de reflexión y avance para la ciencia psicológica; de un lado los efectos interactivos entre variables personales y tratamientos son extremadamente complejos y suponen relaciones de segundo orden. Por otra parte, si se pretende dar cuenta cabal de la realidad psicológica se requiere también el análisis del contexto socio-histórico en el que tales interacciones se producen; el tiempo y el contexto suponen una fuente de interacciones más. Así dice: "Necesitamos reflexionar sobre el sentido que tiene establecer generalizaciones empíricas en un mundo en el cual la

mayoría de los efectos son interactivos... Cuando damos el peso apropiado a las condiciones contextuales toda generalización es una hipótesis de trabajo no una conclusión." (1975, p. 273.) Concluye Cronbach resaltando que "las dos disciplinas, control experimental y correlación sistemática, responden a preguntas formales planteadas de antemano. La observación contextual intensiva va más allá de la disciplina a una apreciación con los ojos y la mente abiertos a las sorpresas que la naturaleza deposita en la red de la investigación" (1975, p. 274). Pero la importancia de las interacciones entre los fenómenos observados y las condiciones del laboratorio, así como la dependencia contextual e histórica de algunos principios, no son patrimonio de las ciencias del comportamiento; desde el principio de indeterminación de Heisenberg, en el campo de la microfísica, a la formulación del círculo vital de Von Weizsacker, o, como señala Prigogine, tanto a nivel microscópico fundamental como cósmico global, la ciencia moderna ha ido descubriendo la realidad, según unas coordenadas temporales, como un conjunto de sistemas de interacción. Por todo ello, el pensamiento del Profesor Cronbach se entronca y puede ser situado, como comenta el Profesor Pinillos, en una línea de pensamiento similar a la de filósofos de la ciencia como Kuhn o Feyerabend al formular la necesidad de desarrollar una alternativa epistemológica elaborada desde una perspectiva contextual.

Así, la obra de Lee J. Cronbach significa una importante aportación en la tarea, nada fácil y aún por concluir, tanto de unificación de la Psicología como de precisión y reflexión sobre el carácter explicativo de los principios psicológicos.

Pero el Profesor Cronbach es tal vez más conocido como metodólogo que



como epistemólogo de la Psicología. Incluso los datos empíricos procedentes del análisis bibliométrico de su obra así lo indican. Sus trabajos más citados se refieren a la instrumentación estadística y a la tecnología evaluativa. Así, entre otras muchas aportaciones, es el autor del coeficiente "alpha" (1951), ha reformulado los distintos estadísticos de verificación del cambio conductual (1970), en base a conceptos procedentes de la física ha propuesto sistemas de validación de tests psicológicos (1955), amén de haber escrito importantes obras sobre evaluación (1949) y educación (1963), textos ya clásicos traducidos a varios idiomas.

Sin embargo, a pesar de la importancia de su obra como tecnólogo, lo que a mí, personalmente, me parece más relevante del Profesor Cronbach es su labor reconceptualizadora también en este campo. En definitiva, el Doctorando puede ser considerado como un teórico de la metodología de las Ciencias Sociales y no sólo eso, las meta-teorías desarrolladas por él fueron innovadoras—en su mayor parte—cuando resultaban necesarias para el progreso de la ciencia social aplicada. Voy a tratar de justificar brevemente mis palabras.

Su obra de 1957 "Psychological Tests and Personnel Decisions" supone la integración de los tests psicológicos en un modelo de más amplio alcance. Parte de que el objetivo último de esos instrumentos de medida es el llegar a tomar decisiones. La calidad psicométrica de esos dispositivos (su fiabilidad y validez) es, desde luego, necesaria, pero no resulta suficiente; se requiere que sean integrados dentro de un proceso, lo más formalizado posible, que permita llegar a las más óptimas decisiones. Con esta meta aplica la teoría de la decisión (útil y con importantes aplicaciones en otras ramas de la Ciencia) y desarrolla—junto con Gleser—un modelo teórico a través del cual llegar a tomar decisiones



útiles a partir de las mediciones psicológicas y que afectan a concretos sujetos humanos. Reducir la evaluación en Psicología a la pura medición o aplicación de tests supone, pues, ignorar los avances científicos de la Psicología.

Algo semejante sucede con su trabajo de 1972. Desde la Psicometría se habían logrado desarrollar múltiples estadísticos a través de los cuales llegar a obtener medidas fiables, válidas y exactas. Hay que recordar que las garantías de exactitud de la medición, no sólo afectan a la Psicología diferencial, sino que comprometen también la bondad de los resultados experimentales. Como se sabe, la medición, sea ésta cual fuere, ha de comportar unas determinadas propiedades; así pues, en tanto en cuanto se proceda a establecer mediciones—en la vida real o en el laboratorio, sobre constructos o sobre conductas observables—es exigible la constatación de tales garantías. Pues bien, no existía una teoría englobadora de los distintos procedimientos de comprobación de tales características

cuando, en 1972, Lee J. Cronbach, junto con Gleser, Nanda y Rajaratnam publica la obra "The Dependability of Behavioral Measurement" que, en definitiva, es una teoría de la generalización (o de la generalizabilidad) de la medida, o en otros términos, una vía para preguntarse a qué universos de generalización unas determinadas puntuaciones, recogidas por un investigador, pueden ser generalizadas. En definitiva, como señala el Profesor Cronbach en esta obra, "resulta necesario aventurarse en una metateoría; esto es, discutir por qué una persona que analiza una técnica de medida debe preguntarse cierta clase de cuestiones. Ello se ve reforzado por la teoría de la generalización de la que proceden cuestiones fundamentales sobre la racionalidad o incluso la legitimidad de los enfoques tradicionales de puntuación, información y valoración de tests" (p. 4). Esta teoría ha supuesto una verdadera reformulación de los principios psicométricos clásicos y ha significado un auténtico puente entre lo idiográfico y lo nomotético, dando lugar a replanteamientos importantes en distintas áreas de la Psicología.

Su afán por sistematizar y formalizar los problemas le llevó a formular los diseños "ATI" o "interacciones aptitud X tratamiento", lo cual ha servido como base de infinidad de investigaciones cuyo objetivo prioritario es el de aislar matemáticamente las mutuas influencias de las características personales, de los tratamientos, así como de sus interacciones.

Pero también he mencionado la oportunidad social de algunos de sus trabajos. Durante los años sesenta y setenta se abría un importante campo de actuación al científico social. La implantación por parte de los poderes públicos de tratamientos o intervenciones del más variado tipo—educativas, sanitarias, ambientales, etc.—en la realidad socio-ambiental, con el fin de incrementar el bienestar del ciuda-



dano llevó consigo la necesidad de evaluación de tales intervenciones con el fin de probar su efectividad o valor; es decir, la medida en la cual se lograban los objetivos propuestos. Nuevamente Lee J. Cronbach plantea en 1982 una teoría de la valoración de Programas Educativos y Sociales con el fin de lograr desenmarañar la multitud de cuestiones referidas a los tratamientos o intervenciones aplicadas, a los sujetos afectados, a las operaciones observadas en los sujetos y al contexto que circunda o comprende todos estos elementos. En definitiva, se pretende construir un artefacto lógico que per-

mita establecer hasta qué punto las valoraciones realizadas sobre unas intervenciones son generalizables a otros sujetos, operaciones observadas y contextos. Nuevamente, en este último trabajo, se resalta —con abundantes pruebas empíricas— la decisiva importancia socio-histórica del contexto y el relativismo inherente a los principios que rigen en la Ciencia.

Lo dicho, hasta aquí no agota, por supuesto, la obra del Profesor Cronbach ni sus aportaciones a la Psicología y a las Ciencias Sociales en general, sin embargo, creo que sí supone un apretado resumen de sus más relevan-

tes contribuciones. Como síntesis de todo lo expuesto, puede decirse que el Doctorando es un eminente metodólogo, teórico de la metodología y epistemólogo de la Psicología. Su obra desde una perspectiva de unificación, síntesis e innovación es merecedora del honor que, en nombre de la Facultad de Psicología, voy a solicitar del Excelentísimo Rector Magnífico de esta Universidad Autónoma de Madrid:

Sr. Rector, pido le sea concedido el grado de Doctor "Honoris Causa" en Psicología al Profesor Lee Joseph Cronbach.

Cronbach y "las dos disciplinas de la Psicología Científica"

Fernando Silva

Seguramente, todos estamos empeñados en hacer de la práctica psicológica una empresa científicamente fundada. Pero al hablar de ciencia, y aún sin referirse a acepciones demasiado amplias del término que pueden llegar a hacerle perder toda especificidad como conocimiento, surge la embarazosa pregunta de a qué perspectiva científica nos estamos refiriendo. Por más que recordemos una y otra vez con nostalgia una época de supuesta unidad en psicología científica, una época donde, como ha apuntado el profesor Cronbach (1957) "todos los procedimientos experimentales eran tests, (y) todos los tests eran experimentos", la verdad es que ha existido al menos una dualidad de perspectivas desde sus mismos comienzos: recordemos en Wundt la "psicología experimental" y la "Volkerpsychologie", la "psicología de los pueblos". Esta dualidad ha sido repetidamente delatada a lo largo de este siglo (véase p.e. Dashiell, 1939 o Bindra y Scheier, 1954) y constituyó tema de reflexión de un enjundioso trabajo de Kurt Lewin acerca de "El conflicto entre las perspectivas aristotélicas y galileanas en la psicología contemporánea", aparecido en 1931 y donde el autor enraiza las dos maneras de hacer psicología en una pugna común y básica en el desarrollo de las ciencias.

En la discusión acerca de estas dos perspectivas, como sabemos, dos trabajos del Profesor Cronbach han jugado un

papel fundamental. En 1957 y en su calidad de Presidente de la American Psychological Association, lee él ante la sextuagésimoquinta Convención Anual de la Asociación un trabajo acerca de "Las dos disciplinas de la psicología científica" y, exactamente 17 años después, lee ante la Convención Anual de la APA su trabajo "Más allá de las dos disciplinas de la psicología científica". Media entre ambos trabajos un amplio y fecundo período tanto de investigación empírica como de reflexión teórica. En el estudio bibliométrico que se reproduce dentro de este Dossier, puede verse que ambos trabajos están entre los más citados de la obra de Cronbach, con un volumen importante de referencias en el contexto científico internacional. La psicología española tampoco ha sido ajena a la fuerte repercusión de estos artículos. Entre otros, Pelechano les dedicó una comunicación en el Congreso de Alicante (1981) y tanto en el "Psicodiagnóstico: Concepto y Metodología" de la Profesora Fernández Ballesteros (1980), como en mi "Introducción al Psicodiagnóstico" (Silva, 1982), la cuestión de las dos disciplinas ocupa un lugar central. Pero tal cuestión inspira, sobre todo, el libro dirigido por los profesores Alvira, Avia, Calvo y Morales "Los dos métodos de las ciencias sociales", aparecido en 1979 y que, si nos guiamos por el volumen de ventas, ha suscitado un gran interés. Allí aparecen precisamen-

te traducidos los dos artículos del Profesor Cronbach.

La escasez de espacio me obligará a prescindir de un comentario pormenorizado de esta faceta de la obra de Cronbach. Ni siquiera será posible resumir esquemáticamente su contenido. Apuntaré pues sólo algunas ideas. Recordemos. En el trabajo de 1957 delata el autor el divorcio existente entre dos maneras de hacer psicología: la "experimental", que enfatiza la manipulación y el control, y la "correlacional", que enfatiza un enfoque multivariado y un acercamiento descriptivo a la conducta en sus ambientes naturales. La psicología experimental se interesa ante todo por la manipulación de los tratamientos (entendiendo por "tratamiento" cualquier tipo de influencia sistemática sobre el sujeto) con el fin de optimizar el resultado promedio de los individuos, y la psicología correlacional se interesa ante todo por las diferencias inter-individuales en aptitudes —o, más en general, en "atributos" personales (McKeechie, 1978)— con el fin de predecir si determinados individuos se ajustarán o no a un determinado tratamiento. Ante este panorama, la respuesta de Cronbach es clara: El escribe: "Mi mensaje es mi creencia de que los principios de conflicto del usuario de tests y del experimentador pueden fusionarse en una psicología aplicada nueva e integrada (...). Si existe para cada ambiente un

organismo óptimo, también existe para cada organismo un ambiente óptimo. La tarea de la psicología aplicada es mejorar las decisiones acerca de las personas. La psicología aplicada producirá el mayor beneficio social si podemos encontrar para cada individuo el tratamiento al que puede adaptarse más fácilmente. Esto exige la aplicación conjunta de métodos experimentales y correlacionales" (Cronbach, 1957). En otras palabras, se trata de potenciar, para una predicción acertada de resultados óptimos, el estudio de las interacciones Aptitud x Tratamiento o estudios ATI.

El trabajo de 1974 se escribe, justamente, tras una larga experiencia con estudios ATI (Cronbach y Snow, 1977). La conclusión no es, de ningún modo, que las interacciones no existan sino que, al contrario, se multiplican en interacciones de orden cada vez más superior, o lo que el Profesor Pinillos (1979) ha llamado "la multiplicación un poco desesperante de las interacciones": "Cuando atendemos a las interacciones —escribe Cronbach (1975)—, entramos en un salón de espejos que se extiende hasta el infinito", sobre todo, si se tiene en cuenta que la variable Tiempo —o, al menos, aquello que el tiempo conlleva— se incluye como un componente de la fórmula, que pasa a ser así la de una interacción de Aptitud x Tratamiento x Tiempo. Cronbach (1975) agrega, quizá exagerando un poco para dar más énfasis a su idea, que "una tabla actuarial que describe asuntos humanos pasa de ciencia a historia antes de que pueda ser mecanografiada".

La conclusión de todo esto es clara: "Las generalizaciones se desintegran" (Cronbach, 1975), con lo cual se pone en cuestión, no si la conducta humana está en principio sometida a leyes, pero sí que debamos aspirar a descubrir —o construir— tales leyes como tarea principal de la ciencia psicológica. "En vez de hacer de la generalización la consideración que rija nuestra investigación, sugiero que alteremos nuestras prioridades", escribe el autor (Cronbach, 1975), lo que lo lleva hasta esbozar un modelo nuevo de la ciencia psicológica donde se enfatiza el contexto de descubrimiento más que el de verificación, la observación más que la contrastación de hipótesis, la comprensión del hecho concreto más que la construcción de teorías generales, y donde el concepto mismo de "ciencia" —al menos en su sentido moderno— es puesto en cuestión. "Una identificación demasiado estrecha con la ciencia, sin embargo, nos ha dirigido a una meta inapropiada", escribe, y añade: "las dos disciplinas científicas, el control experimental y la correlación sistemática, responden a preguntas formales planteadas de antemano. La observación local intensiva va más allá de la disciplina hacia una apreciación atenta y desprejuiciada de las sorpresas que la naturaleza deposita en la red de investigaciones. Este tipo de interpretación es más histórica que científica" (Cronbach, 1975). Párrafos como éstos me han

dejado una remembranza claramente diltheyana: se aproximan seguramente más a las "Ideas para una psicología descriptiva y analítica" que a una obra contemporánea de psicología científica.

Los mencionados trabajos del Profesor Cronbach están llenos de otras sugerencias, y no quisiera con mi exposición mutilarlos excesivamente y, de allí, sesgar de antemano la reflexión. Otra línea de interés, por ejemplo, surge al delatarse la entronización de las variables estimulares (vgr. Watson) unida a la disciplina experimental y la entronización de las variables del individuo (vgr. Thurstone), unida a la disciplina correlacional. Con esto se relaciona directamente el tema polémico situacionismo-interaccionismo-psicología de rasgos. Para no dar más que otra indicación, recordemos que el así llamado "Psicodiagnóstico tradicional" o, más concretamente, el modelo psicométrico de la evaluación psicológica, posee una clara raigambre correlacional, mientras que la así llamada "Evaluación Conductual" significa, esencialmente, la introducción de la perspectiva experimental en la evaluación psicológica. Y en relación con esto, está una alternativa quizás no suficientemente explotada en los dos trabajos del Profesor Cronbach, aunque repetidas veces parezca pertinente: aquella de los estudios de caso único o $N = 1$, línea que ha revivido en la investigación de los últimos años con gran fuerza. Esto, a su vez, podría llevarnos a otro tema polémico que recobra asimismo actualidad: perspectiva "idiográfica" versus perspectiva "dimensional" en la evaluación de la personalidad o, también, introducirnos al "efecto sujeto", que el Profesor Pinillos (1979) en su prólogo al libro "Los dos métodos de las ciencias sociales", denuncia como el gran ausente en la cuestión de las dos disciplinas y que requeriría, en su opinión, de toda una revisión epistemológica. Y así sucesivamente. En efecto, los aportes del Profesor Cronbach acerca de las dos disciplinas de la psicología científica se han demostrado, en los últimos 30 años, de una extraordinaria fecundidad y capacidad de inspiración.

Bibliografía

- Alvira, F., Avia, M.D., Calvo, R. y Morales, J.F. (Dirs.). *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.
- Bindra, D. y Scheier, I.H. The relation between psychometric and experimental research in psychology. *Amer. Psychologist*, 9, 69-71, 1954.
- Cronbach, L.J. The two disciplines of scientific psychology. *Amer. Psychologist*, 12, 671-684, 1957.
- Cronbach, L.J. Beyond the two disciplines of scientific psychology. *Amer. Psychologist*, 30, 116-127, 1975.
- Cronbach, L.J. y Snow, R.E. *Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions*. N.Y.: Irvington, 1977.
- Dashiell, J.F. Some rapprochements in contemporary psychology. *Psychol. Bull.*, 36, 1-24, 1939.
- Fernández Ballesteros, R. *Psicodiagnóstico: Concepto y metodología*. Madrid: Cincel-Kapelusz, 1980.
- Lewin, K. El conflicto entre las perspectivas aristotélicas y galileanas en la psicología contemporánea (1931). En K. Lewin, *Dinámica de la personalidad*. Madrid: Morata, 11-52, 1973.
- McKeachie, W.J. Revisión crítica del libro de L.J. Cronbach y R.E. Snow. *Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions*. *Contemporary Psychol.*, 23, 706-707, 1978.
- Pelechano, V. Una nota sobre interacción: Cronbach a través del espejo. Comunicación leída en el Congreso Internacional sobre Psicología y Procesos de Socialización. Alicante, Febrero de 1981.
- Pinillos, J.L. Prólogo, en F. Alvira et. al. (Dirs.). *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 7-13, 1979.
- Silva, F. *Introducción al Psicodiagnóstico*. Valencia. Promolibro, 1982.

Un estudio bibliométrico sobre la repercusión de la obra de Lee J. Cronbach

E.J. Carbonell (*) y F. Silva (**)

El objeto de este trabajo es estimar el impacto del conjunto de la obra publicada de L.J. Cronbach en la comunidad psicológica actual. El estudio que se detalla a continuación, junto con otros presentados en el I Congreso de Evaluación Psicológica (Silva et. al., 1984a; 1984b; 1984c), se enmarca en un intento de los autores por objetivar y sistematizar la producción científica en evaluación psicológica, preferentemente en sus últimos años de desarrollo. Para lograr esta objetivación y sistematización, hemos recurrido fundamentalmente a un enfoque historiográfico, en concreto, al uso de métodos bibliométricos para analizar un determinado período y desarrollo histórico. Somos conscientes de las limitaciones de este enfoque (Carpintero y Peiró, 1981), el cual ha de ser naturalmente complementado por estudios de tipo bibliográfico. Constituye, sin embargo, una perspectiva distinta a las tradicionales, cada vez más necesaria cuanto más compleja y extensa es la producción científica, y que puede revelar información de indudable interés.

Existen diferentes métodos para estimar la relevancia o impacto científico de un autor y su obra. Sin duda, el más utilizado actualmente es el denominado Análisis de Referencias o Citas. Las referencias explícitas representan en gran medida el valor que se le atribuye a un determinado autor por parte de los miembros de su comunidad científica en un determinado período de tiempo (Carpintero y Peiró, 1983). Puede decirse entonces que el número de citas que un autor recibe, indica, al menos aproximadamente, el número de ocasiones que su obra ha sido tenida en cuenta por parte de otros investigadores, así como cuales

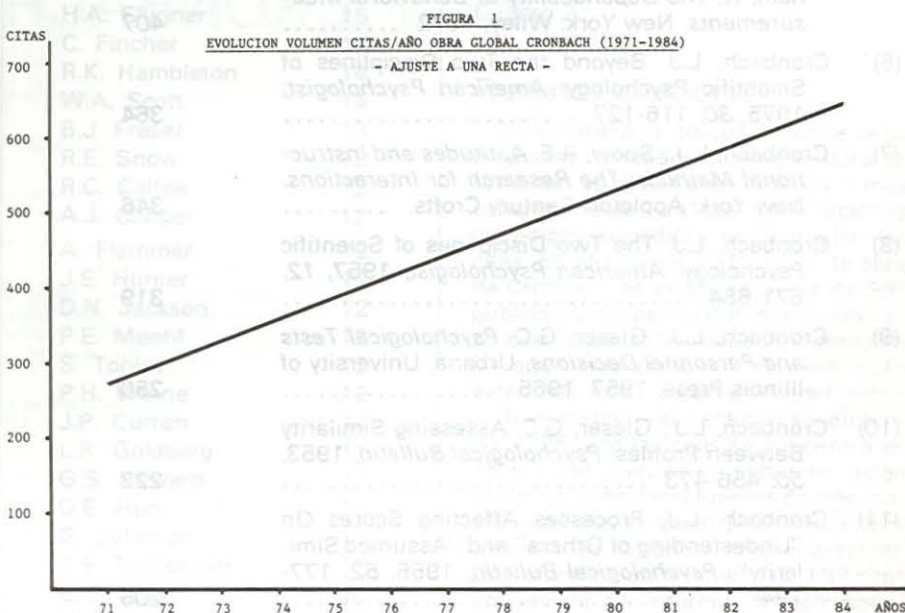
de sus trabajos han ejercido más influencia.

La fuente de datos que hemos escogido es el repertorio bibliográfico más exhaustivo de los que se dispone en la actualidad (Montoro, 1986): el *Social Sciences Citation Index* o S.S.C.I. (I.S.I., 1971-1984). Este repertorio recoge cada año cerca de cinco millones de referencias extraídas de más de 4.500 revistas especializadas. Además, dada su estructuración, el S.S.C.I. se presta especialmente para estudios como el que aquí se presenta.

Volumen de citas y su evolución

En el período comprendido entre 1971 y 1984 el conjunto de la obra de Cronbach ha recibido un total de 6.464 citas, con un promedio anual de 462. Estos datos le sitúan entre los autores más eminentes, no sólo en el período estudiado, sino en la historia de la psicología (Garfield, 1978; Pérez-Delgado, 1982).

La evolución del volumen de citas se recoge en la Figura 1, donde los datos se han adecuado a una recta. Puede verse



El siguiente estudio analiza el impacto de la obra del Profesor Cronbach según lo recogido en el S.S.C.I. desde 1971 hasta 1984, ambos inclusive.

(*) Universitat de Valencia.

(**) Universidad Complutense de Madrid.

que el impacto de la obra ha sido creciente. En efecto, los primeros años recogen un volumen de citas en torno a 260-270, mientras que en los últimos es superior a las 500. Como información adicional, puede decirse que el perfil ascendente año a año, es bastante regular, mostrándose, eso sí, que la cima parece alcanzarse entre los años 1980 y 1982, notándose a partir de entonces un leve descenso.

Trabajos citados

En el período estudiado se registran 149 obras diferentes mencionadas, lo que hace en relación con las 6.464 citas recibidas una media por trabajo de 43,4. Es ante todo de destacar, a la vista de esta información, la gran cantidad de obras citadas, lo que unido a la variedad de su contenido, muestra ya una repercusión muy amplia y multidisciplinar de la producción del autor.

Como era de esperar, el impacto de las distintas obras es muy desigual. Efectivamente, 12 trabajos concentran 4.960

citas, esto es, un 76,7% del total (media por trabajo de 413,3). El Cuadro 1 recoge estas 12 obras, ordenadas por el volumen de citas que recibe cada una de ellas en el período 1971-1984. El lector puede apreciar allí los títulos de mayor impacto, que a la vez resumen bien la aportación de Cronbach hasta finales de los años 70.

Dentro de esta docena de trabajos sobresale, en primer lugar, el aporte del autor a la *metodología psicométrica*, en sus aspectos *estadísticos*. Aquí se ubica el trabajo más destacado, el de 1951 sobre el coeficiente alfa (1) (cuyo volumen de citas puede estar artificialmente inflado al constituir una especie de "referencia de rutina" cada vez que se utiliza el mencionado coeficiente, el cual es hoy, seguramente, el más socorrido de entre todos los índices de consistencia interna). Además entran en este área el trabajo de 1970 sobre la medición de cambios (3), con un título ciertamente provocativo que invita a la reflexión, y los trabajos de 1953 (10) y de 1955 (11).

Una segunda área la constituyen tra-

bajos también de orden *psicométrico*, pero en sus aspectos predominantemente *conceptuales*. Sobresale en este sentido el artículo de 1955 sobre la validez de constructo (4), y el artículo de 1971 sobre la validación de tests (12). Estos trabajos recogen y demuestran la gran preocupación del autor respecto al tema de la validez, donde ha tenido aportes especialmente innovadores. Pero, donde tales innovaciones se demuestran quizás mejor, y siempre dentro del área psicométrico-conceptual, es en el libro de 1972 (5) que resume diez años de labor acerca de la Teoría de la Generalizabilidad, y el libro de 1957, 1965, (9), exposición pionera de la evaluación psicológica como un proceso de toma de decisiones. Estas dos obras han significado todo un replanteamiento de la teoría de tests, relacionando íntimamente los conceptos de fiabilidad y validez, y subordinando ambos al concepto de utilidad (Wiggins, 1973).

Los aportes de Cronbach a la *metodología psicológica* alcanzan su máxima expresión en sus dos trabajos acerca de

Cuadro 1: Trabajos más citados Cronbach (1971-1984)		Global: Nº Citas 1971-1984	Orden Global	Recencia: Nº Citas 1980-1984	Orden Recencia
(1)	Cronbach, L.J. Coeficiente Alpha and the Internal Structure of Tests. <i>Psychometrika</i> , 1951, 16, 297-334	970	1	568	1
(2)	Cronbach, L.J. <i>Essentials of Psychological Testing</i> . Eds. 1949, 1960, 1970, 1984	783	2	287	2
(3)	Cronbach, L.J.; Furby, L. How we Should Measure Change-or Should We? <i>Psychological Bulletin</i> , 1970, 74, 68-80	491	3	222	5
(4)	Cronbach, L.J.; Meehl, P.E. Construct Validity in Psychological Test. <i>Psychological Bulletin</i> 1955, 52, 281-303	440	4	207	6
(5)	Cronbach, L.J.; Gleser, G.C.; Nanda, H.; Rajaratnam, N. <i>The Dependability of Behavioral Measurements</i> . New York: Wiley, 1972	407	5	223	4
(6)	Cronbach, L.J. Beyond the Two Disciplines of Scientific Psychology. <i>American Psychologist</i> , 1975, 30, 116-127	364	6	200	7
(7)	Cronbach, L.J.; Snow, R.E. <i>Aptitudes and Instructional Methods: The Research for Interactions</i> . New York: Appleton-Century Crofts.	346	7	237	3
(8)	Cronbach, L.J. The Two Disciplines of Scientific Psychology. <i>American Psychologist</i> , 1957, 12, 671-684	319	8	135	8
(9)	Cronbach, L.J.; Gleser, G.C. <i>Psychological Tests and Personnel Decisions</i> . Urbana: University of Illinois Press, 1957, 1965	250	9	93	9
(10)	Cronbach, L.J.; Gleser, G.C. Assessing Similarity Between Profiles. <i>Psychological Bulletin</i> , 1953, 50, 456-473	222	10	83	10
(11)	Cronbach, L.J. Processes Affecting Scores On "Understanding of Others" and "Assumed Similarity". <i>Psychological Bulletin</i> , 1955, 52, 177-194	205	11	76	11
(12)	Cronbach, L.J. Test Validation. In R.L. Thorndike (Ed.). <i>Educational Measurement</i> . Washington D.C.: American Council on Education, 1971	163	12	75	12
Total		4.960		2.406	

"las dos disciplinas de la psicología científica": el trabajo de 1957 (8), y el de 1975 (6). Como puede observarse, ambos se encuentran entre los más citados, lo que demuestra la atención que ha suscitado, tanto el esfuerzo de Cronbach por conceptualizar la crisis existente en la metodología psicológica, como su esfuerzo por superar la dicotomía psicología experimental-psicología correlacional.

En fin, las dos obras restantes ejemplifican, ambas, dos claras líneas de trabajo del autor. Los "Essentials of Psychological Testing" (2) con sus sucesivas ediciones (*), demuestran el interés a la vez *integrador y pedagógico* de Cronbach. Por otra parte, el libro de 1977 (7), ejemplifica el interés y trabajo del autor en el área de la *psicología de la educación*, así como su aporte en el estudio de las interacciones, eje central de la problemática metodológica señalada más arriba.

En el Cuadro 1 se recoge también el volumen de citas recibidas entre los años 1980-1984, por cada una de las 12 obras mencionadas como un índice de la repercusión más actual de tales trabajos y, a la vez, como una aproximación a la evolución que el volumen de citas ha tenido.

En primer lugar, debe señalarse al respecto una base de estabilidad a través de los años, en la medida en que las 12 obras son a la vez las más citadas en el período total, y en los años más actuales. Sin embargo, puede verse alguna variación de importancia en el volumen relativo de citas de cada obra, lo que determina un cambio en el rango que ocupan. Así, se observa que la obra "Attitudes and Instructional methods: the Research for Interactions" (7) cobra una importancia creciente, seguramente, en relación con la enorme repercusión que el problema del estudio de las interacciones está teniendo en los últimos años. Por el contrario, el trabajo sobre la medición de cambios (3) y aquél sobre la validez de constructo (4) parecen descender en los últimos años en cuanto al volumen de citas, aunque un examen atento de los datos año a año (que no es posible reproducir aquí por razones de espacio), sugiere que tal descenso puede ser artefactual y se trate más bien de una estabilización.

Como una información complementaria dentro de este apartado, es necesario llamar la atención sobre la importancia que comienza a demostrar, en cuanto a volumen de citas, el libro de Cronbach "Toward a Reform of Program Evaluation" (San Francisco: Jossey-Bass, 1980). Dado lo reciente de esta publicación no alcanza a ser recogida en el Cuadro 1, y lo mismo puede ocurrir con el libro "Designing Evaluations of Educational and Social Programs" (San

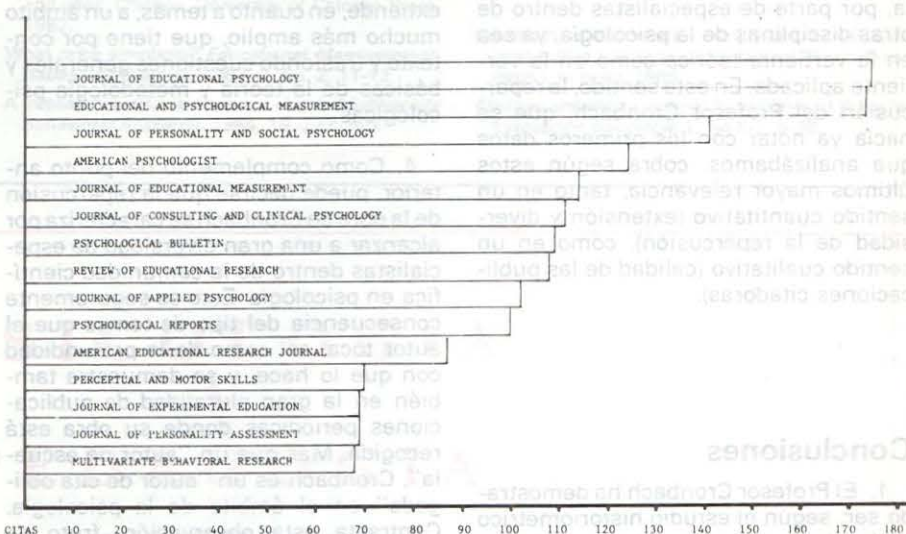
Francisco: Jossey-Bass, 1982), de publicación aún más reciente. Estas dos obras ejemplifican la línea de investigación en que Cronbach ha invertido más trabajo durante los últimos años, y es probable que llegue a tener una reper-

cusión significativa en la comunidad científica durante la próxima década.

Autores citadores

Otra información de interés la consti-

FIGURA 2: REVISTAS MÁXIMAS CITADORAS CRONBACH (1971-1984).



Cuadro 2: Autores máximos citadores Cronbach (1971-1984)

J.J. Ray	25
P.L. Peterson	24
R.J. Shavelson	23
L. Corno	22
R.J. Sternberg	18
P.M. Bentler	16
R.A. Berk	16
R.L. Brennan	16
M.T. Kane	16
S. Messick	15
H.A. Skinner	15
C. Fincher	14
R.K. Hambleton	14
W.A. Scott	14
B.J. Fraser	13
R.E. Snow	13
R.C. Calfee	12
A.J. Conger	12
A. Flammer	12
J.E. Hunter	12
D.N. Jackson	12
P.E. Meehl	12
S. Tobías	12
P.H. Winne	12
J.P. Curran	11
L.R. Goldberg	11
G.S. Howard	11
D.E. Hunt	11
G. Salomón	11
C.E. Thorensen	11
G.V. Glass	10
M.L. Koran	10
D.B. McLeod	10
C. Peterson	10
F.L. Schmidt	10
S.E. Whitely	10

tuye conocer el volumen y el nombre de los autores que citan a Cronbach. Nuestro autor es citado, en el período estudiado, por más de 3.300 investigadores con un rango que va entre 1 y 25 citas. Esto demuestra que su repercusión está muy extendida dentro de los diferentes ámbitos de la psicología. Más que ser un "autor de escuela" es un autor de "referencia obligada" en ámbitos muy diferentes, tanto teóricos como aplicados. Esto se demuestra con claridad al conocer los nombres de los autores que más le citan, tal y como se observa en el Cuadro 2.

Revistas citadoras

Otra manera de descubrir dónde se ha producido la repercusión de la obra de un autor, es detectar en cuántas, y más concretamente, en qué publicaciones científicas periódicas se acumulan las citas. En el período 1971-1984, la obra de Cronbach es citada en cerca de 900 publicaciones periódicas diferentes (en su casi totalidad, revistas). Se demuestra aquí, todavía de otra manera, cuán extendida es la repercusión del autor.

De entre toda esa cantidad, sin embargo, el 25% de las citas se concentra en 15 revistas que, en su conjunto, están entre las principales fuentes de información de la evaluación psicológica contemporánea (Carbonell, en preparación). Esto significa un promedio de 108 citas por revista. La información correspondiente se representa en la Figura 2.

También dentro de este pequeño grupo sobresale la diversidad temática, distinguiéndose varias áreas de interés. Por una parte aparece, con mayor claridad que en los apartados anteriores, la re-

(*) Hay traducción castellana de la edición de 1970, con el título de "Fundamentos de Exploración Psicológica", Biblioteca Nueva, 1972.

percusión de Cronbach en el área de la psicología educativa. Por otra parte, se confirma su fuerte repercusión en la metodología psicométrica. Pero es también de subrayar el hecho de que este análisis según revistas demuestra que el autor tiene un impacto más general, no sólo en el área de la evaluación psicológica, sino en publicaciones de consulta, por parte de especialistas dentro de otras disciplinas de la psicología, ya sea en la vertiente teórica como en la vertiente aplicada. En este sentido, la repercusión del Profesor Cronbach, que se hacía ya notar con los primeros datos que analizábamos, cobra según estos últimos mayor relevancia, tanto en un sentido cuantitativo (extensión y diversidad de la repercusión), como en un sentido cualitativo (calidad de las publicaciones citadoras).

Conclusiones

1. El Profesor Cronbach ha demostrado ser, según el estudio historiográfico realizado, uno de los autores de mayor repercusión en la psicología contemporánea y (comparando nuestros datos con otras informaciones), uno de los autores de mayor repercusión dentro de la historia de la psicología.

2. En el período 1971-1984, la repercusión de la obra de L.J. Cronbach apa-

rece en un claro ascenso, lográndose la cima entre los años 1980 y 1982.

3. A la vista de los trabajos más citados, es evidente que su mayor repercusión ha sido en el campo de la evaluación psicológica, especialmente en su vertiente psicométrica. Esta observación debe no obstante matizarse, en el sentido de que la influencia de Cronbach se extiende, en cuanto a temas, a un ámbito mucho más amplio, que tiene por contexto y trasfondo cuestiones generales y básicas de la teoría y metodología psicológicas.

4. Como complemento del punto anterior, puede decirse que la repercusión de la obra de Cronbach se caracteriza por alcanzar a una gran diversidad de especialistas dentro de la comunidad científica en psicología. Esto es seguramente consecuencia del tipo de temas que el autor toca, así como de la profundidad con que lo hace, y se demuestra también en la gran pluralidad de publicaciones periódicas donde su obra está recogida. Más que un "autor de escuela", Cronbach es un "autor de cita obligada" en el ámbito de la psicología. Contrasta esta observación, fruto de análisis estrictamente empíricos, con la insistencia del autor acerca de lo circunscrito de sus aportaciones. Esta aparente paradoja no es sin embargo nueva en la historia de nuestra ciencia: recuérdese que Pavlov insistió ya una vez en que nada tenía que decir de interés para los psicólogos...

Bibliografía

- Carbonell, E. Evaluación Psicológica Contemporánea: un estudio bibliométrico. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. En preparación.
- Carpintero, H.; Peiró, J.M. (Dir.). *Psicología Contemporánea. Teoría y Métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica*. Alfabius. Valencia, 1981.
- Carpintero, H.; Peiró, J.M. Aplicaciones de la metodología bibliométrica a los estudios de historia de la psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 1983, 4, 1, 21-23.
- Garfield, E. The 100 most-cited SSCI authors. *Current Contents*, 1978, 45, 5-15.
- Institute for Scientific Information. *Social Sciences Citation Index*, ISI: Philadelphia, 1971-1984.
- Montoro, L. La comunicación científica en psicología. En J.L. Pinillos y J. Mayor (Dir.). *Tratado de Psicología* (tomo I), Alhambra. Madrid, 1986 (en prensa).
- Pérez-Delgado, E. La presencia de Freud en las Ciencias Sociales. Un estudio bibliométrico (1966-1975). Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, 1982.
- Silva, F.; Martorell, M.C.; Tortosa, F.M.; Carbonell, E. Repercusiones de la obra de L.J. Cronbach en la psicología contemporánea (1971-1982). Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid, Septiembre 1984a.
- Silva, F.; Martorell, M.C.; Tortosa, F.M.; Carbonell, E. Repercusiones de la obra de H.J. Eysenck en la psicología contemporánea (1971-1982). Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid, Septiembre 1984b.
- Silva, F.; Martorell, M.C.; Tortosa, F.M.; Carbonell, E. Repercusiones de la obra de W. Mischel en la psicología contemporánea (1971-1982). Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid, Septiembre 1984c.
- Wiggins, J.S. *Personality and Prediction: Principles of Personality Assessment*. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1973.

PUBLICACIONES DEL PROFESOR LEE J. CRONBACH (*)

Individual differences in learning to produce forms. *American Journal of Psychology*, 1941, 54, 197-222.

Measuring students' thinking about a presidential election. *School Review*, 1941, 49, 679-692.

An experimental comparison of the multiple true-false and multiple multiple-choice tests. *Journal of Educational Psychology*, 1941, 32, 533-543.

The reliability of ratio scores. *Educational and Psychological Measurement*, 1941, 1, 269-278.

The true-false test: A reply to Count Etoxinod. *Education*, 1941, 62, 59-61.

An analysis of techniques for diagnostic vocabulary testing. *Journal of Educational Research*, 1942, 36, 206-217.

Studies of acquiescence as a factor in the true-false test. *Journal of Educational Psychology*, 1942, 33, 401-415.

Exploring the wartime morale of high school youth. *Applied Psychology Monographs*, 1943, 1.

What the word "function" means to algebra teachers. *Mathematics Teacher*, 1943, 36, 212-218.

A practical procedure for the rigorous interpretation of test-retest scores in terms of pupil growth. *Journal of Educational Research*, 1943, 36, 481-488.

Measuring knowledge of precise word meaning. *Journal of Educational Research*, 1943, 36, 528-534.

Pupil morale after one year of war. *School and Society*, 1943, 57, 416-420.

On estimates of test reliability. *Journal of Educational Psychology*, 1943, 34, 485-494.

Note on the reliability of ratio scores. *Educational and Psychological Measurement*, 1943, 3, 67-70.

Stereotypes and college sororities. *Journal of Higher Education*, 1944, 14, 214-216.

Con B.M. Davis. Belief and desire in wartime. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1944, 39, 446-458. [Reimpresión en D.C. McClelland (Ed.), *Studies in motivation*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1955.]

A case study of the split-half reliability coefficient. *Journal of Educational Psychology*, 1946, 37, 473-480.

Response sets and test validity. *Educational and Psychological Measurement*, 1946, 6, 475-494.

Test "reliability": Its meaning and determination. *Psychometrika*, 1947, 12, 1-16.

A validation design for qualitative studies of personality. *Journal of Consulting Psychology*, 1948, 12, 365-374.

Essentials of psychological testing, 1949. New York: Harper & Row, segunda ed., 1960; tercera ed., 1970; cuarta ed. 1984. (Traducido al japonés y al castellano: *Fundamentos de la Exploración Psicológica*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1971, segunda ed. 1972.)

Norms and the individual pupil. En *Proceedings, 1948 invitational Conference on Testing Problems*, 1949. Princeton, N.J.: Educational Testing Service. [Reimpresión en A. Anastasi (Ed.), *Testing problems in perspective*. Washington, D.C.: American Council on Education, 1966.]

Statistical methods applied to Rorschach scores: A review. *Psychological Bulletin*, 1949, 46, 393-429. [Reimpresión en B.I. Murstein (Ed.), *Handbook of projective techniques*. New York: Basic Books, 1965, y en R.D. Savage (Ed.), *Readings in clinical psychology*. Oxford: Pergamon, 1966.]

Con W.D. Neff. Selection and training. En F.W. Irving (Ed.), *Human factors in undersea warfare*. Washington, D.C.: National Research Council, 1949.

"Pattern tabulation": A statistical method for analysis of limited patterns of scores, with particular reference to the Rorschach test. *Educational and Psychological Measurement*, 1949, 9, 149-171.

(*) Bibliografía, hasta 1974, aparecida en el *American Psychologist* (enero 1974) con motivo de la concesión al Prof. Cronbach del Premio, por su contribución científica destacada, de la "American Psychological Association", ampliada hasta la actualidad según relación facilitada por el autor.

The Armde Services Vocational Aptitudes Battery in Transition. *Personnel and Guidance Journal*, 1979, 58, 232-237.

Hearnshaw on Burt. *Science*, 1979, 206, 1392.

Con otros. *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass Pub, 1980.

Con Schaeffer, G.A. *Extension of Personnel Selection Theory to Aspects of Minority Hiring*. Report 81-A2, Institute for Educational Finance and Governance, Stanford University, 1981.

Prudent Aspiration for Social Inquiry. En W. Kruskal (ed.), *The State of the Social Sciences: Fifty Years at Chicago*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.

Designing Evaluations of Educational and Social

Programs. San Francisco: Jossey-Bass Pub, 1982.

Validity on parole: How can we go straight? In *New Directions in Testing and Measurement*, 1980, No. 5, pp. 99-108.

In praise of uncertainty. In P.H. Rossi (Ed.), *New Directions in Program Evaluation*, 1982, No. 15, pp. 49-58.

Prudent aspirations for the social sciences. In W.W. Kruskal (Ed.), *The social sciences: Their nature and uses*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.

What price simplicity? *Educational Measurement: Issues and Practice*, 1983, 2, No. 2, 11-12.

A research worker's treasure chest. *Multivariate Behavioral Research*, 1984, 19, 223-240.

Social inquiry in the public interest. Vernon-Wall Lecture, Education Section of the British Psychological Society, London, 1984.

Essentials of psychological testing. 4th ed. New York: Harper and Row, 1984.

Social inquiry by and for Earthlings. In D.W. Fiske and R.A. Shweder (Eds.), *Metatheory in social science: Pluralities and subjectivities*. Chicago: University of Chicago Press, in press 1985. (prob 1986).

Construct validation after thirty years. In R.E. Linn (and ?) (Eds.), *Urbana: University of Illinois Press* (prob.), in press 1985.

Abilities and ability testing: Recentlines of thought. *Evaluación psicología 1*, No 1-2, 9-98.



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA PRESENTA

LENGUAJE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

TESTS DE APTITUDES PARA EL APRENDIZAJE
(S. Hiskey Nebraska)

*Edad de aplicación: 3 a 17 años

ESCALA DE INTELIGENCIA NO VERBAL
(Snijders y Snijders-Oomen)

*Edad de aplicación: 2 años y seis meses a 17 años

ESCALA INTERNACIONAL DE LEITER

*Edad de aplicación: 2 a 18 años

TESTS DE STYCAR. LENGUAJE
(M. Sheridan)

*Edad de aplicación: 6 meses a 7 años

ESCALAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE
(J. K. Reynell)

*Edad de aplicación: 1 a 6 años

BATERIA PARA EXPLORAR LAS APTITUDES AUDITIVAS
(Goldman, Fristone y Woodcock)

*Edad de aplicación: 3 a 80 años

INVENTARIO DE APTITUDES PERCEPTIVAS
(D. R. O'Dell)

*Edad de aplicación: Todas las edades

TRATAMIENTO

– SERIES DE ESTIMULOS VISUALES PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE (1.150 tarjetas)

– PIZARRA ESPEJO ORTOFONICO DE CORREDERA

– ESPIROMETRO DE AGUA

– APARATO PARA REEDUCACION DEL LENGUAJE Y TRASTORNOS DE AUDICION

– TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ

– FEEDBACK AUDITIVO RETARDADO, TARTAMUDEZ Y PARKINSON

– EQUIPO DE MEDIDA DE LA DURACION DEL SONIDO

– METRONOMO ELECTRONICO (a pilas)

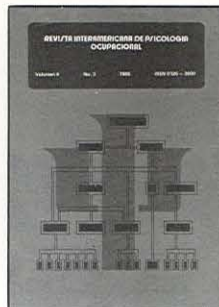
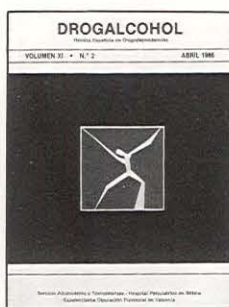
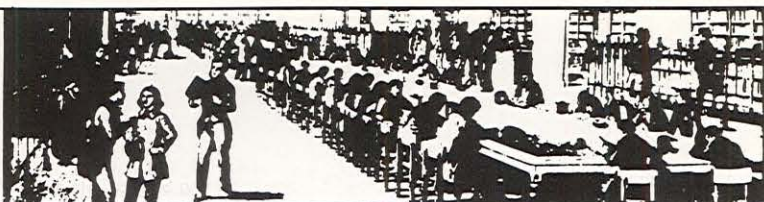
– BIOFEEDBACK :

DISARTRIAS

TARTAMUDEZ

OFICINAS Y EXPOSICION: Francos Rodríguez, 47 - 28039 - MADRID - Teléfs.: (91) 459 52 80 - 450 94 49

- Con T.G. Andrews. Transfer of training. En W.S. Monroe (Ed.), *Encyclopedia of educational research*. New York: Macmillan, 1950.
- Statistical methods for multi-score tests. *Journal of Clinical Psychology*, 1950, 6, 21-26.
- Further evidence on response sets and test desing. *Educational and Psychological Measurement*, 1950, 10, 3-31. [Reimpresión en D.A. Payne & R.F. McMorris (Eds.), *Educational and psychological measurement*. Waltham, Mass.: Blaisdell, 1967.]
- The group Rorschach in relation to success at the University of Chicago. *Journal of Educational Psychology*, 1950, 41, 65-82.
- Educational psychology. En C.P. Stone (Ed.), *Annual review of psychology*, 1950, Vol. 1. Palo Alto, Calif.: Annual Reviews.
- Con W.G. Warrington. Time-limit tests: Estimating their reliability and degree of speeding. *Psychometrika*, 1951, 16, 167-188.
- Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951, 16, 297-334. [Reimpresión en W.A. Mehrens & R.L. Ebel (Eds.), *Principles of educational and psychological measurement*. Chicago: Rand-McNally, 1967.]
- Con W.G. Warrington. Efficiency of multiple-choice tests as a function of spread of item difficulties. *Psychometrika*, 1952, 17, 127-147.
- Con A.L. Edwards. Experimental design for research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1952, 8, 51-59. [Reimpresión en G.E. Stollak; B.G. Guernay & M.A. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy research: Selected readings*. Chicago: Rand-McNally, 1966.]
- Correlation between persons as a research tool. En O.H. Mowrer (Ed.), *Psychotherapy, theory and research*, 1953. New York: Ronald.
- Con G.C. Glesser. Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 1953, 50, 456-473.
- Educational psychology*, 1954. New York: Harcourt Brace & World. Segunda ed., 1963. (Traducido al castellano, alemán y persa.)
- A note on negative reliabilities. *Educational and Psychological Measurement*, 1954, 14, 342-346.
- Con otros. Technical recommendation for psychological test and diagnostic technique. *Psychological Bulletin*, 1954, 51 (2, Part 2, Supplement).
- Report on a psychometric mission to Clinica. *Psychometrika*, 1954, 19, 263-270. [Reimpresión en D.N. Jackson & S. Messick (Eds.), *Problems in human assessment*. New York: McGraw-Hill, 1967.]
- Con D.R. Krathwohl. Suggestions regarding a possible measure of personality: The squares test. *Educational and Psychological Measurement*, 1954, 16, 305-316.
- Con F. MacMurray, W. Schramm, R. Bierstedt & W.B. Spalding. *Text materials in modern education*, 1955. Urbana: University of Illinois Press.
- Les exigences de la validation des techniques projectives. *Revue de Psychologie Appliquée*, 1955, 5, 245-253.
- On the non-rational application of information measure in psychology. En H. Quastler (Ed.), *Information theory in psychology*, 1955. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Con N.L. Gagne. Conceptual and methodological problems in interpersonal perception. *Psychological Review*, 1955, 62, 411-422.
- Con J.C. Menwin. A model for studying the validity of multiple-choice items. *Educational and Psychological Measurement*, 1955, 15, 337-352.
- Con P.E. Meehl. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 1955, 52, 281-303. [Reimpresión en R.D. Savage (Ed.), *Readings in clinical psychology*. Oxford: Pergamon, 1966, y en E.I. Megargee (Ed.), *Research in clinical assessment*. New York: Harper & Row, 1966, y en D.A. Payne & R.P. McMorris (Eds.), *Educational and psychological measurement*. Waltham, Mass.: Blaisdell, 1967, y en V.H. Noll, D.P. Scannell & R.P. Noll (Eds.), *Introductory readings in educational measurement*. Boston: Houghton Mifflin, 1972.]
- Processes affecting scores on "understanding of others" and "assumed similarity". *Psychological Bulletin*, 1955, 52, 177-194.
- New light on test strategy from decision theory. En *Proceedings, 1953 Invitational Conference on Testing Problems*, 1955. Princeton, N.J.: Educational Testing Service. [Reimpresión en A. Anastasi (Ed.), *Testing problems in perspective*. Washington, D.C.: American Council in Education, 1966.]
- The counselor's problems from the perspective of communication theory. En V.H. Hewer (Ed.), *New perspectives in counseling*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1955.
- Assessment of individual differences. En P.R. Farnsworth (Ed.), *Annual Review of Psychology*. Vol. 7. Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, 1956.
- Con G.C. Glesser. *Psychological tests and personnel decisions*, 1956. Urbana: University of Illinois Press. Segunda ed., 1965.
- The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 1956, 12, 671-684. [En D.N. Jackson & S. Messick (Eds.), *Problems in human assessment*. New York: McGraw-Hill, 1967, y D. Byrne & M. Hamilton (Eds.), *Personality research: A book of readings*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, y en W.H. Bartz (Ed.), *Readings in general psychology*. Boston: Allyn y Bacon, 1969, y en E.P. Torrance & W.F. White (Eds.), *Issues and advances in educational psychology*. Itasca, Ill.: Peacock, 1969, y en E. Aronson (Ed.), *Voices of modern psychology*. Boston: Addison-Wesley, 1970, y en F. Alvira, M.D. Avia, R. Calvo y F. Morales: *Los dos métodos de las Ciencias Sociales*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.]
- Proposals leading to analytical treatment of social perception scores. En R. Tagiuri & L. Petrullo (Eds.), *Person perception and interpersonal behavior*. Stanford University Press, 1958.
- Con G.C. Glesser. Interpretation of reliability and validity coefficients: Remarks on a paper by Lord. *Journal of Educational Psychology*, 1959, 50, 230-237.
- Validity. En C.W. Harris (Ed.), *Encyclopedia of educational research*. (3. ed.) New York: Macmillan, 1960.
- Psychological issues pertinent to recent American Curriculum developments. G.S. Nielsen (Ed.), *Child and education*, 1960. (Proceedings, XIV International Congress of Applied Psychology. Vol. III.) Copenhagen: Munksgaard.
- Con G.C. Glesser. Quantal and graded analysis of dosage-effect relations. *Science*, 1961, 133, 1924-1925.
- Con H. Auma. Internal-consistency reliability formulas applied to randomly sampled single-factor tests: An empirical comparison. *Educational and Psychological Measurement*, 1962, 22, 645-666.
- Course improvement through evaluation. *Teachers College Record*, 1963, 64, 672-683. [Reimpresión en R. W. Heath (Ed.), *New curricula*. New York: Harper & Row, 1964, y en R.C. Anderson et al. (Eds.), *Current research on instruction*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1969, y en P.A. Taylor (Ed.), *Readings in curriculum evaluation*. Dubuque, Ia.: W.C. Brown, 1972, y en B.R. Worthen & J.R. Sanders (Eds.), *Educational evaluation: Theory and practice*. Worthington, O.: C.A. Jones, 1973.]
- Theory of generalizability: A liberalization of reliability theory. *British Journal of Statistical Psychology*, 1963, 16, 137-163.
- Psychological background for curriculum experimentation. In P.C. Rosenbloom (Ed.), *Modern viewpoints in the curriculum*. New York: McGraw-Hill, 1964.
- Con H. Ikeda & R.A. Avner. Intraclass-correlation as an approximation to the coefficient of generalizability. *Psychological Reports*, 1964, 15, 727-736.
- Con P. Schonemann & D. McKie. Alpha coefficients for stratified-parallel tests. *Educational and Psychological Measurements*, 1965, 25, 291-312.
- Issues current in educational psychology. En L.N. Mortisett & J. Vinsonhaler (Eds.), *Mathematical learning. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1965, 30 (1), 100-126.
- Con N. Rajaratnam & G.C. Glesser. Generalizability of stratified-parallel tests. *Psychometrika*, 1965, 30, 39-56.
- Con G.C. Glesser & N. Rajaratnam. Generalizability of scores influence by multiple sources of variance. *Psychometrika*, 1965, 30, 395-418.
- Con H. Azuma. Cue-response correlations in the attainment of a scalar concept. *American Journal of Psychology*, 1966, 89, 38-49.
- Con H. Azuma. Concept attainment with probabilistic feedback. En K.R. Hammond (Ed.), *The psychology of Egon Brunswik*, 1966. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Mental test theory and decision theory. En *Psychological measurement theory*, 1966. (Proceedings of the Nuffic International Summer Session in Science.) The Hague: Nuffic.
- The logic of experiments on discovery. En L.S. Shulman & E.R. Keislar (Eds.), *Learning by discovery*, 1966. Chicago: Rand-McNally.
- How can instruction be adapted to individual differences? En R.M. Gagné (Ed.), *Learning and individual differences*, 1967. Columbus, O.: Charles E. Merrill. [Reimpresión en R.A. Weisgerber (Ed.), *Perspectives in individualized learning*. Itasca, Ill.: Peacock, 1971, y en M.D. Merrill (Ed.), *Instructional desing: Readings*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1971.]
- Intelligence? Creativity? A parsimonious reinterpretation of the Wallach-Kogan data. *American Educational Research Council*, 1968, 5, 491-511.
- Con P. Suppes et al. *Research for tomorrow's schools: Disciplined inquiry in education*, 1969. New York: Macmillan.
- Heredity, environment, and educational policy. *Harvard Educational Review*, 1969, 39, 338-347. [Reimpresión en J.C. Brigham & T.A. Weissbach (Eds.), *Racial attitudes in America*. New York: Harper & Row, 1972.]
- Validation of educational measures. En *Proceedings, 1969 Invitational Conference on Testing Problems*, 1969. Princeton, N.J.: Educational Testing Service. [Reimpresión en G.H. Bracht, K.D. Hopkins & J.C. Stanley (Eds.), *Perspectives in educational and psychological measurement*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972.]
- Con P. Uppes (Eds.), *Research for Tomorrow's Schools: Disciplined Inquiry for Education*. New York: McMillan, 1969.
- Mental tests and the creation of opportunity. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 1970, 114 (6), 480-487. [Reimpresión en J.F. Rosenblith, W. Allinsmith & J.P. Williams (Eds.), *Reading in educational psychology*. Boston: Allyn & Bacon, 1973.]
- Con L. Furby. How we should measure "change" or should we? Errata. *Psychological Bulletin*, 1970, 74, 66-80.
- Con T.J. Quirk. Test Validity. En *Encyclopedia of education*, 1970. New York: Macmillan. Vol. 9.
- Test validation. En R.L. Thorndike (Ed.), *Educational measurement*, 1971. Washington, D.C.: American Council of Education.
- Con G.C. Glesser, H. Nanda & N. Rajaratnam. *The dependability of behavioral measurements*, 1972. New York: Wiley.
- Judging how well a test measures. In L.J. Cronbach & P.J. Drenth (Eds.), *Mental tests and cultural adaptation*, 1972. The Hague: Mouton.
- Beyond the Two Discipline of Scientific Psychology. *American Psychologist*, 1975, 30, 116-127. [Reimpresión en F. Alvira, M.D. Avia, R. Calvo y F. Morales: *Los métodos de las Ciencias Sociales*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.]
- Con R. Snow. *Aptitudes and Instructional Methods*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977, 2. Ed., New York: Irvington, 1981.
- Fives Decades of Public Controversy Over Mental Testing. *American Psychologist*, 1975, 30, 1-13.
- Con otros. Analysis of Covariance in Randomized Experiments: Parameters Affecting Bias. *Standard Evaluation Consortium*. Stanford University, 1975.
- Designing Educational Evaluation. *Stanford Evaluation Consortium*. Stanford University, 1978.



Jacques Lacán y la Psiquiatría Francesa. S. Lebovici.

Críticas sobre la Reducción Positivista de la Corporeidad. Alejandro Córdova Córdova C., Gustavo Leal, Carolina Martínez S.

Prospectos para la Paz Mundial. Consideraciones Sociopsicológicas. Jerome D. Frank.

Retroalimentación, Relajación y Meditación. Lilia Mabel Labiano.

Aplicación de Dos Inventarios de Roles Sexuales a un Grupo de Obreros. Un Estudio Preliminar. María Asunción Lara Cantú, María Teresa Rodríguez.

Aspectos Biopsicológicos del Dolor de Cabeza Vascular y Tensional. Roxana Aguirre Tellache.

Avances en la Psiquiatría. Autoevaluación. Gerhard Heinze M.

Información y Acontecimientos. Francisco Gómez-Mont A.

Estudio comparativo de las características del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra de estudiantes de B.U.P. en la provincia y la capital de Valencia. Torres, M.A.; Hidalgo, J.

El consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. Condiciones contribuyentes. Cárdenas, C.

Actitudes ante el consumo de drogas y ante la legislación reguladora. Rodríguez, J.; Reig, A.; Ribera, D.; Algado, M.T.; Briz, C.; García, J.A.

Investigación diagnóstica neuropsiquiátrica de pacientes adictos con los potenciales evocados cerebrales. Fisch, L.; Kalina, E.

Lugar y objeto de las terapias transicionales en el tratamiento de los toxicómanos. Olivenstein, C.

Crítica de libros.

Bibliografía española sobre alcoholismo y toxicomanías.

Validez transcultural del principio de equidad: El colectivismo - individualismo como una variable moderadora. Gerardo Marín.

El paso del tiempo. Un factor olvidado en la secuencia. Establecimiento de metas - desempeño - retroinformación. Daniel R. Ilgen y Ann Wiggins.

Establecimiento de metas, información de retorno y motivación del empleado en la industria. Gary P. Latham.

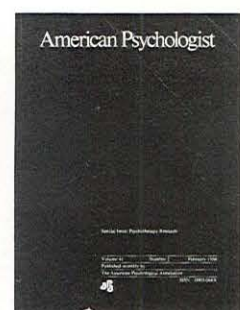
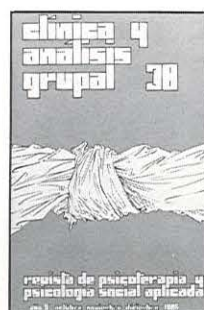
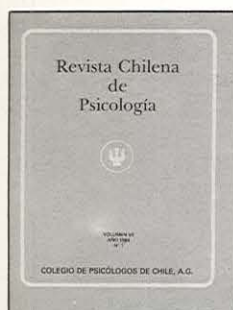
Coloquio con Mary y Bob Goulding. Francisco Massó.

Mandatos, decisiones y redecisiones. Robert Goulding, Mary Goulding.

Los siete componentes de la terapia de redecisión. John R. McNeel.

Redecisión y arrepentimiento. Constance Lawrende, David Steere.

La catexis de A.E.S.P.A.T. Programa Provisional del III Congreso Español de Análisis Transaccional.



Algunos aspectos del problema relación cuerpo-mente. Gury Santibáñez.

Consideraciones en relación a sistemas de clasificación y evaluación para las personas con retardo mental. María Isabel Acevedo.

Habilidades cognitivas y rendimiento académico en una muestra de estudiantes universitarios. Bernardita Grove y Patricia Zañartu.

Test de la figura compleja de Rey. Presentación de la Prueba y análisis de algunos resultados obtenidos de su aplicación en Chile. Mónica Servat y Begoña de Uriarte Izeta.

Facilitación auditiva y social de la técnica de Flooding o prevención de respuesta. Nureya Abarca y Jaime Boetsch.

Decodificación fonémica y visual en disléxicos. Luis Bravo, Jaime Bermeosolo, Amanda Céspedes y Arturo Pinto.

Correlatos perceptual-cognitivos de la dislexia. Mariane Krause, Carmen Olivari y Diana Pasmánik.

Acercas de algunas críticas formuladas a la teoría psicogenética desde la enseñanza de la lectoescritura. Jorge Eduardo Cavallaro.

La orientación vocacional es una estrategia clínica. María Aparecida Campos Mamede Neves, María Luiza Gomes Texeira.

Aportes de la psicolingüística a la etiología de las dislexias. Vinka Plancic Stambuk.

Relación entre la disciplina escolar y la personalidad. María Cristina Richaud de Minzi.

La enseñanza y el aprendizaje de la matemática en el Uruguay. Felipe Murninkas.

La acción motora: Estructura temprana del pensamiento del niño. Jacky Goldberg.

¿Hay conciencia lingüística antes de aprender a leer?. Ana María Borzone de Manrique, Susana Gramigna.

Reseña de Jornadas. Instituciones. Comentarios bibliográficos.

Los núcleos básicos de la personalidad como resultado de la dialéctica pulsión-deseo. Nicolás Caparrós.

Cervantes-Freud, un vínculo a través del tiempo. Antonio García de la Hoz.

La presencia del terapeuta. Reglas técnicas de complementariedad. Presencia-ausencia. Hector Fiorini.

Una experiencia comunitaria con agentes de salud en un contexto de cambio. Enrique Acosta y Serafin Carballo.

Traduire-traducir. Ignacio Gárate y Manuel Serrano.

Media hora con... Antonio Colodrón. Entrevista realizada por Nicolás Caparrós.

Los tiempos del lazo grupal. Rene Kaes.

Notas sobre esquizofrenia. Antonio Colodrón.

Los dos triángulos son cuatro. Un diagrama didáctico para el proceso de la psicoterapia dinámica breve. Angela Molnos.

Psychotherapy Research: A Special Issue. Gary R. VandenBos.

The Scientific of Counseling and Psychotherapy: A Unificationist View. Donelson R. Forsyth and Stanley R. Strong.

Psychotherapy: Research, Practice, and Public Policy (How to Avoid Dead Ends). Hans H. Strupp.

What Comes After Traditional Psychotherapy Research? Eugene T. Gendlin.

Ethical Issues in Psychotherapy Research: Problems in a Collaborative Clinical Trials Study. Stanley D. Imber, Lawrence M. Glanz, Irene Elkin, Stuart M. Sotsky, Jenny L. Boyer, and William R. Leber.

Sexual Attraction to Clients: The Human Therapist and the (Sometimes) Inhuman Training System. Kenneth S. Pope, Patricia Keith-Spiegel, and Barbara G. Tabachnick.

The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. Kenneth I. Howard, S. Mark Kopta, Merton S. Krause, and David E. Orlinsky.

A A.B.S. INFORMATICA, S.A. LE HAN DADO SU MERECIDO

y nosotros se lo damos a usted

Por esa misma razón, gracias a que entre otros, el Colegio Oficial de Psicólogos nos ha honrado con su confianza como sus proveedores de informática, le hacemos saber que, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre, todos los colegiados que nos presenten el cupón junto con su carnet del Colegio, disfrutarán de interesantísimas ofertas en la adquisición de todas las configuraciones de ordenadores personales IBM y sus programas.



Ordenador Personal IBM-AT.

UCP PC/AT con 512KB de RAM con:

- Unidad de disco fijo de 20MB.
- Unidad de diskette de doble cara de 1,2MB.
- Adaptador serie/paralelo.

ABS

INFORMATICA S.A.

Lagasca, 28
☎ 4355144
28001 MADRID



Acabamos de recibir el Premio a la Calidad que IBM concede a sus concesionarios más destacados.

Se trata del reconocimiento a una intensa labor que persigue un único objetivo: lograr la mayor calidad de servicio. Acumulando experiencia. Empleando todos los recursos técnicos disponibles. Con una sólida estructura que nos respalda.

Más allá de este premio, se encuentra un amplio equipo que ha recibido la preparación más intensa. Así, ha sido posible conseguir un alto nivel técnico. Con grandes conocimientos sobre las últimas novedades y su aplicación a necesidades específicas.

Acérquese a A.B.S. INFORMATICA, S.A. y conozca de cerca cada una de las razones que han hecho posible ganar el Premio a la Calidad 1985. Nos lo tenemos merecido.

NOMBRE

APELLIDOS

Nº DE COLEGIADO