

Psicólogos

Colegio
Oficial de
Psicólogos

del **COLLEJO**

MADRID - SEPTIEMBRE 1986 - VOL. V - N.º 27



Salud mental

Sumario

Editorial

- Los Psicólogos somos profesionales de la Salud 1

A fondo, salud mental (II)

- Salud Mental y Servicios Sociales. *Manuel Berdullas y Juan Carlos Duro* 4
- Situación y perspectivas de la Salud Mental Infantil. *Consuelo Escudero y Begoña Olabarria* 7
- Experiencia PIR en Asturias. *Andrés Cabero, Esteban Coto, Juan del Pozo, María Luisa García Solar, Josefina Pascual y Purificación Ripodes* 11
- La Reforma Psiquiátrica en Madrid. *Luis Prieto* 13
- Desarrollo y perspectivas de los Centros Municipales y de Promoción de Salud de Madrid. *Juan Carlos Duro, Yolanda Sanchis y Violeta Suárez* 23
- Instituciones Públicas con programas de Salud Mental en Madrid 35

Reflexiones

- La Intervención Psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo: Revisión y perspectivas (II). *María Luz Rubí* 38

Debate

- El Psicólogo, ¿profesional de lujo en la salud?. *Psicólogos año 2000* 45

Experiencias

- ¿Podemos aportar algo los Psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA? *Ramón Bayés* 49

Encuentros Científicos

- Jornadas de Trabajo "La Praxis Grupal" 55

Información Colegial

- Sala de lecturas 60

"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 somos profesionales de la salud

EN estos dos números dedicados al tema de la Salud Mental hemos querido mostrar algunos aspectos de la situación actual de la Reforma Psiquiátrica emprendida en nuestro país y las líneas político-técnicas generales que la inspiran y han de marcar su progresivo desarrollo.

El modelo propuesto por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, sobre el que la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos hizo público un comunicado oficial en el número 26 de esta revista, ha de servir de referencia para la puesta en marcha, sin más dilación injustificable, de los dispositivos de Salud Mental comunitaria y de las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales, en cuyas plantillas de profesionales, el psicólogo tiene un lugar incuestionable.

Igualmente la organización de la formación postgraduada del psicólogo en salud (programa PIR) es una necesidad acuciante para dar coherencia a la incorporación del psicólogo a los servicios de salud con la formación y preparación adecuadas a tal tarea.

En este sentido algunos hechos esperanzadores se están dando: creación de algunas plazas de psicólogo por el Insalud para Unidades de Salud Mental y Hospitales Generales, en la Comunidad Autónoma de Asturias y, recientemente, la convocatoria de 37 plazas de psicólogos para las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de Andalucía y las de 28 plazas de formación postgraduada en prácticas para psicología para la atención en Salud Mental, iniciativas que este Colegio apoya y aplaude sin reservas.

Este reconocimiento institucional de la figura del psicólogo como profesional de la salud se ve reforzado por la inserción de hecho de los cientos de compañeros que en distintas instituciones sanitarias (Centros de Salud, Hospitales Generales, Servicios de Salud Mental, Hospitales Psiquiátricos, etc.) llevan años desarrollando una sistemática y eficaz labor profesional.

En estas condiciones y con el reconocimiento de la propia OMS del psicólogo como profesional de la salud, no podemos menos que indignarnos ante la imposición del IVA en la práctica clínica de los psicólogos basada en la argumentación de que, a diferencia de los médicos, nosotros no somos profesionales sanitarios (!!!) La aprobación del Estatuto del Colegio, cuyo retraso nos resulta incomprensible, ha de completar el reconocimiento del marco legal de nuestra profesión.

Por último queremos señalar que la inclusión del psicólogo en los equipos de salud y concretamente en los de salud mental ha de venir justificada por un verdadero cambio en la concepción del proceso salud-enfermedad y de los dispositivos sanitarios adecuados para la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. El eje de estos nuevos dispositivos es el equipo interdisciplinario que, lejos de ser la suma de diferentes profesionales, supone una nueva redefinición del modo de enfrentar los problemas de salud mental y una reordenación de roles y funciones, basadas más en la pertinencia y la pertenencia a una tarea que a anquilosadas estructuras de poder.

Desde esta perspectiva valoramos positivamente los artículos 6.1 y 6.2 del Proyecto de Decreto sobre organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias en los que se recoge que el coordinador del Centro de Salud Mental, de Unidades Funcionales o de programas específicos será designado entre los profesionales titulados superiores con destino en el Centro. Por esa misma razón estamos absolutamente en contra de que el Insalud, en sus normas de funcionamiento para las Unidades de Salud Mental, asigne al psiquiatra, por el mero hecho de serlo, funciones de coordinación y dirección de estas Unidades y de coordinación con el Equipo de Atención Primaria y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud, así como indicación de hospitalización y derivación de pacientes y organizaciones de reuniones y sesiones clínicas. El resto de los profesionales de estas Unidades de Salud Mental no tiene acceso a estas funciones independientemente de su cualificación profesional.

Reivindicamos el establecimiento de perfiles definidos para cada función a realizar en el equipo de salud mental en el desarrollo de sus tareas, de manera que puedan acceder a cada puesto diferentes profesionales sin el mantenimiento de viejos privilegios de poder.

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—
Víctor M. Pérez
—vicepresidente—
Dositelo Artiaga
—tesorero—

Y los vocales:

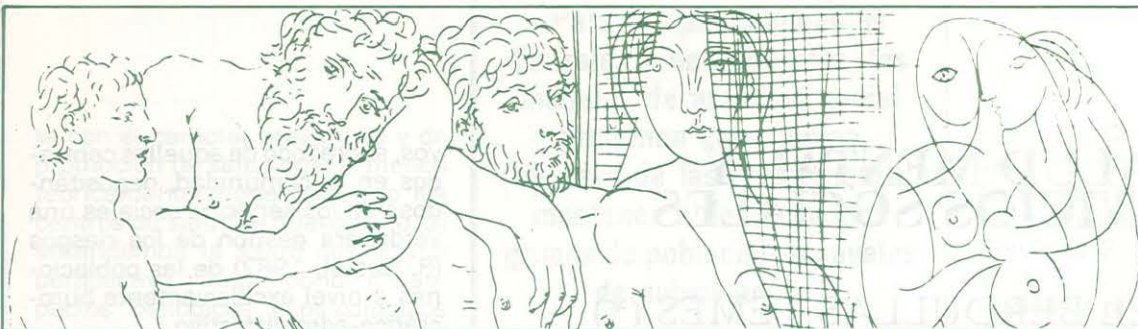
Pilar Ballester
Juan Carlos Duro
Manuel Berdullas
Serafín Carballo
Adolfo Fernández
Emiliano Martín
Carmen Monedero
Ángel Puerta

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

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

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

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



a fondo

SALUD MENTAL (II)

En los últimos años se puede apreciar un cierto reconocimiento institucional de la figura del psicólogo como profesional de la salud. En paralelo, algunos centenares de colegas han podido integrar su trabajo profesional en distintos centro sanitarios. Son datos positivos Sin embargo, la inclusión del psicólogo en los equipos de salud, y concretamente en los de salud mental, no será definitivo si no viene acompañada de un verdadero cambio tanto en la concepción del proceso salud-enfermedad como en los dispositivos sanitarios para la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, cuyo eje sea el equipo interdisciplinario, un equipo que no sea sólo un agregado de diferentes saberes profesionales, sino un instrumento de la redefinición del modo de enfrentar los problemas de la salud mental. El *a fondo* de este número de *Psicólogos* ofrece, junto con el número anterior, una *perspectiva* de la reforma psiquiátrica.

SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES

MANUEL BERDULLAS TEMES (*)
JUAN CARLOS DURO MARTINEZ (**)

ESTE artículo pretende dar una panorámica de los actuales planteamientos institucionales acerca de la planificación y desarrollo de los Servicios Sociales en nuestro país y su relación con la salud y la salud mental, más concretamente con los futuros dispositivos de atención a la salud.

Aunque la Constitución Española marque los principios que han de fundamentar una política social que garantice el derecho a la salud y al bienestar social de los ciudadanos la concreción de esta política por parte de las instituciones y poderes públicos variará según el modelo utilizado. En cualquier caso, de los planteamientos filosóficos y genéricos a la articulación de las políticas concretas muchas veces va un abismo, encontrándonos con frecuencia con no pocas contradicciones y desgraciadamente sin toda la voluntad política necesaria para su resolución.

En cuanto a los modelos que sirven de base a la hora de proyectar las políticas de intervención en materia de bienestar social, R. Cabrero (1982) sugiere la existencia de cinco de ellos.

Señalaremos los dos modelos que pensamos pueden tener más cabida en nuestro actual estado de sociedad: las opciones liberales y neoliberales de mercado (Friedman y Hayek) y las concepciones del bienestar social como reforma (Titmuss) y como derechos sociales (Marshall).

Los planteamientos liberales y neoliberales se significan en sus intentos de reducir drásticamente la intervención del Estado en los asuntos socioeconómicos con el fin de que sea el mercado libre el único regulador y mediador de las relaciones entre el capital y el trabajo.

Los modelos de atención social que emergen de esta filosofía polí-

tica pretenden constreñirla a sectores de población que paulatinamente ven degradada su capacidad adquisitiva y mermadas sus posibilidades de supervivencia. Las prestaciones se realizan a título benéfico y con el mero objetivo de mantener a determinados grupos de población en niveles de subsistencia que les permita poca capacidad de maniobra.

El otro modelo, que suele denominarse de reformismo social u opción socialdemócrata intenta institucionalizar los derechos sociales, apoyándolos en dinteles de bienestar que sean compatibles con una cierta libertad de mercado "Ante la imposibilidad de igualdad de rentas se plantea la posibilidad de igualdad de oportunidades" (R. Cabrero).

La actual política del Gobierno en el poder, que en materia económica no está demasiado lejos de posiciones neo-liberales, podemos ubicarla en el modelo definido como de reformismo social aún cuando su desarrollo sea escaso y sus ambigüedades e indefiniciones abundantes.

En principio hemos de resaltar la clara separación a nivel político-administrativo de los Servicios Sociales, de los Servicios de Salud y de otros servicios de fuerte contenido social como las instituciones educativas y culturales.

Esta separación si bien puede servir para discriminar prestaciones ofrecidas desde distintas instituciones con lo que de operatividad puede conllevar, corre el riesgo de vaciar de su contenido social a los servicios de salud y educati-

(*) Psicólogo. C.P.S. Mediodía. Vocal Junta Rectora de la Delegación de Madrid del COP. Encargado del Área de Psicología y Servicios Sociales.

(**) Psicólogo. Vocal Junta Rectora de la Delegación de Madrid del COP. Encargado del Área de Psicología y Salud.

vos, sobre todo de aquellos centrados en la comunidad, depositándose en los servicios sociales una verdadera gestión de los riesgos (R. Castel, 1982) de las poblaciones a nivel exclusivamente burocrático-administrativo.

El hecho de su discriminación pero del mantenimiento conjunto en grandes Áreas de intervención (por ejemplo en las Consejerías de Salud y Bienestar Social) nos hace albergar ilusiones de planificación común.

Esta planificación común de los servicios sociales junto con los servicios de salud y con los educativos-culturales y su correspondiente coordinación en la práctica, se puede ver favorecida por el artículo 148.1 de la Constitución Española que faculta a las Comunidades Autónomas asumir competencias en estas materias y concretamente en materia de asistencia social.

La promulgación de leyes de servicios sociales, ya en vigor en algunas Comunidades Autónomas (Cataluña, Navarra, Murcia, entre otras), supone un acercamiento de la administración a las necesidades y demandas de los ciudadanos, a los que se responde siguiendo dos modalidades de servicios sociales: servicios sociales de carácter general y servicios sociales monográficos o específicos.

Ambos tipos de servicios se crean con la finalidad de prevenir y tratar a través de prestaciones (sistemas compensatorios) las causas que conducen a la marginación que se genera a partir de factores múltiples y situaciones sociales muy complejas.

Los servicios sociales generales, según la ley, se ubican lo más cerca posible de los usuarios, situándose en una primera línea de recepción y atención a la problemática de la comunidad lo que la permita un mejor análisis de la realidad de la población y una más adecuada planificación de las prestaciones acorde con las necesidades y demandas de los diferentes sectores de la comunidad. Corresponde igualmente a los servicios sociales generales un aspecto preventivo de la marginación que se relaciona directamen-

te con el carácter preventivo y de promoción de salud que, al menos teóricamente, tiene asignado los centros de salud de nuevo cuño. Si entendemos la salud desde una perspectiva integral donde los aspectos biológicos y psicológicos dependen íntimamente de las condiciones sociales en las que viven los individuos, no podemos separar lo preventivo desde los servicios sociales y desde lo sanitario, al tiempo que la verdadera promoción de salud se liga con la participación comunitaria, entendiéndose como calidad de vida.

Es más, para una verdadera labor de prevención de la marginación y de promoción de la salud y el bienestar social es imprescindible orientar hacia estos objetivos las políticas de sector en ámbitos como la vivienda, la ordenación urbana, fomento del empleo, educación, publicidad, consumo, etc.

Es necesario pues implementar "políticas de salud y bienestar social" para poder trabajar conjuntamente en cada comunidad concreta desde sus instituciones sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.

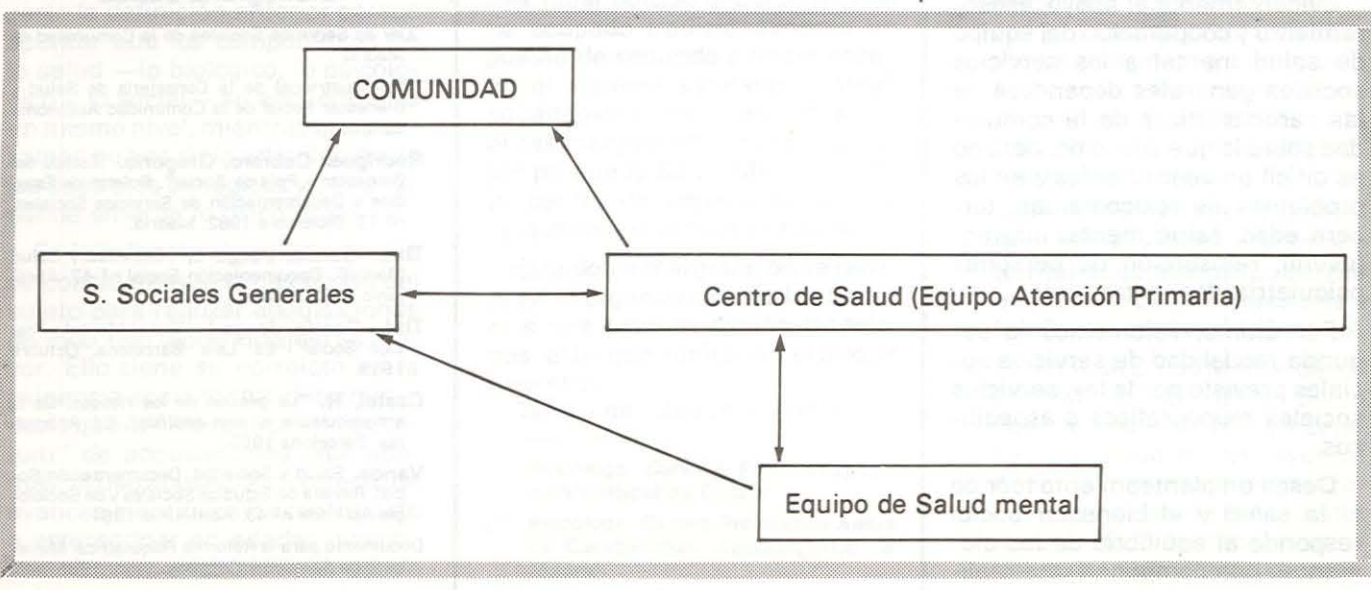
Ejemplificando esta necesidad de trabajo integrado en la comunidad valoramos positivamente el hecho de que se contempla, y en algunos casos como el de Madrid se haya llevado a cabo, una misma zonificación (organización administrativa de zonas de población) en la que se ubiquen los servicios sociales generales y los distintos dispositivos sanitarios, fundamen-

"Para los planteamientos liberales y neo liberales, los modelos de atención social proponen como único objetivo de las prestaciones mantener a determinados grupos de población en niveles de subsistencia"

talmente Centros de Salud. En cada zona básica de salud donde se ubique un Centro de Salud le corresponderá unos determinados Servicios Sociales que se encargará de trabajar con el mismo núcleo de población que el equipo de atención primaria (médico familia, pediatra, ATS y Asistente Social). Tenemos aquí, en lo concreto, una primera relación entre servicios sociales y salud. En lo asistencial se ha de establecer una doble comunicación fluida de manera que desde los primeros se pueda hacer una labor de detección precoz y orientación adecuada hacia el sistema de atención a la salud y desde éste se derive correctamente a las personas que requieran apoyo social o que sea conveniente para su salud la integración y participación en la vida comunitaria.

En la prevención, promoción de salud y educación para la salud la intervención conjunta y planificada sobre sectores de la comunidad priorizados según diagnósticos sociales y de salud ya la hemos resaltado anteriormente.

Mucho nos tememos que este modelo de funcionamiento a la hora de su puesta en marcha encuentre no pocas dificultades escorándose hacia un "asistencialismo paternalista" propio del Welfare State en los dos polos (sanitario y servicios sociales) en detrimento del trabajo preventivo y de desarrollo comunitario. Ojala la historia nos demuestre que estábamos equivocados.



El segundo nivel de relación entre servicios sociales y salud lo situamos en el ámbito de la atención especializada o segundo eslabón asistencial.

Aunque todavía no hay en la administración una postura clara y uniforme sobre la atención a la salud mental, determinado por la inconcreción y ambigüedad del Art. 6 de la Ley General de Sanidad "Sobre la Salud Mental" algunas cosas quedan claras, al menos eso nos parece a nosotros, tomando como marco común de referencia el Documento elaborado por la Comisión Ministerial por la Reforma Psiquiátrica (Abril 1985).

Resaltamos algunos aspectos en relación con el objetivo de este artículo.

- "Los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud" (pág. 24).
- Una de las funciones de los equipos de salud mental será la de apoyar, asesorar y cooperar con otras instituciones asistenciales, sociales y educativas del área territorial en programas específicos, potenciando el trabajo interdisciplinario" (pág. 26).

Podemos esquematizar la situación según gráfico página anterior.

Algunos problemas ya están surgiendo, pero dejaremos su análisis para artículos posteriores cuando este modelo esté más desarrollado en la práctica.

Evidentemente el apoyo, asesoramiento y cooperación del equipo de salud mental a los servicios sociales generales dependerá de las características de la comunidad sobre la que se incide, pero no es difícil prever el énfasis en los problemas de toxicomanías, tercera edad, salud mental infanto-juvenil, reinserción de personas psiquiatrizadas, entre otras.

Por último, retomemos la segunda modalidad de servicios sociales previsto por la ley: servicios sociales monográficos o específicos.

Desde un planteamiento teórico si la salud y el bienestar social responde al equilibrio de los elementos que componen una reali-

dad compleja, no es lógico creer que ésta pueda ser abordada de modo parcial desde servicios sociales de carácter monográfico cuya tendencia es a explicar el todo a través de las partes.

La proliferación de servicios monográficos debe mirarse con cierto recelo, en cuanto que su significado podría interpretarse en el sentido de fracaso de una política general integrada de salud y bienestar social, o bien dicha proliferación puede responder a búsqueda de protagonismo y parcelas del poder de políticos de cortas miras que supeditan el interés de los ciudadanos a su prestigio y protagonismo personal e institucional.

El actual estado de la atención a los toxicómanos es un buen material para reflexionar sobre nuestras últimas aseveraciones.

En cualquier caso pensamos que la puesta en marcha de servicios sociales específicos, en caso de ser necesaria, se haga coherente y coordinadamente con el resto de dispositivos socio-sanitarios.

"Un modelo socialdemócrata intenta institucionalizar los derechos sociales que facilitan la igualdad de oportunidades"

Bibliografía básica

- "Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid".
- "Plan Cuatrienal de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid".
- Rodríguez Cabrero, Gregorio. "Estado del Bienestar y Política Social". Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales, nº 13. Diciembre 1982. Madrid.
- Tizón García, Jorge L. "Sociedad y Salud Mental". Documentación Social nº 47. Abril-junio 1982. Madrid.
- Tizón García, Jorge L. "Salud Mental y Trabajo Social". Ed. Laia. Barcelona. Octubre 1983.
- Castel, R. "La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis". Ed. Anagrama. Barcelona 1985.
- Varios. Salud y Sociedad. Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada nº 43. Abril-junio 1981.
- Documento para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1985.

SITUACION Y PERSPECTIVAS DE LA SALUD MENTAL INFANTIL

CONSUELO ESCUDERO ALVARO (*)
BEGOÑA OLABARRIA GONZALEZ (**)

PARA hablar de Salud Mental Infantil habremos de referirnos a una definición general de salud. Partimos de la que aporta la O.M.S. (Alma-Ata 1978) según la cual la salud es un estado de completo bienestar bio-psico-social. Queremos señalar algunas matizaciones que consideramos importantes a fin de no obviar aspectos y procesos que cotidianamente se dan en la vida de los sujetos, y ello porque pensamos que esta definición atemporal y fuera de toda ubicación social resulta utópica y por ende no instrumental. Así resaltamos que hablar de "estado" impide dar cuenta, al cristalizarlos, de los procesos, movimientos o cambios que el sujeto desarrolla a lo largo de su vida.

Como consecuencia toda alteración, dificultad o conflicto conllevaría necesariamente un desequilibrio de tal "estado" con lo que se produciría supuestamente una pérdida de salud y la aparición de la patología. Es decir, pensamos que salud no es lo contrario de "enfermedad", sino aspectos de un mismo proceso (que incluye los factores de tiempo y cambio) que están en relación entre sí. Por otra parte la definición anterior parece apuntar que los componentes de la salud —lo biológico, lo psicológico y lo social— se encuentran a un mismo nivel, mientras que pensamos que es de la articulación de los sustratos biológicos y social de donde emerge lo psicológico.

Es la infancia el período en que se considera que la capacidad del sujeto para realizar adquisiciones de todo tipo (aprendizajes) es mayor. Ello tiene su correlato en la exigencia socialmente determinada de que el niño realice un "quantum" de adquisiciones (que además, el uso abusivo e incorrecto de avances científicos ha contribuido a estereotipar en edades evolutivas). Dichas adquisiciones deben

ser "dedicadas" a los adultos de su contexto significativo ("este niño no me come", "este niño no me aprende") y "producidas" o "materializadas" para que el niño se mantenga dentro de la "normalidad" esto es fuera de la "patología". Esta "materialización" ha de producirse en momentos concretos del desarrollo y fundamentalmente en el marco de la familia y de la escuela.

De todo lo anterior se desprende que la inevitable y necesaria dependencia del niño respecto a los adultos dentro de un proceso de autonomización se acentúa extraordinariamente, hasta tal punto que los niños aparecen como sujetos carentes de derechos, lo que en España queda reflejado manifiestamente en la vigente legislación.

I. SITUACION ACTUAL DE LA ATENCION EN SALUD MENTAL INFANTIL

La atención al campo de la infancia en materia de Salud Mental está doblemente relegada: en primer lugar porque la Salud Mental ha ocupado tradicionalmente un puesto de segundo o tercer orden en el sistema sanitario general, situándose siempre en redes públicas marginales. En segundo lugar porque la Salud Mental Infantil dentro de aquella ha sufrido igualmente una nueva relegación.

Esta doble marginación se refleja en la organización de los Servicios que prestan dichas atenciones: el bloque sanitario y el bloque educativo.

Dentro del bloque sanitario los

(*) Psicóloga. Servicio Psicopedagógico Municipal de Getafe.

(**) Psicóloga. Centro Promoción Salud de Carabanchel. Ayuntamiento de Madrid.

servicios o instituciones públicas que prestaban atención a la Salud Mental Infantil eran (son) sumamente escasos en el territorio del Estado y con gran desigualdad en su distribución, sin definir una territorialización operativa, incoordinados entre sí, dependientes de distintas instancias administrativas que a su vez dependían de distintos niveles de la Administración del Estado (Ayuntamientos, Diputaciones, Comunidades Autónomas, Ministerio) y con ofertas parciales que no garantizaban en modo alguno la continuidad de los cuidados. Así, presentamos algunos de los recursos públicos existentes.

- Consultas de Neuropsiquiatría, dependientes del INSALUD (únicas consultas ambulatorias con clara relación orgánica con la red primordial de Atención Primaria), que atienden indiscriminadamente población infantil y adulta, con una delimitación geográfica para la atención no coincidente con ninguna otra división territorial administrativa.
- Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales del INSALUD.
- Algunos hospitales pediátricos donde se incluyen Servicios de Psiquiatría Infantil y que han atendido (o continúan haciéndolo) consulta externa indiscriminada territorialmente.
- Los Centros de Orientación y Diagnóstico del AISNA, dependientes del Ministerio de Sanidad, con una territorialización propia diferente a las anteriores y, como su propio nombre indica, con una clara limitación en cuanto a sus prestaciones. Actualmente en proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas.
- Los Hospitales Psiquiátricos Infantiles del AISNA, de ámbito territorial estatal, actualmente en proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas.
- Equipos de Salud Mental de los Centros Municipales de Salud dependientes de las Concejalías de Salud de los Ayuntamientos, con una territorialización propia acorde con la Junta de Distrito o término municipal, que en general no contem-

plan la realización de programas de Salud Mental Infantil, aunque casi todos ellos prestan algún tipo de atención definida por cada Centro.

- Servicios de Salud Mental dependientes de las Consejerías de Salud y Bienestar Social de las Comunidades Autónomas, que, en su mayoría en proceso de creación y ordenación, contemplan Programas de Salud Mental Infantil, pero no siempre los instrumentan. La territorialización de dichas Unidades viene dada por la zonificación en áreas sanitarias (instrumento de 1er. orden) que corresponde realizar a cada Comunidad Autónoma.
- Recursos privados concertados con instituciones públicas.
- Con competencias sanitarias asumidas, pero dependientes de instancias administrativas no sanitarias, citamos a continuación las Unidades Básicas del INSERSO (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) con territorialidad propia y los Servicios de Salud Mental Infantil dependientes del Tribunal Tutelar de Menores (Ministerio de Justicia) asimismo con territorialización distinta a todas las demás. Incluiremos también los servicios dependientes de Protección de Menores transferidos a las Comunidades Autónomas.

Es evidente, visto lo anterior, la situación de caos proveniente de los distintos criterios para la territorialización de los servicios, las desiguales situaciones de los procesos de transferencias de la Administración Central a las Autonómicas y de las Administraciones locales a las Autonómicas; y como consecuencia de todo ello los distintos objetivos y tareas de cada institución sanitaria que impedian, como mínimo, la garantía de la continuidad de los cuidados.

La ya mencionada marginalidad histórica de la Salud Mental Infantil, unido a la caótica situación administrativa descrita, tiene su correlato al nivel de los profesionales (con todas sus implicaciones teórico-técnicas) en, al menos, un

doble sesgo: Por una parte la búsqueda afanosa de la "gran patología" (oligofrenia y psicosis, desafortunadamente no siempre bien discriminadas) que servía entre otras cosas para un mayor y más rápido etiquetaje y almacenamiento de los niños así designados, que iniciaban un camino sin retorno hacia la institución total. Y por otra parte, y en relación al resto de los problemas presentados —en un intento de cubrir el máximo posible de población y de sortear las dificultades del abordaje clínico—, el deslizamiento desde un modelo clínico a un modelo pedagógico con los distintos profesionales que trabajan directamente con la infancia, principalmente pediatras, médicos de familia y maestros.

Este doble sesgo se refleja en la burda separación teórico-técnica de las actividades en preventivas y asistenciales, que grosso modo quedan divididas en "trabajo comunitario" consistente en "charlas" y "cursos" a otros profesionales; y en "trabajo asistencial" consistente en el abordaje clínico tradicional de la patología. De esta forma queda destruida una concepción alternativa de salud que se operativizaría en intervenciones en las que quedasen articulados ambos aspectos.

Dentro del bloque educativo los equipos y Servicios Públicos que se ocupan de problemas de la infancia son asimismo dispersos y han tenido un importante crecimiento en los últimos años estando desigualmente distribuidos por el territorio del Estado. Los recursos más significativos de este bloque son:

- Los Equipos Multiprofesionales, dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.
- Los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional dependientes de distinta Subdirección que los anteriores del mis-

mo Ministerio de Educación y Ciencia, también en vías de redefinición de su territorialización, que atienden a la población escolar "normalizada" (sic) —como criterio de diferenciación frente a los anteriores—, de lo que se desprende que sus funciones son extraordinariamente amplias.

- Los Servicios Psicopedagógicos Municipales, dependientes de las Concejalías de Educación de los Ayuntamientos que tuvieron iniciativa para crearlos, o de las Juntas Municipales de Distrito, con territorialización definida por el Distrito o término municipal, y que atienden problemas relacionados con dificultades en el aprendizaje de los niños escolarizados en colegios públicos.
- Algunos Equipos de Apoyo a las Escuelas Infantiles, con territorialización propia y diferente a la de los anteriores, dependientes de las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas, que atienden problemas relacionados con las dificultades de aprendizaje de los niños escolarizados en dichas Escuelas Infantiles.
- Algunos Equipos Psicopedagógicos Rurales, dependientes de las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas, con territorialización propia distinta de las anteriores y que asimismo atienden problemas relacionados con el aprendizaje de los niños escolarizados en dichas escuelas.

Como en el bloque sanitario, se produce en el educativo una dispersión, incoordinación y parcelación de recursos y prestaciones, debido a la dependencia de distintas instancias administrativas y de distintos niveles de la Administración del Estado, que conllevan distintos criterios en cuanto a la territorialización produciéndose solapamientos y lagunas en las atenciones que prestan. Por último la reorganización administrativa (paralización de las transferencias en Educación a las Comunidades Autónomas, la reorganización del Ministerio de Educación y la disminución de las competencias de los Ayuntamientos en esta materia)

contribuye al mantenimiento del caos.

Pensamos que el extraordinario desarrollo de estos Servicios dentro del bloque educativo se debe fundamentalmente a, por una parte, y como ya hemos señalado, que la infancia es una etapa en que se exige al niño un máximo de adquisiciones y de "productividad" fundamentalmente en la escuela, y ésto coincidiendo con el desarrollo económico de los últimos 25 años, exigencia en progresivo aumento; unido a ello la preocupación creciente por la comprobación de la inadecuación del sistema educativo para satisfacer esta exigencia, como lo demuestra la "aparición" del "fracaso escolar" que viene a quedar al menos parcialmente redefinido como un fracaso en cada niño que presenta dificultades.

Las carencias ya señaladas por parte del bloque sanitario para afrontar la creciente demanda vino a potenciar el desarrollo creciente y en un breve período de tiempo de estos servicios dentro del bloque educativo. Así éstos definen sus funciones como de "apoyo a la escuela". Esta definición marca la oferta de prestaciones y de atención en tanto en cuanto se dirige a profesionales de la enseñanza y no a la población infantil, pero tiene como sujetos de intervención a aquellos niños que presentan problemas en su rendimiento escolar "debido" a dificultades en los factores instrumentales del aprendizaje. De este modo el aprendizaje como aspecto primordial en la salud del niño queda obviado y redefinido como un problema no relacionado con la salud del sujeto y las prestaciones definidas como "psicopedagógicas" frente a las "clínicas", produciéndose por tanto interferencias del "bloque sanitario" y del "bloque educativo".

A ésto tenemos que añadir, como un aspecto más de lo anterior, que los distintos tipos de intervenciones o actividades con los maestros y padres viene asimismo a mostrar un sesgo (de manera similar al bloque sanitario) que consiste en la reproducción del modelo educativo de relación maestro—que detenta el saber— alumno—que no sabe.

**"La situación de caos
preveniente de los distintos
criterios de territorialización
de los servicios, las
desiguales situaciones de
los procesos de transferencias
de la Administración Central
a la Autonómica
impiden la garantía de
continuidad de los cuidados"**

II. PERSPECTIVAS

Como se desprende del análisis expuesto, la situación general de la atención en el campo infantil está dispersa, desordenada, parcializada, es escasa y, al estar separada en los dos grandes bloques descritos, se producen solapamientos, lagunas e incluso interferencias en las prestaciones de ambos, difíciles además de resolver dado que parten de distintos criterios teórico-técnicos (que implican también funciones), y políticos-administrativos diferentes.

No queremos dejar de mencionar que la Ley General de Sanidad, con todas sus imperfecciones, supone un marco que favorece la posibilidad de un ordenamiento del bloque sanitario a partir de la transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, lo que facilitaría una reorganización más ordenada y coherente de la Salud Mental Infantil.

La LODE (Ley Orgánica del Derecho a la Educación) supone paralelamente un importante reordenamiento del sistema educativo en cuanto a instituciones escolares, organigramas, programas educativos, etc. Sin embargo no en cuanto a los "Servicios de apoyo a la escuela", que sólo aparecen indirectamente.

Frente a esta situación actual consideramos algunos principios básicos como punto de partida y base de un posible reordenamiento de la Salud Mental Infantil:

- No existencia de redes paralelas de Servicios tanto dentro de cada bloque como entre ellos y con un principio único de territorialidad.
- Planteamiento de la reordenación de los "Servicios de apoyo a la escuela" (S.P.M., S.O.E.V., E.M.), lo cual implicaría la agilización del traspaso de competencias en educación a las Comunidades Autónomas.
- La Salud Mental Infantil es un aspecto más, aunque con su especificidad de la Salud Mental y, como ya hemos señalado, incluye diferentes aspectos de la vida del niño ocupando un lugar importante el del aprendizaje.

— La contemplación desde la dimensión de la salud de los aspectos implicados en el aprendizaje del niño, así como la asunción desde lo educativo, de la articulación con los aspectos sanitarios, evitaría el doble sesgo por parte de ambos bloques de lo clínico-pedagógico-asistencial.

— Consideramos, tras todo lo expuesto, que la Salud Mental es un concepto más abarcativo e integrador que el que viene marcado por las edades cronológicas y/o por problemas específicos tales como patologías, marginación social, etc.

— El análisis y abordaje de la demanda, tanto en el bloque educativo como en el sanitario, a partir de programas de apoyo a la escuela en el primer caso y de salud mental infantil en el segundo; permitiría una clara discriminación tanto de la oferta como del sujeto de atención (Institución Escolar-población infantil).

— Las Unidades de Salud Mental situadas en segunda línea de atención deben incluir programas específicos de carácter prioritario y permanente (en el sentido que marca el Informe técnico de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica) como el de Salud Mental Infantil, que incluya todos los aspectos de la vida del niño.

— Los Servicios de Apoyo a la escuela como su propio nombre indica, tienen que ofertar sus programas como apoyo, asesoramiento y atención de la labor psicopedagógica que realiza la Institución Escolar a través de sus profesionales (maestros).

— Las Unidades y equipos de Salud Mental deben garantizar la continuidad en los cuidados y, en lo posible, en el marco del contexto del niño.

— Cuando el internamiento sea imprescindible, se realizará por períodos cortos en los Servicios de Pediatría del Hospital General u Hospitales Pediátricos, debiéndose articular vías alternativas de intervención terapéutica en el marco contex-

“La situación de los niños en los distintos niveles de atención”

tual del niño (familia, escuela, pediatras, etc.).

— Desarrollo de servicios sociales alternativos para la infancia (familias sustitutivas, hogares protegidos, etc.).

— Se deduce que de la aplicación de los principios anteriores resultaría una oferta clara en una red única de servicios a la población.

Este doble sesgo se refleja en la burda separación de las actividades preventivas y asistenciales, que prosigue quedando divididas en “trabajo comunitario” consistente en charlas y “cursos” de orientación profesional y en “trabajo asistencial” consistente en el abordaje clínico-terapéutico de la patología. De esta forma queda destruida una concepción alternativa de salud que se fundamenta en la intervención en los aspectos más significativos de esta que son:

— Los Equipos Multiprofesionales, dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Equipos Multiprofesionales, dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

“Existe una burda separación de las actividades preventivas y asistenciales, divididas en trabajo comunitario y trabajo asistencial”

La separación de las actividades preventivas y asistenciales, que prosigue quedando divididas en “trabajo comunitario” consistente en charlas y “cursos” de orientación profesional y en “trabajo asistencial” consistente en el abordaje clínico-terapéutico de la patología. De esta forma queda destruida una concepción alternativa de salud que se fundamenta en la intervención en los aspectos más significativos de esta que son:

— Los Equipos Multiprofesionales, dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Equipos Multiprofesionales, dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

— Los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional dependientes de la Subdirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación y Ciencia, con territorialización en vías de redefinición y que atienden prioritariamente la problemática alrededor del Decreto-Ley de Integración dirigido a la incorporación de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias.

EXPERIENCIA PIR EN ASTURIAS

ANDRES CABERO, ESTEBAN COTO,
JUAN DEL POZO,
MARIA LUISA GARCIA SOLAR,
JOSEFINA PASCUAL Y
PURIFICACION RIPODES

PARA hablar de la necesidad de un sistema de formación de post-graduados en psicología hay que remontarse al análisis de la enseñanza universitaria que recibe el psicólogo. Esta se centra en los tres primeros años en un conjunto de asignaturas. Algunas de las cuales son ajenas a la psicología (como Historia de la Filosofía, Pedagogía...), y en los últimos cursos la especialización se reduce a la elección de un número restringido de asignaturas. En todos los casos la formación es exclusivamente teórica, brillando por su ausencia unas prácticas acordes con los contenidos de los programas y con el futuro trabajo profesional.

El psicólogo recién licenciado, ante la ausencia de programas oficiales de formación para post-graduados, se ve obligado, si quiere acceder a un empleo y conseguir un mínimo de formación en el área profesional en la que desea trabajar, a una larga carrera de cursos, seminarios, cursillos, asistencias voluntarias, etcétera, que indirectamente fomentan el subempleo, en el escaso mercado de trabajo existente, y el lucro de las entidades privadas de formación.

Para intentar paliar esta situación (crónicamente deficitaria) en Asturias, se está realizando desde hace dos años, a iniciativa de la Dirección Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad del Principado (DRSM), un programa de formación para psicólogos post-graduados (PIR). Es el objeto de este trabajo la exposición del marco y desarrollo de esta experiencia hasta el momento actual.

I. MARCO Y COMIENZO DE LA EXPERIENCIA PIR EN ASTURIAS

Esta iniciativa se inserta en el

"En Asturias se realiza desde hace dos años un programa de formación para psicólogos postgraduados, cuyo objetivo es paliar la situación con que se terminan los estudios universitarios, una situación caracterizada por la ausencia de prácticas acordes con los contenidos de los programas y con el futuro trabajo profesional"

proceso de Reforma Psiquiátrica emprendido hace algo más de dos años por la Consejería de Sanidad del Principado. Los ejes de esta reforma son la transformación y superación del hospital psiquiátrico, y la creación de Centros de Salud Mental implantados en la Comunidad e integrados por equipos interdisciplinarios, con un trabajo clínico y comunitario, que posibilita la formación de nuevos profesionales en estas áreas.

Con este fin se convocan en agosto de 1983, seis plazas de psicólogos becarios para los servicios de Salud Mental de la Consejería de Salud a través de un concurso libre de méritos de ámbito nacional al que pueden concurrir los licenciados en psicología que hayan obtenido el título durante el año 1979 y siguientes. En esta primera convocatoria no se especifica el procedimiento de selección, el contenido de las pruebas ni el programa de formación.

El procedimiento de selección de los candidatos fue a través de tres pruebas: selección por currículum vitae, examen "tipo test", basado en cuestiones de psicología clínica y comunitaria, y, por último, una entrevista personal.

El tribunal estaba compuesto por: el ilustrísimo señor consejero de Sanidad, el director de Estudios de Salud Mental, un representante del Colegio Oficial de Psicólogos y un psicólogo designado por el ilustrísimo señor consejero.

Los psicólogos seleccionados percibieron en concepto de beca de estudios 60.000 ptas./mes durante el primer año, y 80.000 pesetas/mes durante el segundo.

En la siguiente convocatoria (agosto de 1985) se introdujeron modificaciones sustanciales: Especificación del procedimiento de selección, del contenido de las pruebas, del programa de formación teórico-práctico y el tipo de contratación (temporal por dos años).

II. PROGRAMA TEORICO

El programa teórico de formación se desarrolla en torno a tres bloques:

Sesiones clínicas y monográficas

Realizadas rotativamente con periodicidad semanal durante el período docente (septiembre-julio) por los distintos servicios extra e intrahospitalarios, el personal en formación participa en la preparación de estas sesiones junto al equipo al que está asignado.

En las sesiones monográficas se debaten temas relacionados con la práctica asistencial y con la organización de los servicios. Algunas de las sesiones fueron sobre: Hospitales de día, Reinserción de crónicos, Psicosis e institución desde Lacan, Pisos protegidos...

Cursos, seminarios, jornadas, etc., organizadas por la DRSM

Estas actividades son programadas por la Comisión de Docencia de la DRSM a propuesta de los diversos servicios. El programa de formación teórica que hemos seguido durante estos dos primeros años de la experiencia PIR es el siguiente:

Cursos:

- Psicopatología I y II
- Psicoterapias
- Sociología y Epidemiología de la enfermedad mental
- Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis
- Psicodiagnóstico
- Psicopatología infantil

Seminarios:

- Urgencias psiquiátricas
- Abordajes psicodinámico en Salud Mental Infantil
- Intervención sistémica a nivel familiar y de redes sociales
- Alcoholismo
- Atención comunitaria
- El niño y la dinámica familiar
- Culpa, depresión y suicidio
- Psicofarmacología básica
- Introducción freudiana a la cuestión de la psicosis
- Balint y la relación médico-paciente
- La crítica del paradigma sistémico, revisión de conceptos y perspectivas
- Demanda e instituciones. Métodos de trabajo desde la perspectiva comunicacional sistémica
- Trabajo institucional, dinámica del equipo y trabajo con la comunidad

- Técnicas psicoterapéuticas en la infancia
- La salud mental y los aspectos psicosociales en la atención primaria.

La asistencia a los cursos es obligatoria, teniendo que realizar un mínimo de seis seminarios de libre elección incluidos en el programa de actividades docentes.

Otras actividades formativas

La formación teórica incluye también la asistencia a otros cursos, jornadas, congresos, etc., que la comisión de docencia estime que cumplen los criterios de acreditación. La DRSM subvenciona anualmente al personal en formación hasta un máximo de tres actividades de este tipo.

III. PROGRAMA PRACTICO

Se organizó mediante rotaciones de diversa duración por los siguientes servicios:

- Unidad de crónicos del hospital psiquiátrico (7 meses)
- Interconsultas con el Hospital General desde un Centro de Salud Mental (2 meses)
- Unidad Infantil de un Centro de Salud Mental (3 meses)
- Unidad de adultos de un Centro de Salud Mental (12 meses).

El tiempo de estancia varía según las valoraciones de los servicios, el criterio de la comisión de docencia y los intereses del personal en formación. Existía la posibilidad de especializarse en psicología clínica infantil, rotando por este servicio la mitad del tiempo total de formación.

Durante las rotaciones se asumen progresivamente responsabilidades en la planificación y puesta en práctica del trabajo clínico y comunitario, participando en los programas de atención a problemas específicos tales como toxicomanías, reinserción de crónicos, trabajo con las escuelas, etc.

La supervisión se realiza en el seno de los distintos equipos (sin que sea imprescindible la presencia de un psicólogo del staff) a través de los mecanismos de organización y funcionamiento del equipo: Cooterapia, reuniones clínicas del servicio, orientación en

el trabajo clínico e intervención comunitaria que el psicólogo becario asume.

Creemos que en el programa de formación práctica debería contemplarse la estancia subvencionada en un centro nacional y/o extranjero que por su acreditación contribuya a contemplar la formación del PIR. En esta primera experiencia dos de los PIR solicitaron y les fue concedida, sin subvención, una estancia de 15 días en un Servicio de Salud Mental de la IX Unidad Sanitaria Local de Génova.

IV. EVALUACION

Una vez finalizada la rotación por cada servicio, el responsable de éste, previa atención a las consideraciones del equipo, remitirá un informe evaluatorio a la subcomisión de docencia encargada de la formación de los psicólogos.

Para completar la evaluación al finalizar los dos años, cada PIR elaborará una memoria sobre el papel del psicólogo en el equipo, su articulación en la práctica clínica y comunitaria en salud mental.

La valoración final del período de formación puede ser insuficiente, suficiente, satisfactorio y muy satisfactorio, otorgando una certificación que a modo de expediente académico detalla las características de la formación recibida: Programa teórico, períodos de rotación y memoria con sus correspondientes evaluaciones. Así como un diploma como postgraduado en formación en los servicios de salud mental del Principado de Asturias.

LA REFORMA PSIQUIATRICA EN MADRID

LUIS PRIETO MORENO (*)

DE todos es conocida la larga tradición de exclusión de la asistencia psiquiátrica de la estructura Sanitaria General.

La responsabilidad, exclusiva por Ley, de las Diputaciones Provinciales, llevó a la existencia de una red marginal de atención basada únicamente en el internamiento como respuesta a los problemas de Salud Mental. Tampoco la creación de las Consultas de Neuro-Psiquiatría de los Ambulatorios de la Seguridad Social, contribuyó a la mejora de la Asistencia Psiquiátrica.

En este contexto, la puesta en marcha, a finales de 1981, por parte de la Diputación de Madrid, del Instituto de la Salud Mental, supuso un cambio profundo en las líneas de actuación en Salud Mental, poniendo las bases para una reforma de la asistencia psiquiátrica.

La Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, a través del Servicio Regional de Salud, a partir de 1984, asumió la línea de trabajo y el modelo asistencial propuesto por el INSAM.

Las dificultades de desarrollo de este modelo vinieron condicionadas fundamentalmente por la ausencia de transferencias (la red sanitaria de la AISN no ha sido transferida hasta el 1 de enero de 1986, la red sanitaria del INSALUD no tiene fecha de transferencia).

La reciente aprobación de la Ley General de Sanidad plantea un marco legislativo nuevo que facilitará la integración plena de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, aunque el camino de esta integración no está exento de dificultades en su realización práctica.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION DE MADRID

Desde el punto de vista demográfico, y según datos del último censo de 1981, la Comunidad de Madrid, cuenta con una población de derecho de 4.628.887 habitantes, lo que representa el 12% del total de la población española. De los casi cinco millones de habitantes de la provincia, el 67% pertenecen al municipio de Madrid, que ocupa 60.708 hectáreas frente a las 799.500 de la provincia. El 17,5% del resto de la población se incluye en la zona metropolitana. La densidad media provincial es de 6 habitantes por Ha., y la de Madrid municipio de 52.

Las características de la población y desde la perspectiva de las necesidades en Salud Mental se podrían señalar, entre otras, las siguientes:

1. Dada la ausencia de homogeneidad en la estructura de la población, y sus características sociales y culturales entre los diversos distritos y áreas sanitarias, sus necesidades de Salud Mental tampoco son homogéneas ni cuantitativas ni cualitativamente; lo que deberá repercutir directamente en la planificación de los servicios.

2. La localización de equipamientos, incluyendo el sanitario, se da con unas pautas según una división centro-periferia y Norte-Sur, que ha de incidir en la planificación, exigiendo la remodelación de algunos servicios actuales.

(*) Jefe del Servicio de Salud Mental del Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Datos del artículo recogidos del Primer borrador del Plan de Salud Mental de 1986 de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid.

3. En determinados distritos y áreas se da una fuerte proporción de población inmigrante, con unas características importantes de desarraigo y un mayor riesgo, por tanto, de padecer trastornos psiquiátricos.

4. El progresivo aumento de la población mayor de 65 años que se concreta de forma muy especial en algunos distritos, plantea necesidades específicas de Salud Mental y Servicios Sociales.

5. El incremento progresivo de personas que viven solas, especialmente ancianos, constituye un aumento de los factores de riesgo e incide directamente sobre las fórmulas asistenciales a ser utilizadas.

6. La alta tasa de desempleo y su tendencia al crecimiento, especialmente en el sector de población que busca su primer empleo, constituye un importante factor de riesgo. Dicha población desempleada tiende a distribuirse de forma irregular entre los diferentes distritos sanitarios.

7. Hay datos para pensar que las malas condiciones urbanísticas y de equipamientos de determinadas zonas, especialmente en el área metropolitana tienen un importante papel en el aumento del riesgo, sobre todo si se tiene en cuenta que, en general, se trata de poblaciones inmigrantes, con un nivel educativo más bajo y con unas mayores repercusiones de la crisis económica sobre ellas.

II. SITUACION DE PARTIDA

El estado de la asistencia psiquiátrica en 1982 tenía las siguientes características:

1. La descoordinación entre las distintas redes alcanzaba sus cotas máximas, existiendo una carencia absoluta de planificación y una ausencia de autoridad sanitaria de referencia en cuanto política en Salud Mental.

2. El Hospital Psiquiátrico de Madrid cuyos niveles de calidad asistencial eran muy bajos, cumplía una exclusiva función de "cul de sac" del sistema y una función social de atención a marginados. Sus funciones asistenciales no es-

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR AREAS Y DISTRITOS SANITARIOS

AREA	DISTRITOS	POBLACION	%	%	%	%
			0 - 14	15 - 24	25 - 64	65
1. Sur-Este (684.551 h.)	XI. Arganda	54.884	25%	17%	44%	11%
	XXI. Moratalaz	146.535	28%	17%	47%	7%
	XXVII. Retiro	125.665	21%	17%	48%	13%
	XXXII. Vallecas	186.689	24%	19%	48%	11%
	XXXI. Mediodía	170.778	28%	19%	46%	7%
2. Centro-Norte (328.172 h.)	XXVIII. Salamanca	179.363	16%	17%	47%	19%
	XVII. Chamartín	148.809	21%	18%	49%	11%
3. Este (675.428 h.)	XIII. Alcalá de Henares	142.862	32%	17%	44%	5%
	XIV. Torrejón de Ardoz	75.398	36%	16%	45%	4%
	XII. Coslada	83.661	34%	14%	51%	4%
	XXII. Ciudad Lineal	235.679	23%	18%	49%	9%
	XXIII. San Blas	137.828	23%	22%	47%	7%
4. Norte	XVI. Colmenar Viejo	52.007	23%	15%	41%	12%
	La Cabrera					
	XV. Alcobendas	63.507	37%	14%	45%	7%
	XIX. Fuencarral	176.302	28%	15%	46%	7%
5. Centro-Noroeste (347.321 h.)	XXIV. Hortaleza	168.387	31%	15%	48%	6%
6. Centro-Sur (283.890 h.)	XVIII. Tetuán	164.465	19%	18%	49%	14%
	XXIX. Chamberí	182.856	15%	17%	47%	19%
7. Oeste (287.406 h.)	XXV. Centro	162.571	14%	15%	48%	14%
	XXVI. Arganzuela	121.319	19%	15%	49%	15%
8. Centro-Suroeste (545.798 h.)	I. Majadahonda	75.654	29%	15%	44%	14%
	II. Collado-Villalba	65.136	26%	16%	45%	8%
	III. Navalcarnero	37.858	24%	16%	44%	12%
	XX. Moncloa	108.758	21%	17%	48%	12%
9. Sur-Oeste I (290.306 h.)	XXXIV. Carabanchel	256.100	23%	18%	49%	10%
	XXXIII. Latina	289.698	27%	16%	49%	8%
10. Sur-Oeste II (241.052 h.)	V. Móstoles	149.649	36%	12%	50%	4%
	VI. Alcorcón	140.657	35%	12%	49%	5%
11. Sur (484.760 h.)	VII. Leganés	163.426	34%	14%	49%	5%
	VIII. Fuenlabrada	77.620	39%	12%	48%	1%
12. Sur (484.760 h.)	IV. Parla	83.948	36%	15%	45%	4%
	IX. Getafe	127.060	32%	15%	49%	5%
	X. Aranjuez	77.736	25%	17%	44%	11%
	XXX. Villaverde	196.016	24%	20%	47%	8%

taban diferenciadas y tampoco sus objetivos asistenciales estaban especificados.

3. Las camas de larga estancia, en su mayoría concertadas con Hospitales Psiquiátricos privados, estaban determinadas desde la propia demanda, demanda no regulada ni clarificada desde el punto de vista técnico.

4. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial no correspondía con lo que habitualmente se

entiende como Unidad de Psiquiatría en un Hospital General. Sus funciones asistenciales se identificaban más con las que generalmente desempeñaban las instituciones psiquiátricas.

5. La asistencia ambulatoria estaba centrada casi exclusivamente en las consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social y

las consultas externas de los Hospitales.

III. SITUACION ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS

Actualmente en el sector público trabajan un total de 1.375 profesionales. Su distribución según el tipo de servicio donde desempeñan sus funciones puede verse en la tabla siguiente.

Nº DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL DEL SECTOR PUBLICO EN MADRID

Tipo de Servicios	Régimen ambulat.	Régimen Int. (HG)	Régimen int. (HP)	Total
Psiquiatras	154(52)	86(29)	58(19)	298(100)
Psicólogos	79(68)	20(18)	16(14)	115(100)
A.T.S.	122(41)	67(22)	111(57)	300(100)
Asist. Soc.	69(67)	13(13)	21(20)	103(100)
Terap. Ocup.	5(16)	11(37)	14(47)	30(100)
Otros	110(21)	129(24)	290(55)	529(100)
TOTAL	539(39)	326(24)	510(37)	1375(100)

(HG) = Hospitales Generales
(HP) = Hospitales Psiquiátricos
(entre paréntesis: porcentajes)

En la tabla siguiente se recogen los datos para los psiquiatras según su lugar de trabajo y dependencia administrativa. En el caso del INSALUD se han separado los

neuropsiquiatras de zona de los que trabajan en los equipos de Salud Mental de reciente creación. Tal y como puede verse, el mayor porcentaje corresponde a la

Comunidad de Madrid (46%) y aún prescindiendo de los 65 neuropsiquiatras de zona, el número de los que trabajan en servicios ambulatorios es el más elevado.

Psiquiatras	Ambul.	Hosp. Gral.	Hosp. Psiq.	Total	%
Ser. reg.Sal.	57	26	58	141	46.0
Municipales	31	0	0	31	10.1
INSALUD	8	45	0	53	17.3
Neupsiq.Zona	65	0	0	65	21.2
Cruz Roja	5	11	0	16	5.2
TOTAL	166	82	58	306	100.0
%	54.2	26.8	19.0	100.0	

Psicólogos	Ambul.	Hosp. Gral	Hosp. Psiqu.	Total	%
Ser.Reg.Sal.	37	6	16	64	59.0
Municipales	43	0	0	43	43.0
INSALUD	8	10	0	18	18.0
Cruz Roja	0	3	0	3	2.4
TOTAL	88	19	16	123	122.4
%	71.5	15.4	13.0	100.0	

Para el caso de los psicólogos —véase tabla— ambas proporciones se hacen mayores. Cabe destacar la cifra —la más elevada— de los que trabajan en centros municipales, que supera a la de psiquiatras.

De todas formas, en los servicios ambulatorios la proporción de habitantes por psiquiatra —excluidos los neuropsiquiatras de zona— es de 45.800 y para los psicólogos de 52.600, cifras excesivamente altas.

IV. MODELO PROPUESTO

El modelo propuesto está basado en los siguientes principios generales:

- Concepción de los Servicios de Salud como un sistema integrado de recursos humanos, tecnológicos y materiales dirigidos a mantener, proteger, promover y restaurar la salud de la población.
- Concepción de los Servicios de Salud Mental como subsistema de Salud, y no como una especialidad médica más, debiendo, en consecuencia, integrarse en el conjunto del Sistema de Salud y participar en todas y cada una de las acciones que tienden a garantizar la

protección y restauración de la Salud de la población como objetivo final.

- Los Servicios Psiquiátricos se integrarán dentro del ámbito de la Asistencia Sanitaria General, sin que en ningún caso puedan plantearse redes paralelas específicas, y sin que ello implique, obviamente al igual que en otro tipo de patologías, la ausencia de la necesaria y natural diferenciación de medios y acciones.
- Adopción de un modelo de atención centrado en la Comunidad mediante el desarrollo de Servicios de Salud Mental con responsabilidad territorializada (constituyendo el segundo escalón del nivel de atención primaria).
- Ubicación de las unidades de agudos en los Hospitales Generales, haciendo realidad el principio básico de la no discriminación del enfermo mental en relación con los otros enfermos.
- Transformación de los Hospitales Psiquiátricos, generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras. El objetivo final de dicha transformación es su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario o su reconversión en instituciones residenciales de-

pendientes de los servicios sociales.

- Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población haciendo especial hincapié en la formación en Salud Mental de los agentes naturales de Salud y desarrollando acciones específicas sobre los grupos de población de alto riesgo.

V. OBJETIVOS

1. Impulsar y potenciar, en la medida de sus competencias, la integración funcional de las distintas redes asistenciales y la optimización de los recursos asistenciales.
2. Reconvertir los Hospitales Psiquiátricos delimitando sus funciones y objetivos asistenciales.
3. Reducir, o al menos no hacer crecer, las camas de hospitalización de larga estancia, discerniendo, además, entre las funciones de Asistencia Psiquiátrica y los Servicios Sociales.
4. Impulsar el desarrollo de servicios ambulatorios a través de los Servicios de Salud Mental en los Distritos Sanitarios.
5. Impulsar el desarrollo de servicios alternativos a la Institución Psiquiátrica en la Comunidad, dentro de los Servicios Sociales.

En el estado actual de la reforma, y teniendo en cuenta el momento de las transferencias sanitarias, creemos importante desarrollar de forma más amplia, dentro de las acciones emprendidas, la puesta en marcha de los Servicios de Salud Mental en los Distritos Sanitarios y el Plan de Rehabilitación y Reinserción Social. Finalmente se señalan brevemente las acciones efectuadas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid y en el Programa de Asistencia Psiquiátrica Concertada.

VI. DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Dadas las características del modelo asistencial descrito, se hizo imprescindible la puesta en marcha de unos Servicios de Salud Mental en la Comunidad con una responsabilidad de población y territorial delimitada.

El desarrollo de estos Servicios se ha hecho teniendo en cuenta la zonificación de Salud y Servicios Sociales realizada por la Consejería de Salud y Bienestar Social (BOCAM 2.8.1985). Esta zonificación distribuye la Comunidad de Madrid en 11 Áreas de Salud, 34 Distritos Sanitarios y 200 zonas básicas.

Los Servicios de Salud Mental están considerados como una atención especializada, por lo tanto se sitúan al nivel de Distrito Sanitario, dando apoyo a los centros básicos de Salud y Servicios Sociales. La población de estos Distritos se sitúa en torno a los 150.000-200.000 habitantes.

La puesta en marcha de estos Servicios ha sido paulatina y ha estado condicionada, en parte, por las posibilidades de llegar a acuerdos inter-institucionales, ya que uno de los aspectos más cuidados ha sido la política de integración de recursos y el avance en la creación de una única red asistencial. Estos acuerdos se han realizado a través de la firma de *Convenios* entre la Consejería de Salud y Bienestar Social, el INSALUD y los Ayuntamientos implicados en cada Distrito.

A través de estos Convenios se establece la integración funcional en un único equipo de profesionales dependientes de distintas administraciones. Las funciones de dirección, programación y desarrollo específico de las actividades de los programas de Salud Mental, son competencia del Servicio de Salud Mental del Servicio Regional de Salud, a fin de dar una coherencia al conjunto de acciones que se llevan a cabo en la Comunidad de Madrid.

Actualmente existen estos Convenios en los siguientes Distritos de la Comunidad:

- Alcobendas (Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y 9 Municipios) - Firma del Convenio: Noviembre 1984.
- Colmenar Viejo (Colmenar Viejo y 53 Municipios) - Firma del Convenio: Febrero 1985.
- Móstoles - Firma del Convenio: Mayo 1984, ampliación Noviembre 1985.
- Leganés - Firma del Convenio: Junio 1984.
- Getafe - Firma del Convenio: Junio 1984.
- Parla (Parla, Griñón, Pinto) - Firma del Convenio: Diciembre 1985, ampliación: Junio 1986.
- Fuenlabrada - Firma del Convenio: Diciembre 1985.
- Alcorcón - Firma del Convenio: Junio 1984.
- Alcalá de Henares: Firma del Convenio: Junio 1986.

Partiendo de recursos propios del Servicio Regional de Salud, procedentes de traslados de personal del Hospital Psiquiátrico y de nuevas contrataciones, así como de los recursos transferidos de la AISN, existen Servicios de Salud Mental en los siguientes Distritos del Municipio de Madrid: Ciudad Lineal, Fuencarral, Hortaleza, Salamanca-Char Martín, San Blas, Vallecas, Retiro-Moratalaz, Tetuán-Chamberí, Moncloa-Latina, y de inminente puesta en marcha Carabanchel. También se da cobertura a la atención ambulatoria de los Distritos de Arganzuela y Aranjuez.

Actualmente en los Distritos de: Leganés, Fuenlabrada, Parla, Getafe y Móstoles se ha conseguido

el objetivo de la red única asistencial a través de los acuerdos con el INSALUD. También se ha logrado este objetivo en Alcobendas para la atención a la población infantil.

En el mes de septiembre está previsto la integración de las redes asistenciales en Alcorcón y Alcalá de Henares.

En los Distritos del Municipio de Madrid esta integración es más compleja debido a que en la actualidad la delimitación territorial de las Sectoriales del INSALUD no coincide con la zonificación de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

La composición de los Equipos de Salud Mental es variable en su número, dependiendo de los recursos disponibles y de las características del Distrito Sanitario, estando generalmente formados por: 2, 3, 4 Psiquiatras; 1, 2, 3 Psicólogos; 1, 2 Asistentes Sociales; 1, 2 A.T.S.; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Auxiliar Administrativo.

Los programas que se llevan a cabo son:

- 1 — Evaluación.
- 2 — Atención Ambulatoria.
- 3 — Apoyo a la Atención Primaria y los Servicios Sociales.
- 4 — Urgencias.
- 5 — Hospitalización Breve.
- 6 — Hospitalización Parcial.
- 7 — Atención domiciliaria.
- 8 — Infanto-Juvenil.
- 9 — Rehabilitación y Reinserción Social.
- 10 — Toxicomanías.

Se ha considerado como prioritario los tres primeros programas. A través de ellos se evalúa la demanda, analizando la oportunidad o no de su asistencia por parte del Equipo de Salud Mental y se va desarrollando el apoyo a la Asistencia Primaria del Distrito.

Se han establecido diversas modalidades terapéuticas: tratamiento ambulatorio, psicoterapia individual, farmacoterapia, psicoterapia de familia, psicoterapia de pareja, psicoterapia de grupo, tratamiento domiciliario, hospitalización parcial y hospitalización breve.

El Programa Infanto-Juvenil ha tenido mayores dificultades de puesta en marcha en todos los Servicios, dado que en este sector la Comunidad no contaba con ser-

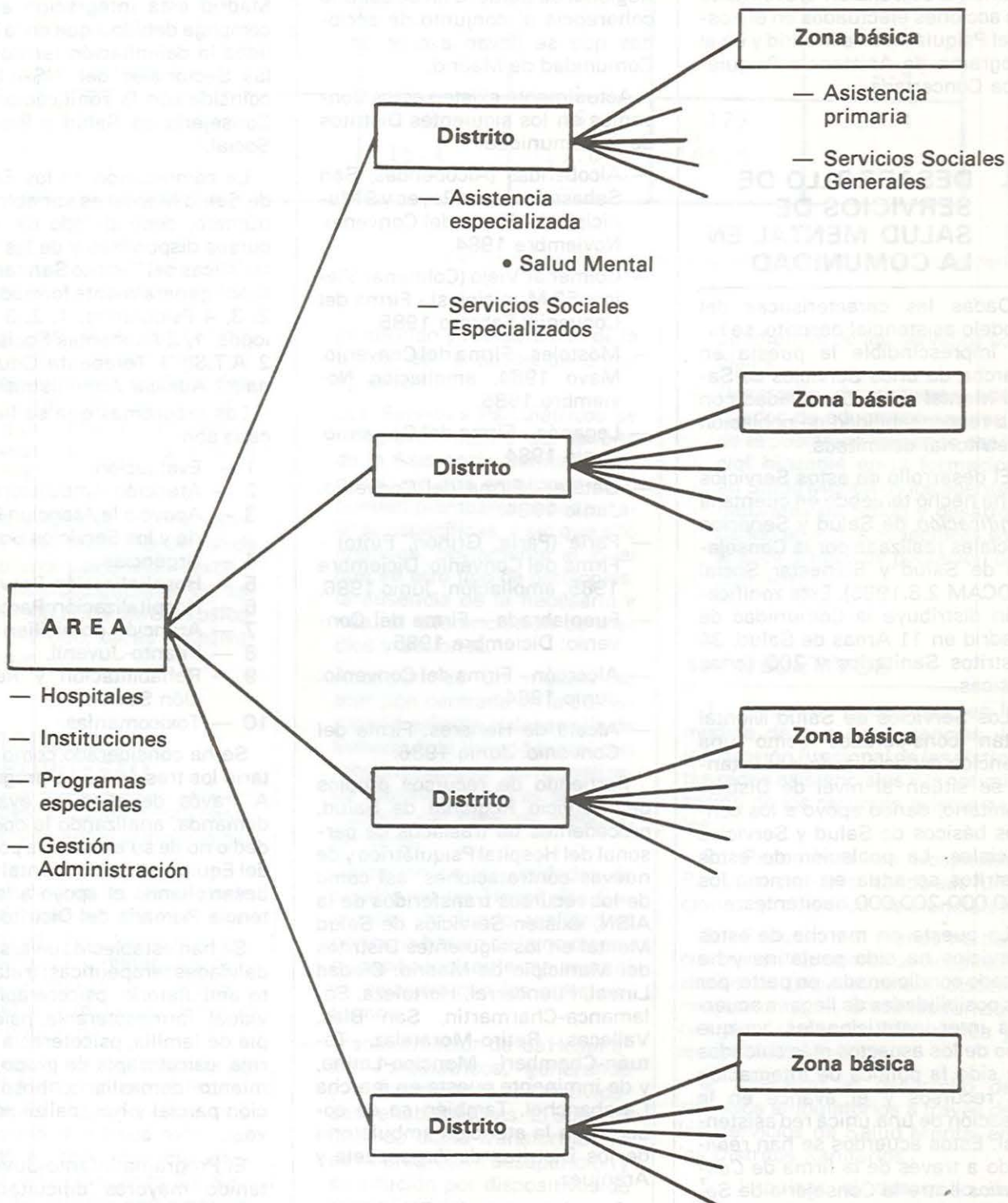
vicios ni profesionales especializado. Con la transferencia de la A.I.S.N., que contaba con profesionales especializados y Centros monográficos, se está trabajando en la línea de ir desarrollando este

Programa para la Comunidad de Madrid.

El Programa de Rehabilitación y Reinserción Social, dadas sus características, será a continuación expuesto con mayor detalle.

El Programa de toxicomanías se realiza dentro del Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Madrid, con apoyo de profesionales, contratados por dicho Plan, en los Servicios de Salud Mental.

ESQUEMA DE LA ZONIFICACION DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



VII. PROCESO DE DATOS

Dada la importancia que tiene en unos Servicios de nueva creación conocer y evaluar sus acciones a fin de ir las ajustando a los objetivos propuestos se diseñó un Programa para el Proceso de Datos que permita:

- Conocer la demanda que acude a los Servicios de Salud Mental.
- Características de la población demandante.
- Conocer el movimiento asistencial.
- Conocer la actividad por programas.
- Conocer las acciones de Coordinación, Docencia, Formación, etc.

Este Proceso de Datos que se estableció de forma experimental, se viene realizando desde hace un año en diez Servicios de Salud Mental, estando previsto para este año la ampliación a todos los Servicios.

La información se recibe en cada Servicio mensualmente y constituye un elemento de trabajo valioso.

VIII. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION Y REINSENCION SOCIAL

Para poder superar lo que de marginador para el enfermo mental tiene la institucionalización en el Hospital Psiquiátrico que históricamente ha ejercido funciones asilares, con el siguiente efecto cronificador y desocializador para el individuo; la Comunidad Autónoma de Madrid, ha visto necesario prioritar un Programa de Rehabilitación y Reinserción Social. Para ello la Asamblea de Madrid aprobó un Plan Cuatrienal de Servicios Sociales donde se contempla el Programa "Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica".

El presupuesto para este programa está gestionado por el Ser-

vicio Regional de Bienestar Social; la Dirección del Programa está asumida por el Servicio de Salud Mental. Esta asunción consideramos tiene que ser transitoria para que, de forma progresiva, los Servicios Sociales se responsabilicen del programa de Rehabilitación y Reinserción Social.

IX. POBLACION ESPECIFICA A LA QUE VA DIRIGIDO EL PROGRAMA

- Personas que residen actualmente en medio institucional psiquiátrico, más específicamente en unidades de Larga Estancia.
- Personas que, habiéndose beneficiado de la adquisición de medios y capacidades personales durante su estancia hospitalaria, deban mantenerlas y desarrollarlas en su permanencia en la Comunidad.
- Personas que, debido a la cronicidad de su patología, presentan —aún en ausencia de toda hospitalización— un deterioro importante en su funcionamiento y adaptación psicosocial dentro de su entorno, necesitando, un soporte asistencial.

Así pues, la desinstitucionalización y la prevención terciaria sobre las secuelas de la enfermedad psiquiátrica, son los dos ejes de actuación de este programa, cuya finalidad va encaminada a devolver al individuo el máximo de sus capacidades.

X. RECURSOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Con objeto de que el individuo alcance un nivel de funcionamiento en la Comunidad lo más normal posible, se hace necesario la puesta en marcha de una red o circuito de recursos que contemple cinco áreas básicas de necesidad. Estas son:

Residencial

Promoción de lugares donde de

forma temporal o definitiva han de residir los enfermos mentales:

- Familia propia.
- Familia sustituta.
- Pisos autogestionados.
- Pisos protegidos.
- Pensiones.
- Casas de transición.
- Residencia asistida.

Laboral

Utilización o promoción de recursos laborales que permita al enfermo mental su integración en el proceso productivo:

- Empleo normalizado.
- Acuerdos con instituciones sociales.
- Fomento del cooperativismo.
- Empleo protegido.

Socio-Cultural

Utilización de recursos comunitarios o específicos que permitan el desarrollo integral del enfermo mental, a través de la ocupación del tiempo libre:

- Centros Sociales.
- Asociacionismo cultural y de ocio.
- Polideportivos.
- Casas de la Cultura y de la Juventud.
- Actividades normalizadas: cine, teatro, etc.
- Actividades específicas de los Centros de Día.

Formación

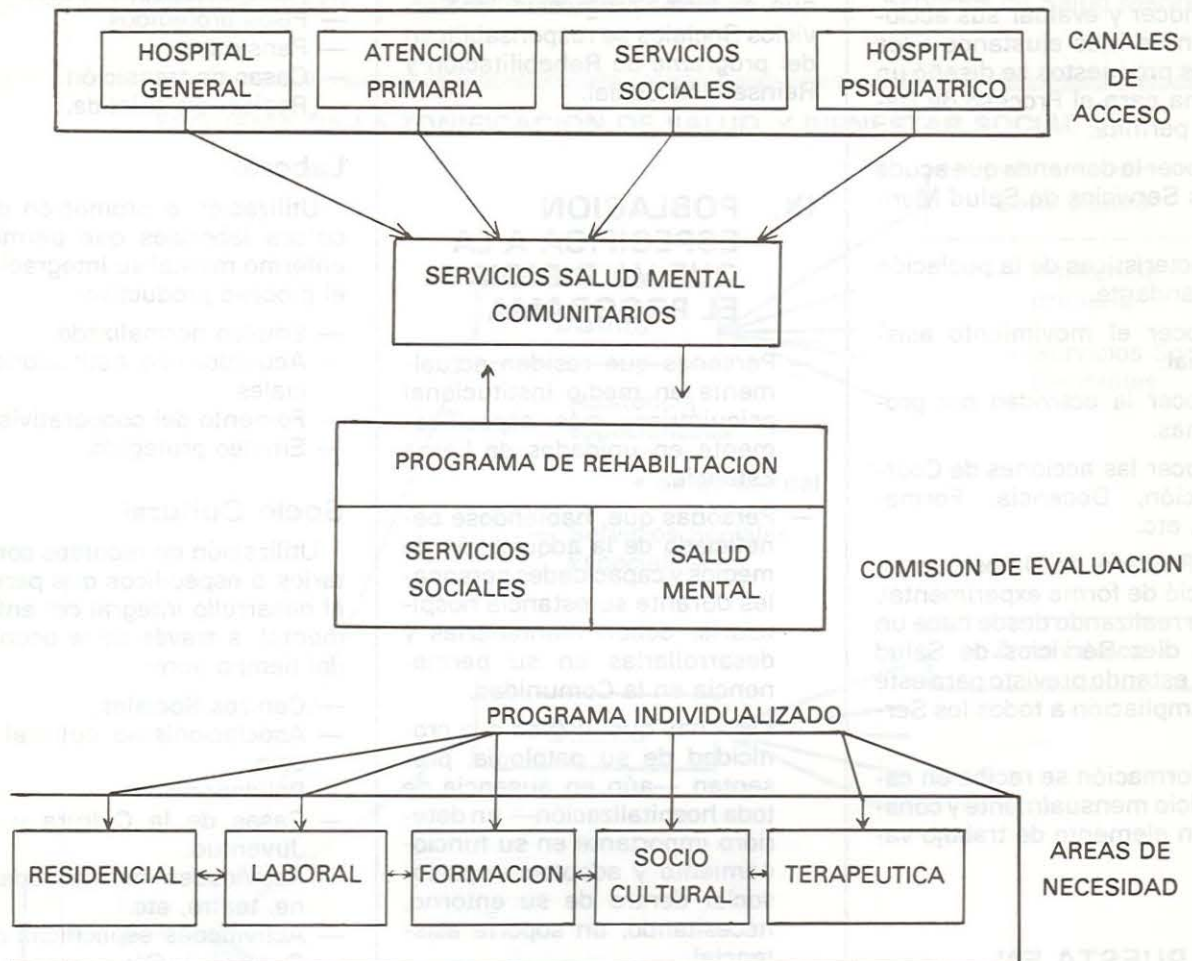
Utilización de Centros de Formación Educativa y profesional que posibiliten al enfermo mental la recuperación de capacidades perdidas por largos períodos de institucionalización o por deterioros debidos a su enfermedad:

- Universidades.
- Escuelas públicas.
- Centros de F.P.
- Universidades populares.
- Cursos de formación del INEM.
- Talleres, escuelas protegidos.
- Promoción de cursos específicos.

Terapéutica

Utilización de recursos sanitarios generales o específicos y rehabilitadores —Centro de Día, Unidad de Rehabilitación— para la cobertura de las necesidades terapéuticas del enfermo mental:

CIRCUITO DE REHABILITACION



- Centro de atención primaria.
- Servicios de Salud Mental (atención ambulatoria, hospitalización parcial, asistencia a domicilio, etc.).

Para el óptimo funcionamiento del programa se hace necesario:

- Priorizar la utilización de los recursos de la propia Comunidad.
- Crear únicamente recursos específicos cuando la disminución de las capacidades del individuo imposibilita el uso de recursos Comunitarios.
- Integración de los recursos específicos en la red de Servicios Sociales Comunitarios, excepto los recursos de salud que deben estar integrados en la red general de Salud.

XI. SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA

Teniendo en cuenta las "Áreas de Necesidad" anteriormente expuestas de acuerdo con la zonificación, los recursos específicos que está previsto crear en el presente año y que se integrarán en el circuito de Rehabilitación son los siguientes:

Residencial

- 1 piso protegido en Colmenar Viejo, con capacidad para cuatro personas procedentes del Hospital Psiquiátrico de Madrid —Larga Estancia—.
- 3 pisos protegidos en Leganés, cedidos por el I.V.I.M.A., con capacidad para cuatro perso-

nas por piso, procedentes del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel.

- 2 pisos protegidos en Móstoles, cedidos en uso por el Ayuntamiento con capacidad de 2 a 3 personas por piso.
- 1 Casa de Transición en el Distrito de Ciudad Lineal, con capacidad para 13 personas.

Formación

- Organización de cursos de Formación en colaboración con el INEM, en base a las necesidades de los enfermos y las características de la zona.
- Cursos de alfabetización impartidos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid.
- Subvención económica para cursos de Formación Profesional.

Laboral

- Acuerdos con Municipios para la contratación de enfermos mentales.
- Acuerdos con Ayuntamientos para la cesión de puestos en mercados municipales que serán explotados por enfermos mentales.

Ocio-Cultura-Deportes

- 1 Centro de Día en Móstoles, ubicado en un local cedido por el Ayuntamiento, en el cual se realizarán y potenciarán actividades de ocio y cultura, dedicadas a personas que han perdido gran parte de su autonomía.
- Acuerdos con Instituciones Deportivas y Culturales para la integración de enfermos mentales en las actividades habituales.
- Subvenciones económicas a enfermos mentales para la asistencia a actividades de ocio-cultura y deportes.
- Organización de vacaciones para enfermos mentales en colaboración con los Servicios Sociales de los Distritos.

Terapéutica

En este apartado únicamente citaremos lo específico de Rehabilitación:

- 3 Talleres Ocupacionales en Leganés, con capacidad entre 38 a 57 personas.

— 1 Centro Agrícola de Rehabilitación en Leganés, con capacidad para 20 personas.

- 1 Centro de Día en Leganés.
- 1 Unidad de Rehabilitación en Leganés.
- 1 Centro de Día en Alcobendas con capacidad de 8 a 10 personas.
- 1 Centro de Día en Móstoles, con un área específica de Rehabilitación de enfermos crónicos.
- 1 Centro de Día en Colmenar Viejo.
- Subvenciones económicas (alimentación y transportes) a enfermos mentales para que acudan a la Granja de Miraflores.

XII. REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MADRID

En 1982 se inició la reforma del Hospital Psiquiátrico de Madrid, esto supuso la reestructuración de las funciones asistenciales del Centro y creación de unidades funcionales.

Teniendo en cuenta que funcionalmente, y a excepción de una clasificación por sexos, el Hospital Provincial Psiquiátrico no establecía ninguna otra diferenciación, ingresándose todos los pacientes indiscriminadamente en cualquier unidad, este objetivo tuvo que desarrollarse de una forma progresiva.

En una primera fase se acometió la reforma de la Unidad de Admisión y Urgencias, ubicándolas en el edificio anexo. Esto supuso que la totalidad de la población de larga estancia quedase en las salas del edificio central del Hospital.

En la segunda fase se realizó la distribución de esta población creándose Unidades Asistenciales diferenciadas, de forma que, la estructura funcional del Hospital en la actualidad es como a continuación se refleja:

- Unidad de Hospitalización Breve: Consta de 3 unidades con

36 camas cada una. Total: 108 camas.

- Unidad de Deshabitación Alcohólica: 20 camas.
- Unidad de Desintoxicación de Toxicómanos: 8 camas.
- Unidad de Larga Estancia: 240 camas.
- Unidad de Psicogeriatría: 90 camas.

A estas unidades hay que añadir 3 tipos de áreas funcionales:

1. *Urgencias*.—Dotado con 2 psiquiatras de guardia, un residente, un médico internista, las 24 horas. En 1985 ha habido una media de 9 urgencias diarias.

2. *Servicios Médicos Centrales*.—Laboratorio, farmacia, radiología y electroencefalografía.

3. *Consultas externas*.—Su número ha ido progresivamente descendiendo en razón de la puesta en marcha de los Servicios de Salud Mental en la Comunidad, habiéndose reducido en un 54% el volumen de consultas ambulatorias en 1985 (1984: 4.491; 1985: 2.083).

La estructura funcional del Hospital se configuró como órgano de gestión sin personalidad jurídica y está definida por el Decreto 26 Julio 1984 de la Comunidad Autónoma de Madrid.

XIII. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LEGANES

Este Hospital se transfiere a la Comunidad de Madrid en enero de 1986. Durante este año se ha iniciado un Plan de Reforma que implica:

- La Responsabilidad, desde 1 enero 1986 de las urgencias y hospitalización psiquiátrica de agudos de los Distritos Sanitarios de: Móstoles, Alcorcón, Leganés, Fuenlabrada, Getafe y Parla (30 camas).
- La puesta en marcha de un conjunto de programas alternativos al internamiento, partiendo de la utilización de los

recursos humanos y materiales del Hospital Psiquiátrico y de los recursos sociocomunitarios.

- Negociación con el INSALUD de la integración de la Unidad de Hospitalización Breve en el Hospital General "Severo Ochoa" de próxima inauguración.
- Integración de todos los recursos de salud mental (Ayuntamiento, INSALUD, Servicio Regional de Salud).
- Reestructuración e informatización de la Administración.
- A medio plazo, cesión al Ayuntamiento de Leganés del solar e inmueble del actual Hospital de Santa Isabel, salvo los espacios destinados a un Centro de Salud, y Centro de Día.
- Reestructuración de los Servicios de los dos Hospitales Psiquiátricos y de los ambulatorios, para constituir un circuito de prestaciones psiquiátricas, que den una cobertura completa a través de programas evaluables a la población del Area X (Leganés y Fuenlabrada); pasando el centro de gravedad del hospital a los servicios comunitarios.
- Adecuación del organigrama de gestión a los objetivos asistenciales, y a la futura estructuración del aparato de salud en áreas sanitarias.

XIV. ASISTENCIA PSIQUIATRICA CONCERTADA

Desde su aparición el INSAM se propuso como objetivo inmediato y prioritario el cambio de esta forma de tratamiento, no acorde con los planes básicos de asistencia psiquiátrica comunitaria, que el INSAM pretendía desarrollar. Esto implicaba la reducción del número de camas concertadas, la progresiva desaparición de las existentes fuera de la Provincia de Madrid y la reducción de la población asistida en estos centros que no presente patología activa y se encuentre

ingresada por condicionamientos sociales. (La mayoría son ancianos y pacientes crónicos que viven aislados en los Hospitales, cuyo handicap no justifica su internamiento, pero la falta de apoyo familiar y social lo hace, en cierta manera, inevitable). En este sentido se efectuaron las siguientes acciones:

- Estudio individualizado de toda la población ingresada, para poder efectuar una evaluación clínica, asistencial y social de cada una de las personas. El número total de esta población ascendía, en 1982 a 2.568 personas.
- Estudio de los Centros Concertados.
- Renovación de los conciertos buscando la participación y colaboración con las respectivas instituciones concertadas para el desarrollo de nuevas fórmulas de asistencia.
- Distribución progresiva de las camas concertadas. En enero 1982: 2.568, en diciembre 1985: 1.116. Este trabajo se ha realizado conjuntamente con los Servicios Sociales de forma que estos han asumido una serie de competencias entre las que destacan su responsabilización y gestión de 955 camas dedicadas a deficientes mentales.

XV. CONCLUSION

Este artículo no pasa de ser una descripción breve del modelo, objetivos y acciones de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Madrid. Somos conscientes que muchas de las acciones realizadas no están aquí reseñadas.

Es evidente que los logros alcanzados se deben al esfuerzo de muchos y que aún queda mucho camino por andar.

Finalmente creemos que los objetivos propuestos sólo se podrán alcanzar si existe una voluntad de cooperación y entendimiento entre los responsables políticos, gestores y profesionales implicados en el campo de la Salud Mental.

"La reforma de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Madrid sólo se podrá alcanzar si existe una voluntad de cooperación y entendimiento entre los responsables políticos, gestores y profesionales implicados en el campo de la salud mental"

DESARROLLO Y PERSPECTIVAS DE LOS CENTROS MUNICIPALES Y DE PROMOCION DE SALUD DE MADRID

JUAN CARLOS DURO MARTINEZ (*)
YOLANDA SANCHIS SANCHEZ
VIOLETA SUAREZ BLAZQUEZ

ESTE artículo ha sido elaborado a partir de un estudio realizado durante 1985, por encargo del Colegio de Psicólogos de Madrid, en el que participaron además de los firmantes, la psicóloga Ana Escolar.

El objetivo del referido estudio fue el de actualizar los datos recogidos en un trabajo anterior y publicado por el Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Madrid (1), esta vez exclusivamente referido a los Centros Municipales de Salud (CMS) y Centros de Promoción de Salud (CPS).

La metodología consistió en pasar un cuestionario a los psicólogos que trabajan en los CMS-CPS completando la información posteriormente con una entrevista a esos mismos psicólogos y con material escrito proporcionado por ellos mismos o sus respectivos directores.

Las dificultades en la recogida de datos no fueron pocas y de distinta índole, por lo que necesariamente se habrá producido alguna inexactitud en los datos, lo que no resta valor en lo fundamental al conjunto general de lo expuesto en este trabajo.

Antes de pasar al contenido propiamente dicho, queremos agradecer el esfuerzo de todos nuestros compañeros que accedieron a proporcionarnos la información, y a las instituciones que lo facilitaron.

La ordenación de los datos, su agrupamiento, la posible interpretación de los mismos hagamos, así como las opiniones que se expresan en el artículo son de absoluta responsabilidad de los que firman, asumiendo que, en una realidad

tan compleja como los CMS-CPS, este artículo no será sino una aproximación necesariamente parcial.

I. EL CONTEXTO POLITICO

Con el primer Gobierno de transición de la dictadura a la democracia (UCD, 1979) comienzan a oírse las primeras voces que plantean la necesidad de cambio en los distintos niveles administrativos del régimen anterior anquilosados en su funcionamiento (INP, Seguridad Social, etcétera).

Tomando el campo de la Sanidad, que es el tema que nos ocupa, se puede decir que éstas necesidades de cambio aparecen en tres niveles:

1. Por un lado, a nivel político se empieza a elaborar estudios y proyectos alternativos a las estructuras existentes en aquellos momentos, se plantea la Ley de Reforma Sanitaria (aprobada en 1980 por UCD, y que no plantea cambios sustanciales al anterior modelo).

2. A nivel de la Comunidad, y partiendo fundamentalmente de los movimientos vecinales, se cuestiona la estructura sanitaria existente, poniendo sobre el tapete demandas concretas de la población que hacen referencia a carencias graves que la Sanidad Pública no cubre.

(*) Coordinador de programas de los Servicios de Salud Mental de Getafe. (Comunidad Autónoma de Madrid - Ayuntamiento de Getafe).

3. Desde el sector profesional, técnicos de distintas disciplinas (psicólogos, médicos, asistentes sociales, etcétera), tomando como modelo las estructuras de atención a la salud de otros países europeos (Italia, Inglaterra, Cuba, etcétera), plantean un nuevo enfoque sanitario presentando la atención integral a la salud frente a una medicina exclusivamente asistencial-reparadora, incluyendo los aspectos preventivos y de promoción de salud, equipos multidisciplinarios, trabajo comunitario, etcétera.

En base a estos dos elementos (presión población y movimientos profesionales) y con el contrapunto de la deficiente situación sanitaria, se plantea un modelo alternativo de trabajo con la Comunidad en el campo de la salud: los CMS-CPS.

II. CREACION DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

Los Ayuntamientos con clara mayoría de izquierda (PSOE-PCE) crean servicios municipales para atender los problemas de la comunidad. Estos servicios municipales no nacen en todos los Ayuntamientos con la misma estructura y funcionamiento. En concreto, lo que hoy conocemos como CMS eran en su inicio servicios con variada denominación: Centro Municipal de Salud, Centro de Salud y Planificación Familiar, Centro de Higiene mental y Orientación Escolar, Servicio de Psicopedagogía y Salud Mental, etcétera.

Algunos factores que, pensamos, incidieron en como aparecen los Centros, son:

— En 1980 está aún vigente la Ley de Bases de Régimen Local, que deja pocas competencias en manos de los Ayuntamientos, pero se espera la aparición de la nueva Ley de la Administración Local, que se suponía iba a ampliar dichas competencias y, por lo tanto, los recursos. Nos encontramos, pues, con que los CMS aparecen en una situación transitoria en lo referente a competencias y recursos municipales.

— Las escasas competencias en materia sanitaria que históricamente habían asumido los Ayuntamientos se refieren a aspectos preventivos: laboratorio municipal, control de enfermedades infecciosas, vacunación y la organización de la asistencia de beneficencia para personas carentes de Seguridad Social.

— Teniendo en cuenta que la mayoría de los gobiernos municipales eran de izquierda y el Gobierno Central de UCD, el no asumir el nivel asistencial suponía una medida de presión para que se produjese la descentralización de la organización sanitaria y la creación de dispositivos asistenciales por sectores de población.

III. CENTROS DE PROMOCION DE LA SALUD - CENTROS MUNICIPALES DE SALUD

Casi simultáneamente, a partir de junio de 1980, aparecen los primeros Centros en Madrid capital y en los pueblos periféricos, recibiendo los primeros la denominación de Centros de Promoción de la Salud y los segundos distintos nombres, como ya señalábamos anteriormente. Esta diferencia en la denominación remite a otra. Los CPS (2) son creados bajo una misma línea, ya que dependen de un único Ayuntamiento, mientras que los segundos dependen cada uno de su municipio y son concebidos según las características y necesidades concretas de cada población.

El Ayuntamiento de Madrid, partiendo de la idea de que la orientación de los programas sanitarios municipales habría de dirigirse principalmente a labores no asistenciales, es decir, a tareas de promoción y prevención, crea los CPS con unas líneas claras de estructura y funcionamiento, marcando los objetivos (promoción-prevención), los servicios con los que han de contar (medicina interna, planificación familiar, salud mental, cuidados materno-infantiles), contenidos y organización de éstos, plantilla base de los centros (dos ginecólogos, dos psiquia-

tras, dos psicólogos, un asistente social, un internista, un puericultor, un ATS, una enfermera, un técnico en salud comunitaria, un celador) y ámbito de actuación o distrito sanitario.

Aunque en principio los CPS, se plantean unos objetivos predominantemente preventivos y de promoción de salud, de alguna manera, estos Servicios venían a cubrir el déficit asistencial, sobre todo en las áreas de Planificación Familiar y Salud Mental.

Los servicios municipales de los Ayuntamientos de la periferia surgen de muy distinta forma. En alguno de ellos es a partir de la contratación de técnicos para hacer estudios o trabajos sobre aspectos o problemas puntuales de la población (deficiencia mental, delincuencia) que se plantea posteriormente la creación del Servicio. En otros, partiendo de servicios ya en funcionamiento (PF, SOE, etcétera) se transforman más adelante en Centros Municipales de Salud.

Por todo esto, los CMS no tienen, en su inicio, una estructura

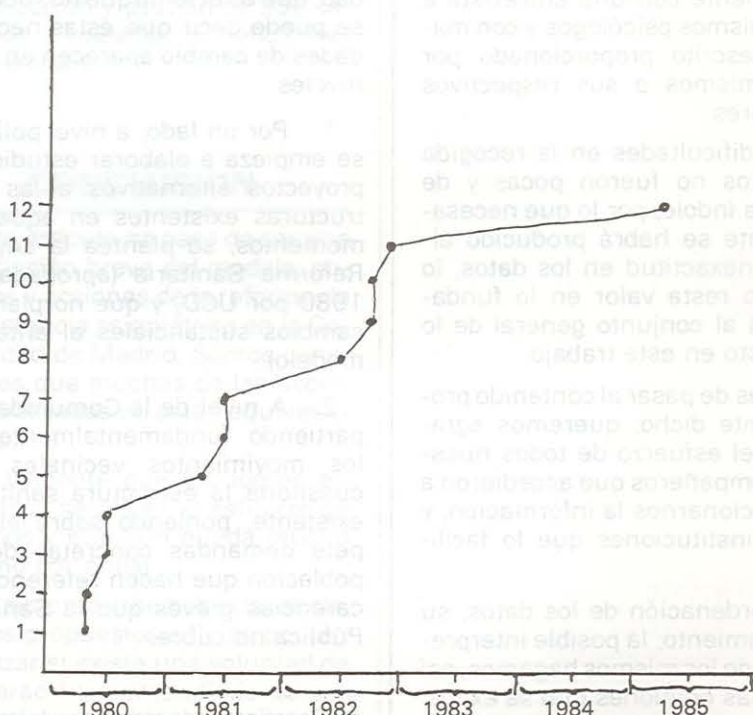
homogénea. Así, los técnicos que componen las plantillas varían considerablemente de unos centros a otros (aunque el psicólogo forma parte de ellas en todos los centros); en cuanto a los servicios que ofrece a diferencia de los CPS y como ya señalamos con anterioridad fundamentalmente son Planificación Familiar y Salud Mental.

El objetivo que se proponen, en ambos casos, es la promoción de la salud elevando su nivel dentro de la comunidad mediante su participación activa, relegando la labor asistencial a un segundo plano.

En realidad, como ya se pone de manifiesto en las I Jornadas de Psicología y Municipios, organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos en 1981 en Madrid, existe "...una situación limitada y contradictoria en la que se encuentran estos servicios municipales, ya que por una parte no pueden cubrir totalmente las necesidades de la población, pero por otra intentan dar una respuesta a dicha demanda con limitadísimos recursos".

Los profesionales que trabajan en estos servicios reivindican con-

FECHA DE APERTURA - CPS



tinuamente la prioridad de incidir sobre la promoción y la prevención de la salud, pero se ven abocados a la vez, a dedicar gran parte de su tiempo a tareas asistenciales.

La falta de clarificación de los Ayuntamientos sobre el carácter asistencial o de promoción de salud de estos Centros y la falta de experiencia de los técnicos en el trabajo de prevención, ayudan poco a resolver esta contradicción.

En esta situación, se intenta al menos llevar a cabo una práctica asistencial alternativa, sobre todo en lo referente a salud mental. Además se rescata dicha práctica como uno de los medios para introducirse en la comunidad y para investigar su problemática. En cualquier caso, se resalta siempre la subordinación de la asistencia a las tareas de prevención y promoción.

CPS: Se aprecia en la gráfica el desarrollo escalonado de la inauguración de los centros: cuatro en 1980; tres, en 1981, y cuatro, en 1982. Resalta el hecho de que

durante dos años no se haya abierto ninguno más. Sólo en 1985 se crea el CPS de Mediodía y, posteriormente, el de Arganzuela, de cuya inauguración tuvimos conocimiento cuando ya se había cerrado este estudio, por lo que no está incluido.

Según las perspectivas del Ayuntamiento de Madrid, quedarían aún por cubrir cinco distritos municipales (Salamanca, Chamartín, Moncloa, Ciudad Lineal y San Blas), que corresponderían a diez distritos sanitarios. En el estudio de 1982 quedaban por cubrir siete distritos municipales correspondientes a trece distritos sanitarios. En total, en la actualidad, están cubiertos trece de los dieciocho distritos municipales, que corresponden a veintiséis de los treinta y seis distritos sanitarios.

CMS: La gráfica refleja el desarrollo progresivo de la apertura de centros. Se aprecia el rápido crecimiento durante el primer año (abril 1980 a junio 1981), con un total de ocho centros abiertos en

dicho período. Posteriormente este crecimiento es más moderado: dos centros en 1982; tres, en 1983 (dos de ellos con reestructuraciones) y uno en 1984. Desde febrero de 1984 no se han inaugurado más CMS.

Hay que señalar algunas incidencias que podrían modificar la interpretación de la gráfica:

1. Dos de los centros que figuran con fecha de apertura en 1983 son en realidad una reestructuración de los servicios que en el estudio anterior (1982) constaban con una denominación distinta (no como Centros Municipales de Salud) y con fecha de apertura anterior.

2. El CMS de Arganda no se incluyó en el análisis del estudio anterior, por llegar fuera de plazo, aunque se abrió en 1981.

3. El Centro de Planificación Familiar de Móstoles no figura en este estudio por no haberse recibido información.

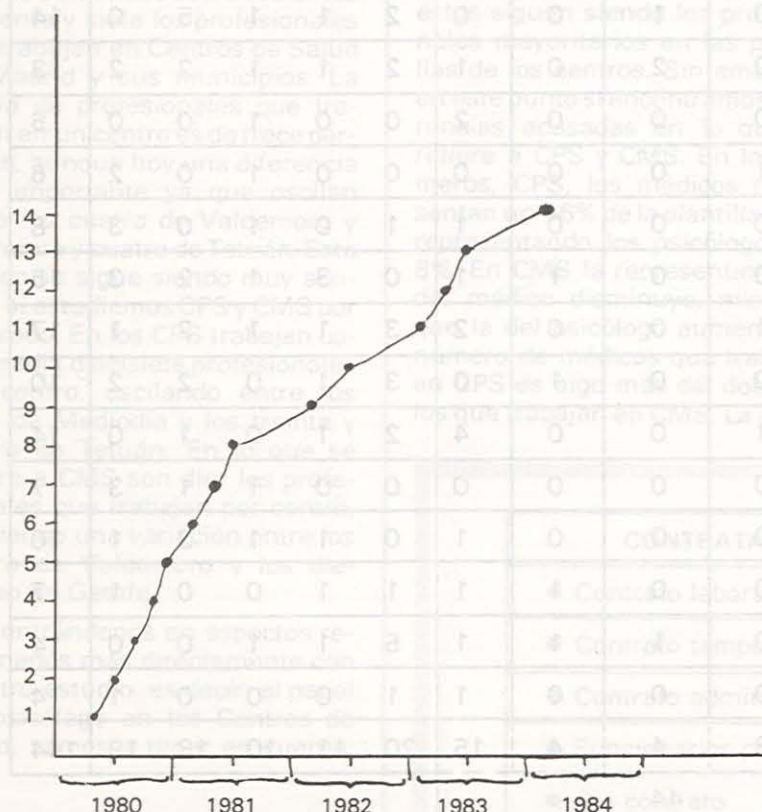
Así, el estudio de 1982 incluía doce centros y en el actual constan catorce, aunque en la gráfica aparecen cuatro nuevos centros abiertos en el período 1983/84.

El hecho de que no se hayan inaugurado más CMS desde febrero de 1984 se podría explicar porque, con estos catorce centros, *la mayoría de los Ayuntamientos importantes de la periferia de Madrid ya disponen de este tipo de servicios*, sin que ello quiera decir que dichos servicios, cubran o abarquen a la *mayor parte de la población*.

IV. PLANTILLAS Y DEPENDENCIA INSTITUCIONAL

Con el bruto de los datos obtenidos en este apartado observamos que, fundamentalmente, en todos los centros existía una plantilla base compuesta por psicólogos, médicos (de diversas especialidades), ATS, asistentes sociales, auxiliares de clínica, monitoras, visitadores y personal administrativo. En los CMS, aunque minoritariamente, aparecían otros tipos de profesionales, a los que hemos denominado "personal no sanitario" (PNS) en el que hemos encua-

FECHA DE APERTURA - CMS



PLANTILLA CPS

	Psicólogos	MEDICOS					ATS	Aux. Cl.	AS	Otros	
		Ginecólogos	Psiquiatras	Pediatras	Internistas	Otros					
Carabanchel	2	2	2	1	3	1	3	3	1	3	21
Centro	1	2	3	1	2	2	5	2	1	5	24
Chamberí	2	2	2	1	1	1	1	3	1	3	17
Fuencarral	1	2	2	1	0	0	2	2	1	1	12
Hortaleza	1	3	2	1	1	1	2	2	1	0	14
Latina	1	2	2	1	1	0	1	2	1	2	13
Mediodía	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8
Moratalaz-Vic.	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	14
Retiro	1	2	3	1	1	0	0	1	1	1	11
Tetuán	2	2	2	1	0	9	5	3	1	9	34
Vallecas	2	2	2	1	1	2	2	4	1	3	20
Villaverde	1	2	1	1	1	2	1	3	0	2	14
	16	24	23	12	13	21	23	27	11	32	202
				93							

PLANTILLA CMS

	Psicólogos	MEDICOS					ATS	Aux. Cl.	AS	PNS	Otros	
		Ginecólogos	Psiquiatras	Pediatras	Familia	Otros						
Alcalá	2	2	0	1	0	0	2	1	1	5	0	14
Alcobendas	1	1	0	2	0	1	2	1	1	2	2	13
Aranjuez	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	5
Arganda	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	6
Coslada	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	3	8
Fuenlabrada	2	2	0	0	1	1	0	3	1	2	3	15
Getafe	4	2	1	0	0	2	3	1	1	2	1	17
Leganés	1	0	0	0	1	0	3	1	0	2	2	10
Majadahonda	4	1	1	0	0	4	2	1	0	1	0	14
Parla	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	7
Pinto	1	2	0	0	0	1	0	1	1	3	1	10
S. Fernando	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	7
Torrejón	2	2	0	1	1	1	5	1	1	0	0	14
Valdemoro	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
	22	18	3	4	4	15	20	11	10	18	19	144
				44								

drado a sociólogos, biólogos, abogados, etcétera. Evidentemente, este personal trabaja también en sanidad, pero la denominación "no sanitario" responde a dos motivos fundamentales. Por una parte, facilitarnos el estudio de los datos; por otra, el hecho de que sus funciones no estén ligadas directamente a la asistencia médica, se nos presentó como un criterio útil de clasificación y diferenciación.

En los CPS el número y la cualificación de los profesionales es diferente al tener que hacerse cargo de la Asistencia Médico-Farmacéutica para la población incluida a la Beneficencia.

Todos los Centros dependen de la correspondiente Concejalía de Sanidad de los Ayuntamientos respectivos, bien directamente o bajo forma administrativa de Patronatos.

Aunque tomaremos el conjunto de datos como globalidad, es decir, estudiaremos conjuntamente CPS y CMS, sobre algunos aspectos estudiados es interesante tomarlos independientemente para analizar las posibles diferencias entre ambos.

En la actualidad son trescientos cuarenta y siete los profesionales que trabajan en Centros de Salud de Madrid y sus municipios. La *media* de profesionales que trabajan en un centro es de trece personas, aunque hoy una diferencia muy importante ya que oscilan entre los cuatro de Valdemoro y los treinta y cuatro de Tetuán. Esta diferencia sigue siendo muy acusada si estudiamos CPS y CMS por separado. En los CPS trabajan como media diecisiete profesionales por centro, oscilando entre los ocho de Mediodía y los treinta y cuatro de Tetuán. En lo que se refiere a CMS son diez los profesionales que trabajan por centro, existiendo una variación entre los cuatro de Valdemoro y los dieciocho de Getafe.

Adentrándonos en aspectos relacionados más directamente con nuestro estudio, es decir, el papel del psicólogo en los Centros de Salud, vamos a tener en cuenta:

V. LA PRESENCIA DEL PSICOLOGO

Excepto un centro, todos cuentan con psicólogos entre su personal, cuyo número oscila entre uno y cuatro por centro. En la mayoría de los casos (62%) hay un psicólogo en la plantilla, siendo escaso el número de centros que cuentan con cuatro psicólogos (8%) y algo superior los que cuentan con dos psicólogos en su plantilla (27%).

Estos datos no varían significativamente estudiando CMS y CPS por separado. Quizás, el único hecho a resaltar es que tan sólo en los CMS es donde existen algunos que cuentan en su plantilla con cuatro psicólogos.

Podemos concluir que los psicólogos están presentes en todos los centros de salud, a excepción de uno, por lo que se nos presenta como un profesional necesario en este trabajo.

VI. RELACION PSICOLOGO/OTROS PROFESIONALES

En relación con los médicos, éstos siguen siendo los profesionales mayoritarios en las plantillas de los centros. Sin embargo, en este punto sí encontramos diferencias acusadas en lo que se refiere a CPS y CMS. En los primeros, CPS, los médicos representan un 46% de la plantilla total, representando los psicólogos un 8%. En CMS la representatividad del médico disminuye, mientras que la del psicólogo aumenta. El número de médicos que trabajan en CPS es algo más del doble de los que trabajan en CMS. La expli-

cación a este hecho viene dada por la necesidad que tienen los CPS de asistir a la población de Beneficencia.

Esta acusada diferencia la encontramos también al estudiar el número de psiquiatras que trabajan en Centros de Salud. Mientras que en CPS los psicólogos van a representar un 8% de la plantilla total, los psiquiatras un 11%, en CMS este orden se invierte, pasando a representar los psicólogos un 15% y los psiquiatras un 3%. Es decir, de los veintiséis psiquiatras que trabajan en Centros de Salud, veintitrés los hacen en CPS y los tres restantes en CMS.

VII. SITUACION LABORAL

Como refleja el cuadro, la situación laboral del psicólogo en los CPS de Madrid es uniforme. Todos, excepto un caso con contrato administrativo, son funcionarios por oposición.

La situación del psicólogo en los CMS es diferente, si bien la mayor parte, un 80%, son fijos en plantilla, el 15% trabaja con contrato temporal y un caso sin ningún tipo de contrato.

Comparando este análisis con el realizado sobre el mismo tema en el año 1982, se deduce que en estos tres años la situación laboral del psicólogo ha mejorado considerablemente. Se ha pasado en los CPS de tener todos contrato administrativo de un año, a ser funcionarios, y en los CMS si antes todos tenían contrato administrativo por un año como hemos visto antes, ahora sólo están en esa situación un 15%.

CONTRATACION	CMS	CPS
● Contrato laboral indefinido	16	
● Contrato temporal	3	
● Contrato administrativo		1
● Funcionarios por oposición		15
● Sin contrato	1	

VIII. HORARIO SEMANAL

Mientras que en los CPS el horario es el mismo para todos los centros, en los CMS los horarios varían de 16 horas a 40, aunque la mayoría oscilan entre las 37,5 horas y 40 (13), de 16 horas a 35 (7). Con respecto al estudio anterior (1982), en los CPS se ha reducido la jornada de trabajo de 40 a 37,5 horas. En los CMS la variación de horario continúa de forma semejante.

CENTROS MUNICIPALES DE SALUD

● 15 horas	—	1	● 35 horas	—	1
● 24 "	—	2	● 37,5 "	—	9
● 30 "	—	2	● 40 "	—	4
● 33 "	—	1			

CENTROS DE PROMOCION DE SALUD

- Todos trabajan 37,5 horas.

edad y de marginación y prevención de toxicomanías.

Salud Mental que al comienzo, en la casi totalidad de los centros, se concebía como un Servicio, se va transformando en una actividad de apoyo al resto de los programas, aunque de una manera ambigua y desigual. El aspecto asistencial de salud mental se va relegando a un segundo plano y la participación del psicólogo como especialista en salud mental se da en los aspectos

X. PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Este programa se desarrolla en el 100% de los Centros. Es, en general, el primer programa que se pone en marcha desde la apertura del Centro (sobre todo en los CPS) y es el que presenta mayor demanda por parte de los usuarios en todos los Centros.

Profesionales

La plantilla básica de este programa está formada por: ginecólogo, psicólogo y personal médico auxiliar (matrona, ATS o auxiliar de clínica), en distinta proporción según que sea CMS o CPS.

En este cuadro se refleja el número total de los distintos profesionales de esa "plantilla básica", diferenciando entre CPS y CMS. Veamos algunas particularidades:

1. El número de matronas en los CPS y su ausencia en los CMS. Este hecho se explicaría por una característica específica de los CPS: fueron creados sobre la infraestructura (incluso de locales) de las antiguas Casas de Socorro, en cuya plantilla ya había matronas. Por otra parte, los CPS han de dar una cobertura asistencial a los usuarios de Beneficencia que no tienen ningún otro tipo de asistencia médico-farmacéutica, lo cual daría cuenta de la mayor especialización profesional en la plantilla general de los CPS (no sólo en este programa).

2. La inclusión de monitoras (o educadoras sanitarias) en los

IX. SERVICIOS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Los CMS - CPS que en un principio comenzaron trabajando en dos grandes áreas: Planificación Familiar y Salud Mental, en coherencia con los planteamientos de salud integral que postulaban, van ampliando sus programas de trabajo dirigiéndolos a sectores de población e incluyendo la salud mental como un aspecto de los programas.

Actualmente, los CMS - CPS se vertebran alrededor de los siguientes programas:

- Programa de Planificación Familiar.
- Programa de Salud Materno-Infantil.
- Programa de Salud Escolar.

Desarrollándose en algunos centros programas de tercera

preventivos, de promoción y educativo de cada programa. Tendríamos que hablar, pues, de la salud mental en cada programa de salud.

Detallaremos a continuación los programas llevados a cabo por los CMS-CPS.

	Ginecólogo	Matrona	ATS o aux. Clínica	Monitoras	Psicólogo	Psiquiatra
CMS	18	—	12	5	13 ⁽¹⁾	—
CPS	21	15	5	—	11 ⁽²⁾	3

(1) De este total, 12 participan directamente y 1 apoyando el programa.

(2) De este total, 7 participan directamente y 4 apoyando el programa.

CMS, unido a un mayor número de personal médico auxiliar sin especialidad (ATS y auxiliares de clínica). Este punto, unido al anterior, nos haría pensar que en los Cen-

tros de Salud no hipotecados a una plantilla dada, la tendencia es la contratación de personal cualificado, sin exigencia de especialización médica, al menos en este programa.

3. El último punto que llama la atención se refiere a la presencia de psiquiatras en alguno de los CPS. Realmente, no hay muchos argumentos que justifiquen su participación directa en un programa de Planificación Familiar, sobre todo teniendo en cuenta el tipo de actividades que se desarrollan en él. (Igual ocurre en otros programas, como el Materno-Infantil y el de Salud Escolar.)

4. La proporción ginecólogo-psicólogo sería, aproximadamente, 2/1, es decir, un Centro que tuviera dos ginecólogos tendría un psicólogo, al menos, en este programa.

Dos cuestiones a señalar:

a) Sólo en cinco de los veintiséis Centros no participa el psicólogo (en uno de ellos, porque no hay ninguno contratado).

b) De los veintiún Centros en los que el psicólogo participa, en dieciséis de ellos lo hace directamente integrado en el Programa. En los cinco restantes, su participación es indirecta, bien supervisando el programa, bien colaborando en la atención de las derivaciones. La participación directa es más frecuente en los CMS (ocurre en diez de once Centros) que en los CPS (ocurre en seis de diez Centros).

Actividades

Las actividades esenciales de este programa se refieren a:

- Consulta de Planificación Familiar y revisión ginecológica. Detección precoz de cáncer genital y ETS. Detección casos de riesgo (físico y psicológico).
- Consulta sexológica. Disfunciones sexuales y problemática de pareja.
- Educación para la Salud, en los temas de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, sexualidad y relaciones de pareja.

Hemos observado que en la mayoría de los Centros (veinte de veintiséis) las actividades de edu-

cación para la salud se realizaban mediante charlas en el mismo, impartidas a los usuarios del Programa. Sólo en seis Centros nos especificaron que esta actividad se realizaba en colaboración con organizaciones comunitarias (colegios, APAS, profesores, asociaciones, etcétera).

— Asistencia psicológica por derivación del Programa.

Cometidos del psicólogo

1. En los Centros en que participa directamente (16) los cometidos principales del psicólogo en este programa se agrupan en dos bloques:

a) Asistencia psicológica y/o sexológica. Bajo este epígrafe hemos agrupado los cometidos de tipo asistencial que nos han sido referidos por los psicólogos entrevistados, dependiendo de su orientación teórica, con muy diferentes denominaciones: terapias, consulta de orientación, grupos de entrenamiento, asesoramiento y orientación, etcétera (14 centros).

b) Educación para la Salud. Este sería el segundo cometido que desarrollan los psicólogos en el programa de Planificación Familiar (el segundo en cuanto al número de ellos que lo realizan: 10 Centros). Incluye las siguientes actividades:

- Charlas informativas sobre sexualidad y relaciones de pareja.
- Talleres de pareja y/o de sexualidad.
- Grupos de discusión y elaboración de las charlas.
- Diseño y evaluación de los diferentes apartados de la Educación para la Salud.

2. En los Centros en que participa indirectamente (5) los cometidos son:

a) Apoyo al programa (colaborando en la atención de las derivaciones, esencialmente).

b) Supervisión del programa por el equipo de Salud Mental (en un Centro).

XI. PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Este programa se desarrolla en

once de los Centros Municipales de Salud estudiados y en nueve de los doce Centros de Promoción de la Salud. Esto significa que se lleva a cabo en el 73% de los CMS y en el 75% de los CPS.

Hay que señalar que nos hemos permitido incluir como programa de Salud Materno-Infantil algunas actividades (psicoprofilaxis del embarazo y parto) que en determinados Centros estaban incluidas dentro del programa de Planificación Familiar.

Profesionales

Los profesionales que básicamente intervienen en este programa son: pediatra, ginecólogo, psicólogo, asistente social, psiquiatra y personal médico-sanitario, reflejándose la proporción según CPS o CMS en el siguiente cuadro:

Hay que señalar algunas particularidades en cuanto a los profesionales que participan en este programa, en los distintos centros:

— El psicólogo participa en 17 de los 20 Centros donde se desarrolla el programa. De los tres restantes, en dos no participa y en el tercero no hay psicólogo contratado en plantilla. La participación del psicólogo en cuanto a número es superior en los CMS que en los CPS y mientras que éstos últimos la proporción con respecto a otros profesionales que participan, sería semejante, en los CMS la proporción es de 3/1 (pediatras, matronas, asistentes sociales, médicos y otros profesionales), 2/1 con relación a los ginecólogos e igualada en cuanto al personal sanitario y auxiliar.

— Por último, señalar que el personal sanitario y auxiliar (monitores, ATS, auxiliares, etcétera) que participa en este programa es el doble en los CMS que en los CPS que, sin embargo, cuentan con profesionales especializados participando en este programa en número ligeramente superior (pediatras, asistentes sociales, etc.).

Actividades

Las actividades que se desarrollan en este programa, tanto en los CPS como en los CMS, podrían concretarse en las siguientes:

— Psicoprofilaxis del parto. Grupos de trabajo sobre aspectos

	Pediatra	Ginecólogo	Psicólogo	ATS Auxiliar	Matronas	Psiquiatra	Asist. Social	Méd. Familia	Otros Profes.
CPS	9	6	9	7	9	4	6	—	1 ⁽²⁾
CMS	4	7	14	12 ⁽¹⁾	3	—	3	2	4 ⁽³⁾

(¹) Dos monitores de Planificación Familiar

(²) Un médico internista

(³) Un dietista, un abogado, un bacteriólogo, un médico

referentes al embarazo, parto y puerperio en tres ciclos:

- Primer trimestre de embarazo, se trabajan aspectos relacionados con el embarazo y relaciones de pareja.

- Preparación física y psíquica al parto, nociones de puericultura.

- Se trabajan temas de puericultura y planificación familiar.

- Seguimiento pediátrico y vacunaciones.

- Educación para la salud en los aspectos psicológicos del embarazo, parto y puerperio. Charlas dentro del Centro.

- Asistencia psicológica por derivación de otros profesionales del programa.

Cometidos del psicólogo

Los cometidos del psicólogo dentro del programa de Salud Materno-Infantil hacen referencia a cuatro aspectos:

1. La actividad fundamental y común es la coordinación de los grupos de embarazadas para la elaboración de ansiedades (embarazo, parto, puerperio) en el 50% de los Centros.

2. Impartir charlas informativas, grupos de discusión, etcétera, sobre temas que hacen referencia a los aspectos psicológicos de la salud:

- Psicología del desarrollo del niño.

- Aspectos psicológicos del embarazo.

- Aspectos psicológicos relación madre-hijo.

3. En algunos Centros, el psicólogo es el coordinador del programa, asumiendo la tarea del diseño y evaluación de actividades

(dos Centros) o supervisión del programa.

4. Asistencia psicológica. Esta actividad asistencial se produce siempre por derivación de otros profesionales del programa. Mientras que en los CMS la asistencia es mínima, en los CPS se da en el 45% de los Centros que desarrollan el programa.

XII. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Este programa se desarrolla en 22 de los 26 Centros estudiados, lo que supone un 85% del total.

En la mayoría de los casos (en un 74%) este programa comienza a funcionar en el mismo momento en que el centro es inaugurado y sólo en escasas ocasiones su comienzo es posterior a la apertura del Centro, siendo la diferencia apertura del Centro/comienzo del programa, de dos años como máximo. Parece decirnos que la atención a la población escolar es prioritaria y esencial en los centros de atención primaria.

Profesionales

Los profesionales que participan en este programa son médicos, ATS, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, auxiliares de clínica, visitantes sanitarios y dietistas. Entre todos estos profesionales, es el médico el que está presente en todos los centros donde se desarrolla el programa. Encontramos médicos de salud comunitaria de familia, etcétera, siendo el más característico el pediatra. En este punto hay que resaltar que es en los CPS donde aparece con más constancia la figura del pediatra (de los once pediatras que trabajan en este programa, nueve están en la plan-

tilla de los CPS) y ello es debido a la prioridad de asistencia a la población infantil de Atención Médico-Farmacéutica (antigua Beneficencia) por parte de los CPS. En los CMS, por el contrario, encontramos con mayor frecuencia a médicos de familia como participantes de este programa. Tras el médico, es el ATS el profesional que aparece con mayor frecuencia.

Actividades

Examinando las actividades desarrolladas, encontramos sentido al hecho de que médicos y ATS son los profesionales que aparecen mayoritariamente, ya que son las vacunaciones y los reconocimientos médicos las actividades más comúnmente llevadas a cabo en este programa. Conjuntamente se realizan actividades de educación para la salud, dirigidas sobre todo a profesores y padres y, en mucha menor cuantía, a alumnos, asociaciones de vecinos, etcétera. Entre los temas tratados, encontramos los de alimentación, sexualidad, trastornos del comportamiento y aprendizaje, prevención de toxicomanías, etcétera. Es decir, existe un amplio repertorio que varía de un centro a otro, pero que puede englobarse en un tema común: educar en un sentido integral, biológico-psicológico-social.

En cuanto a los métodos utilizados para la actividad de educación para la salud, son también muy variados, utilizándose charlas, cursos, grupos, escuelas de padres, etcétera.

Podemos concluir diciendo que en la mayoría de los centros este programa se limita o da prioridad a las vacunaciones y los reconocimientos médicos. Siendo este programa el de ámbito más comunitario, esta limitación de activida-

des se nos presentan como tareas necesarias pero no suficientes en la salud escolar.

Cometidos del psicólogo

Los cometidos que llevan a cabo los psicólogos son descritos de forma ambigua, siendo las funciones más comúnmente desarrolladas las de asistencia, asesoramiento en la elaboración del programa y educación para la salud a padres y profesores.

En este programa ha sido necesario, y no creemos que se haya conseguido totalmente, la diferenciación de tareas entre los Centros de Salud y los Servicios Psicopedagógicos a fin de evitar competencias y duplicidades innecesarias.

XIII. PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Este programa se desarrolla en diez de los Centros de Promoción de la Salud, es decir, en el 83% de

	Psiquiatra	Psicólogo	Asistente social	Per. Auxiliar
CPS	18	12	—	—
CMS	2	12	2	1

los centros y en ocho de los Centros Municipales de Salud, en un 57% de los centros. En siete de todos los centros estudiados, Salud Mental no aparece como programa, sino como actividad del centro. En la mayoría de los centros, el programa de Salud Mental fue puesto en marcha al poco tiempo de inaugurarse el centro.

Profesionales

Los profesionales que básicamente intervienen en este programa son: psiquiatra y psicólogo.

Como se desprende del cuadro anterior, mientras que en los CPS el número de psicólogos y psiquiatras es semejante, en los CMS la participación del psicólogo (12) en el programa es mucho más elevada que la del psiquiatra (2), además de participar otros profesionales, aunque minoritariamente.

Actividades

Las actividades que se desarrollan dentro del programa son las siguientes:

— Unas hacen el programa de Salud Mental como apoyo y cobertura a otros programas que se desarrollan en el centro.

— Educación para la salud:

- Trabajo preventivo en colegios, con padres y alumnos.

- Entrenamiento de agentes de salud.

- Charlas a petición de la comunidad.

— Coordinación de los recursos comunitarios para la integración de personas con problemas psicológicos.

— Otro sería el aspecto puramente asistencial que se desarrolla prácticamente en todos los centros, bien por derivación de otros programas o bien por demanda directa. Según cada centro, la asistencia se realiza a nivel individual,

grupal, familiar, pareja, infantil y/o adultos.

Cometidos del psicólogo

En cuanto a los cometidos del psicólogo dentro de este programa son:

— Supervisión a la primera línea de atención, coordinar y evaluar el programa, aunque se da en pocos centros.

— Educación para la salud mediante:

- Charlas a la comunidad.

- Trabajo con colegios.

- Asesoramiento.

— Asistencia psicológica. Esta se puede decir que es la actividad principal y en algunos casos única en el programa.

— La coordinación de los recur-

sos comunitarios para la reinserción social, se contempla en pocos centros.

XIV. PROGRAMA DE MARGINACION

Este programa se desarrolla solamente en cuatro de los veintiséis centros estudiados (un 15%), aunque se podría añadir otro centro que incluye el mismo tipo de actividades en el programa de Salud Mental. Hemos preferido, no obstante, respetar en este caso la inclusión en diferentes programas.

Es un programa de reciente creación (1984) y es el último puesto en marcha en los cuatro centros. Coincidentemente, éstos son todos CMS de los primeros en abrirse (1980-81) y en ubicación geográfica los sitúa a cada uno en un punto cardinal (Nordeste, Noroeste, Sureste y Suroeste) con respecto a Madrid capital.

Sus poblaciones, sin embargo, son bastante diferentes: dos "ciudades-dormitorio", una "ciudad-residencial" y una "ciudad-turística".

Profesionales

Es notable la presencia mayoritaria del psicólogo en este programa: participa en los cuatro centros. En dos ellos, además, participan médicos; sólo en un centro está presente un abogado.

Actividades

Las actividades realizadas en este programa giran en torno al tema de las toxicodependencias y a su posible prevención, y se resumiría en dos puntos:

1. Investigación de los factores incidentes en esta problemática para un mejor desarrollo del programa.

2. Educación para la salud, con APAS y profesores principalmente, en lo referente a los aspectos bio-psico-sociales que inciden en el consumo de drogas. Su objetivo es la prevención primaria.

Cometidos del psicólogo

En cada centro el psicólogo realiza diferentes cometidos. Sólo en

dos de ellos, precisamente aquellos en que el psicólogo es el único profesional, podemos encontrar un cometido común: la planificación y puesta en marcha del programa. Otros cometidos desarrollados son: asistencia del trabajo, grupales, charlas sobre toxicomanías, investigación, etcétera.

XV. PROGRAMA DE TERCERA EDAD

Este programa se desarrolla en diez de los veintiséis centros estudiados, lo que supone un 38% del total de los centros existentes. A corto plazo, se incorporará en dos centros más, donde estaba en período de elaboración en el momento de realizarse el estudio. Por otra parte en dos de los diez centros no es considerado como un programa, sino como una serie de actividades dirigidas a la población de tercera edad.

La asistencia a la población mayor de sesenta y cinco años no está cubierta mayoritariamente por los centros. No obstante, en los distritos o municipios donde se ha cubierto dicha asistencia, el programa de Tercera Edad se inicia casi en el mismo momento de la apertura del centro. Observamos también, que este programa se desarrolla en distritos donde este núcleo de población es elevado, y en aquellos municipios donde dicha población no es elevada, pero está muy arraigada.

Profesionales

Los profesionales que participan mayoritariamente en este programa son médicos, seguidos de ATS y asistentes sociales, siendo la actividad más común en todos los centros, la de asistencia médica que se encuentra casi a la par con las de educación para la salud.

Cometidos del psicólogo

En lo que se refiere a la participación del psicólogo en el programa, es mínima, siendo sus funciones, en el caso de participar, las de asesorar al equipo en la elaboración y ejecución del programa, así como las referidas a la asistencia psicológica.

Estas funciones las realiza generalmente desde afuera, es decir, no incluido en la plantilla del pro-

grama, pues tan sólo en dos de los centros está incluido en el programa.

XVI. ORIENTACION TEORICA

En veintiséis centros estudiados, con un total de treinta y ocho psicólogos, los datos obtenidos en cuanto a la orientación técnica del trabajo realizado por dichos profesionales fueron los que se indican en el cuadro a pie de página.

A la vista de los datos, podemos observar que la salud comunitaria se constituye como un campo autónomo en el que las distintas orientaciones teóricas tienen cabida, estando representadas algunas de ellas por un número mayor de psicólogos, pero en ningún caso de forma mayoritaria.

Otro dato a resaltar es el relativo a la aparición de orientaciones teóricas, que podríamos denominar como "no clásicas", que hasta la actualidad no habían estado presentes en el campo de la salud comunitaria. Ejemplo de ello lo encontramos en la incorporación de orientaciones teóricas tales como la psicología social, sistémica, etcétera.

Por otra parte, las orientaciones "más clásicas" no son aplicadas de forma ortodoxa. Los psicólogos, siguiendo su teoría base, realizan nuevas aplicaciones de la misma

para adaptarse a las nuevas demandas de la psicología comunitaria. Esta se nos presenta por lo tanto, como un campo nuevo, para el que los profesionales de la Psicología han tenido que adecuar sus conocimientos propios. Como consecuencia, los psicólogos realizan cursos de formación específica de psicología comunitaria, formación que sigue siendo demandada en la actualidad y que podemos comprobarlo por los datos obtenidos en el ítem de formación. Podemos observar que la demanda no hace referencia a formación en un determinado marco técnico, sino que buscan nuevos conocimientos que les permitan desarrollar su trabajo en el campo de la salud comunitaria.

XVII. PERSPECTIVAS DE LOS CMS - CPS

Los CMS - CPS que, como ya hemos dicho anteriormente, surgen en un momento histórico determinado (1980-1981) y en un contexto político (acceso a parcelas de poder de partidos de izquierda), tocan su techo de desarrollo en los últimos dos años, en base a las siguientes circunstancias:

— Acceso del PSOE al Gobierno de la nación al tiempo que aumentaba su peso específico en la gran mayoría de administraciones locales (disminuyendo el del

	N.º Psicólogos	%
Psicoanálisis	8	21
Psicoanálisis y psicología social	7	18
Dinámica	6	16
Conductual	6	16
Conductual - cognitiva	3	8
Ecléctica	4	10
Sistémica	2	5
E. Piaget y E. Soviética	1	3
No consta	1	3
Total	38	100

Psicólogos PAPALES del COLEGIO

Colegio
Oficial de
Psicólogos

INDICES

NUMEROS 20 AL 24 - VOL. IV

Para facilitar el acceso más rápido a los contenidos de los números 20 al 24, que constituyen el 4.º volumen anual de PAPELES DEL COLEGIO, PSICOLOGOS presentamos esta separata con diversos índices articulados a tres niveles: localización, materias y autores.

El primer índice que ofrecemos es un *sumario de sumarios*: permite localizar los artículos y dominar con una ojeada rápida cada número de la colección.

El segundo, es un *índice por materias* para cuya elaboración nos hemos apoyado en un catálogo previo de las 33 materias probablemente más consultadas.

Bajo el epígrafe correspondiente a cada una de ellas ofrecemos el listado de artículos que las tratan, por orden alfabético de autores.

El tercero, es un *índice por autores*.

Ennumeramos sus artículos, las materias que abordan —de esas 33— y la localización correspondiente en la revista.

Sumario de sumarios	2
Clasificación de materias	4
Índice por materias	4
Índice por autores	9

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—
Dositeo Artiaga
—tesorero—

Y los vocales:

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

Responsable de Publicaciones
y Documentación:
Adolfo Hernández

Director:
Adolfo Hernández
Director adjunto:

Carlos Camarero

Redacción:

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

Fotografía:

Joaquín Carrillo
Edición y diseño:
Daniel Iribar

Redacción y Administración:
Fernández de los Ríos, 87
Télf.: 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

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

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

Sumario de sumarios



mayo 1985

Nº 20



septiembre 1985

Nº 21

Editorial.

Alternativas para el empleo.

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

Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Pilar Ferrezuelo.*

La psicología en el sistema sanitario. *Abilio Reig.*

De una psicología sanitaria a la salud de la psicología. *S. G. Raymond y J. Moltó Santonja.*

El psicólogo en el sistema de salud cubano. *Juan Carlos Duro y Felipe Vallejo.*

Los psicólogos y la política sanitaria. *Amando Benito, Miguel Costa y Ernesto López.*

Reflexiones.

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

Encuentros científicos.

Debate.

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

Información colegial.

Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid.

Las Delegaciones: Galicia.

Sala de lecturas.

Editorial.

La intervención psicológica en seguridad vial.

A fondo: Aportaciones para la intervención profesional en seguridad vial.

La homologación de pruebas psicológicas. *José María Prieto Zamora.*

Psicología y seguridad vial: autores, temas y fuentes. *J. Soler y F. Tortosa.*

Reflexiones.

Hemisfericidad cerebral en psicología de la educación. *Tomás Ortiz Alonso.*

La profesión.

Grupo de trabajo de psicología de la salud y medicina conductual de la Sociedad Interamericana de Psicología. *Carlos Camarero.*

Raymond B. Cattell: Una vida dedicada a la psicología. *José María Prieto Zamora.*

Encuesta realizada en la Delegación de Madrid sobre psicología y seguridad vial. *José María Prieto, Rosario Iglesias, Roberto Durán y Angel Rodríguez.*

Las revistas de psicología en España.

Información colegial.

...Y el Colegio sigue sin estatutos.

Nuevas publicaciones periódicas de la Delegación de Madrid: "Documentación psicológica" y "Selecciones de Prensa".

Quién seleccionará estos psicólogos.

Sala de lecturas



noviembre 1985

Nº 22/23



enero 1986

Nº 24



mayo 1986

Nº 25

Editorial.

De nuevo los Estatutos, un problema inacabable. **A fondo: la integración y los equipos multiprofesionales.**

Marginación e integración educativa. *Alfredo Fierro.*

La integración, reflexiones sobre el Real Decreto. *María Luisa Arranz, María Teresa de Busturia, Consuelo Corral, Adolfo Fernández, María Luisa López y Pilar Muñoz Deleito.*

Prevención, una clave para la integración. *Consuelo Aguado y Emiliano Martín.*

Equipos multiprofesionales. *Equipos multiprofesionales de Madrid.*

La integración desde el punto de vista de dos servicios psicopedagógicos municipales. *Pilar de la Cruz, Lucila Chaves, María Isabel Gallo, Isabel Rodríguez, José Ángel Salgado y Pilar Sánchez González.*

El papel del psicólogo en Centros para sujetos con retraso mental. *Juan Espinosa, María Oliva Márquez y Víctor Rubio.*

Ideas para una miniinstitución de deficientes mentales "asistenciales". *Javier Moltó.*

Experiencias.

Estudio sobre la psicología del niño poliomeélico. *Manuel Velázquez.*

La profesión.

Las revistas de psicología en España (2).

Psicólogos del siglo XX.

Leonard D. Eron. *Alejandro Avila.*

La agresión y sus correlatos a través de un período de veintidós años. *Leonard D. Eron.*

Publicaciones de Leonard D. Eron.

Experiencias.

El sanatorio psiquiátrico penitenciario de Fontcalent: una experiencia institucional. *Daniel Ramírez.*

Encuentros científicos.

Información colegial.

Norte, la Delegación. Entrevista con José Ramón Fernández.

Nueva publicación periódica del Colegio Oficial de Psicólogos.

Los premios de la Delegación. Contratación y funcionamiento de los equipos psicopedagógicos.

Estudio de minusvalías para gobierno de autonomía. Quién seleccionará a estos psicólogos.

Cuando piensa el Ministerio aprobar esos Estatutos.

Sala de lecturas.

Pros y contras de delegar el cuidado infantil. *Amelia Álvarez.*

Clase social y fracaso escolar. *Ignasi Vila.*

Educación especial. *Fernando Galligo.*

Editorial.

Evitar el espontaneísmo.

A fondo, el psicólogo ante un reto social: las drogodependencias.

Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población. *Domingo Comas.*

La lucha contra la oferta de drogas ilegales. *José Jiménez Villarejo.*

La formación del psicólogo ante las drogas, una urgencia. *Amando Vega.*

Un programa comunitario-conductual de tratamiento de heroinómanos. *José Luis Graña, Ángel García, Jesús Ortiz, Mercedes Pereira, Remedio Comas y Julián Álvarez.*

Tolerancia condicionada y drogodependencia. *Francisco Javier Bandrés, José Javier Campos y María Luisa Velasco.*

¿Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano? *Jaime Funes.*

¿Rehabilitar desde la condena? *Alberto Fernández de Liria y María Luisa González.*

Las comunidades de drogodependientes en España. *Octavio Granado.*

Situaciones y perspectivas en prevención. *Consuelo Aguado y Emiliano Martín.*

Centros de asistencia a drogodependientes.

Reflexiones.

Elaboración de una escala española para la evaluación de la afasia. *María Luisa Sánchez.*

Información colegial.

Año nuevo, estatutos como siempre.

Psicología del trabajo en busca de participación. *Víctor Pérez de Velasco.*

Documentación.

Plan Nacional sobre Drogas.

Sala de lecturas.

Editorial.

Política y psicología.

A fondo, psicología y política.

La psicología política. *Florencio Jiménez Burillo.*

Los valores que nos gobiernan. *Eugenio Garrido, Alberto de la Torre y Luis Gómez Jacinto.*

Participación política y conducta de voto. *J. M. Sabucedo y J. Sobral.*

Estereotipos regionales de los madrileños. *Fernando Chacón.*

El multiculturalismo en las Américas, un enfoque cognoscitivo. *Dr. Manuel Ramírez III.*

La teoría sociopsicoanalítica y la realidad chilena. *Miguel Hinojosa.*

La profesión.

Psicología española, ¿una tarea común? *Miguel Siguán.*

La psicología, una asignatura en el bachillerato. *Concha Castillo y Domingo Fernández Agis.*

Encuentros científicos.

1/noviembre. I Congreso Gallego sobre atención global o disminuido.

13/diciembre. Primeras jornadas confederadas de Acción Social de UGT.

14/febrero. Cuarto encuentro internacional del campo freudiano.

Información colegial.

El Colegio de Psicólogos en las Islas Canarias. Los psicólogos del trabajo apuestan por la participación dentro del Colegio.

Fondo documental en psicología jurídica.

Junta General Ordinaria.

Cataluña tiene Colegio.

Publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos-Madrid.

Sala de lecturas.

Antología de Skinner.

Modelo cognitivo del estrés.

Funcionamiento cognitivo y medio sociofamiliar.

Revista de revistas.

Presentamos a continuación un índice por materias y un índice por autores. Ambos índices están cruzados, de tal modo que en el primero se ordena los artículos dentro de cada materia por orden alfabético de autores y en el segundo se indica las materias abordadas en los artículos de cada autor.

Para elaborarlos hemos operado de la siguiente manera: hemos confeccionado previamente una lista de las 33 materias más probablemente buscadas por nuestros lectores —a las que hemos llamado materias para los índices— Cada una de esas 33 materias de referencia para la elaboración de los índices tiene asignado un número, número que aparecerá también, como decíamos tras cada artículo en el índice por autores.

Esta es la lista de materias de referencia para la elaboración de los índices.

Clasificación de materias

1. CONGRESOS Y REUNIONES
2. DOCUMENTOS
3. EDITORIALES
4. EQUIPOS MULTIPROFESIONALES
5. ENTREVISTAS
6. ESTATUTO CIENTIFICO DE LA PSICOLOGIA
7. FORMACION UNIVERSITARIA Y DE POSTGRADO
8. INFORMACION COLEGIAL
9. INFORMACION Y DOCUMENTACION CIENTIFICAS
10. LEGISLACION
11. ORIENTACION ESCOLAR Y PROFESIONAL
12. POLITICA SOCIAL. POLITICA SANITARIA
13. PROFESION. SITUACION LABORAL
14. PSICOLOGIA CLINICA
15. PSICOLOGIA COMUNITARIA
16. PSICOLOGIA DEL DEPORTE
17. PSICOLOGIA ESCOLAR Y EDUCATIVA

- PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO. 18
- PSICOLOGIA JURIDICA. 19
- PSICOLOGIA Y MINUSVALIAS. 20
- PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL. 21
- PSICOLOGIA Y SEXOLOGIA. 22
- PSICOLOGIA Y SERVICIOS SOCIALES. 23
- PSICOLOGIA SOCIAL. 24
- PSICOLOGIA DEL TRABAJO. 25
- PSICOLOGIA DE LA SALUD. 26
- RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS. 27
- PSICOLOGIA Y SEGURIDAD VIAL. 28
- PSICOANALISIS. 29
- PSICOLOGIA Y DROGODEPENDENCIA. 30
- EVALUACION Y MEDICION PSICOLOGICAS. 31
- PSICOLOGIA POLITICA. 32
- PSICOLOGOS DEL SIGLO XX. 33

Índice por materias

1. Congresos y Reuniones

BUENDIA, J. "Jornadas de Intervención en Salud Mental en Murcia". 22/23, 1985, 74-77.

COMISION DE SEGURIDAD VIAL DE LA DELEGACION DE MADRID DEL C.O.P. "I Reunión Estatal de Psicología y Seguridad Vial del Colegio Oficial de Psicólogos". 22/23, 1985, 84.

CONSEJO DE REDACCION. "Simposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos (Homenaje a J. L. Piñillos)". 22/23, 1985, 72-73.

CONSEJO DE REDACCION. "Primeras Jornadas sobre Mujer y Salud Mental". 22/23, 1985, 78-81.

CONSEJO DE REDACCION. "Jornadas de Integración Educativa en Extremadura". 22/23, 1985, 82-83.

DURO, J. C. "I Seminario Internacional de Psicología de la Salud". 22/23, 1985, 70-73.

GALLIGO ESTEVEZ, F. "Atención infantil temprana (Experiencias en Estimulación Precoz)". 20, 1985, 44.

HERNANDEZ, A. "XXIII Congreso Internacional de Psicología". 22/23, 1985, 65-69.

ROJO, A. "Jornadas del Campo Freudiano en España". 22/23, 1985, 76-79.

THOMAS CURRAS, H. "Coloquio

Internacional de Psicología del Deporte". 22/23, 1985, 68-69.

2. Documentos

COMISION EJECUTIVA FEDERAL DEL PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL. "Estrategia socialista ante las drogodependencias". 24, 1986 (separata: 6-11).

COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA. "Informe de la Comisión Especial del

Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de Drogas en España". 24, 1986, (separata: 3-5).

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA. "Criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a los toxicómanos". 24, 1986, (separata: 11 p.).

GRUPO DE TRABAJO INTER-MINISTERIAL DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. "Plan Nacional sobre Drogas". 24, 1986, 43-63.

3. Editoriales

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "De nuevo los Estatutos: un problema inacabable". 22/23, 1985, 1.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Evitar el espontaneismo". 24, 1986, 1.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Alternativas para el empleo". 20, 1985, 1.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "La intervención psicológica en seguridad vial". 21, 1985, 1.

4. Equipos Multiprofesionales

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Prevención: una clave para la integración". 22/23, 1985, 14-16.

ARRANZ, M. L.; BUSTURIA, M. T.; CORRAL, C.; FERNANDEZ, A.; LOPEZ, M. L. y MUÑOZ DELEITO, P. "La integración: reflexiones sobre el Real Decreto". 22/23, 1985, 10-13.

CONSEJO DE REDACCION. "Contratación y funcionamiento de los Equipos Psicopedagógicos". 22/23, 1985, 87.

DE LA CRUZ, P.; CHAVES, L.; GALLO, M. I.; RODRIGUEZ, I.; SALGADO, J. A. y SANCHEZ GONZALEZ, P. "La integración desde el punto de vista de los Servicios Psicopedagógicos Municipales". 22/23, 1985, 21-23.

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE MADRID. "Equipos Multiprofesionales". 22/23, 1985, 17-20.

5. Entrevistas

CONSEJO DE REDACCION. "Entrevista con Miguel Pérez Pereira". 20, 1985, 56-57.

CONSEJO DE REDACCION. "Entrevista con José Ramón Fernández Hermida". 22/23, 1985, 85-86.

7. Formación universitaria y de postgrado

VEGA FUENTE, A. "La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia". 24, 1986, 12-14.

8. Información colegial

CONSEJO DE REDACCION. "Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid". 20, 1985, 53-54.

CONSEJO DE REDACCION. "Las Delegaciones: Galicia". 20, 1985, 55-57.

CONSEJO DE REDACCION. "Entrevista con Miguel Pérez Pereira". 20, 1985, 56-57.

CONSEJO DE REDACCION. "... Y el Colegio sigue sin Estatutos". 21, 1985, 63-64.

CONSEJO DE REDACCION. "Nuevas publicaciones periódicas de la Delegación de Madrid: «Documentación Psicológica» y «Selecciones de Prensa»". 21, 1985, 64-65.

CONSEJO DE REDACCION. "¿Quién seleccionará estos psicólogos?". 21, 1985, 65.

CONSEJO DE REDACCION. "Norte, la Delegación". 22/23, 1985, 85.

CONSEJO DE REDACCION. "Entrevista con José Ramón Fernández Hermida". 22/23, 1985, 85-86.

CONSEJO DE REDACCION. "Nueva publicación periódica del Colegio Oficial de Psicólogos: «Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones»". 22/23, 1985, 86.

CONSEJO DE REDACCION. "Los Premios de la Delegación". 22/23, 1985, 87.

CONSEJO DE REDACCION. "Contratación y funcionamiento de los Equipos Psicopedagógicos". 22/23, 1985, 87.

CONSEJO DE REDACCION. "Estudio de minusvalías para gobierno de autonomía". 22/23, 1985, 87-88.

CONSEJO DE REDACCION. "¿Quién seleccionará a estos psicólogos? (2)". 22/23, 1985, 87-88.

CONSEJO DE REDACCION. "Año nuevo, estatutos como siempre". 24, 1986, 41.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "De nuevo los Estatutos: un problema inacabable". 22/23, 1985, 1.

PEREZ VELASCO, V. M. "Psicología del Trabajo: en busca de la participación". 24, 1986, 41-42.

9. Información y documentación científicas

ALVAREZ, A. "Las revistas de Psicología en España: «Infancia y Aprendizaje»". 21, 1985, 60-61.

BACHS, J. "Las revistas de Psicología en España: «Quaderns/Cuadernos de Psicología»". 21, 1985, 58-59.

CARPINTERO, H. "Las revistas de Psicología en España: «Revista de Historia de la Psicología»". 22/23, 1985, 47-49.

CERVANTES, E. "Las revistas de Psicología en España: «Revista Española de Terapia del Comportamiento»". 22/23, 1985, 45.

CONSEJO DE REDACCION. "Nuevas publicaciones periódicas de la Delegación de Madrid: «Documentación Psicológica» y «Selecciones de Prensa»". 21, 1985, 64-65.

CONSEJO DE REDACCION. "Publicaciones de Leonard D. Eron". 22/23, 1985, 57-59.

CONSEJO DE REDACCION. "Nueva publicación periódica del Colegio Oficial de Psicólogos: «Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones»". 22/23, 1985, 86.

CONSEJO DE REDACCION DE "ANUARIO DE PSICOLOGIA". "Las revistas de Psicología en España: «Anuario de Psicología»". 22/23, 1985, 46.

CONSEJO DE REDACCION DE "CLINICA Y ANALISIS

GRUPAL". "Las revistas de Psicología en España: «Clínica y Análisis Grupal (Revista de Psicoterapia y Psicología Social y Aplicada)»". 21, 1985, 57-58.

DOMENECH, J. L. "Las revistas de Psicología en España: «Revista de Psicología y Pedagogía Aplicadas»". 21, 1985, 59-60.

FERNANDEZ TRESPALACIOS, J. L. "Las revistas de Psicología en España: «Revista de Psicología General y Aplicada»". 21, 1985, 61-62.

SANTA CRUZ, J. "Las revistas de Psicología en España: «Informes de Psicología»". 22/23, 1985, 46-47.

SERVICIO DE DOCUMENTACION DE LA DELEGACION DE MADRID DEL C.O.P. "Fichas de las principales revistas de Psicología". 22/23, 1985, 49-50.

SOLER, J. y TORTOSA, F. "Psicología y Seguridad Vial: autores, temas y fuentes". 21, 1985, 32-37.

10. Legislación

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Prevención: una clave para la integración". 22/23, 1985, 14-16.

ARRANZ, M. L.; BUSTURIA, M. T.; CORRAL, C.; FERNANDEZ, A.; LOPEZ, M. L. y MUÑOZ DELEITO, P. "La integración: reflexiones sobre el Real Decreto". 22/23, 1985, 10-13.

CONSEJO DE REDACCION. "... Y el Colegio sigue sin Estatutos". 21, 1985, 63-64.

CONSEJO DE REDACCION. "Año nuevo, estatutos como siempre". 24, 1986, 41.

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA. "Criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a los toxicómanos". 24, 1986 (separata: 11).

FIERRO, A. "Marginación e integración educativa". 22/23, 1985, 4-9.

JIMENEZ VILLAREJO, J. "La lucha contra la oferta de drogas ilegales". 24, 1986, 10-11.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "De nuevo los Estatutos: un problema inacabable". 22/23, 1985, 1.

PRIETO ZAMORA, J. M. "La homologación de pruebas psicológicas". 21, 1985, 4-31.

12. Política social. Política sanitaria

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Situaciones y perspectivas en prevención". 24, 1986, 27-30.

BENITO, A.; COSTA, M. y LOPEZ, E. "Los psicólogos y la política sanitaria". 20, 1985, 27-32.

COMISION EJECUTIVA FEDERAL DEL PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL. "Estrategia socialista ante las drogodependencias". 24, 1986 (separata: 6-11).

COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA. "Informe de la Comisión Especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de Drogas en España". 24, 1986, (separata: 3-5).

DURO, J. C. "Política socialista en salud mental". 20, 1985, 62-64.

DURO, J. C. y VALLEJO, F. "El psicólogo en el sistema de salud cubano". 20, 1985, 20-26.

GRUPO DE TRABAJO INTERMINISTERIAL DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. "Plan Nacional sobre Drogas". 24, 1986, 43-63.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Evitar el espontaneismo". 24, 1986, 1.

RAYMOND, S. G. y MOLTO-SANTONJA, J. "De una Psicología Sanitaria a una Psicología de la Salud". 20, 1985, 13-19.

REIG FERRER, A. "La psicología en el sistema sanitario". 20, 1985, 7-12.

13. Profesión. Situación laboral

CONSEJO DE REDACCION. "¿Quién seleccionará estos psicólogos?". 21, 1985, 65.

CONSEJO DE REDACCION. "¿Quién seleccionará a estos psicólogos? (2)". 22/23, 1985, 87-88.

CONSEJO DE REDACCION. "¿Cuándo piensa el Ministerio aprobar esos Estatutos?". 22/23, 1985, 88.

FERREZUELO, P. "Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña". 20, 1985, 3-6.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Evitar el espontaneismo". 24, 1986, 1.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Alternativas para el empleo". 20, 1985, 1.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "La intervención psicológica en seguridad vial". 21, 1985, 1.

14. Psicología clínica

BANDRES, F. J.; CAMPOS, J. J. y VELASCO, M. L. "Tolerancia condicionada y drogodependencia". 24, 1986, 18-20.

DURO, J. C. y VALLEJO, F. "El psicólogo en el sistema de salud cubano". 20, 1985, 20-26.

FERREZUELO, P. "Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña". 20, 1985, 3-6.

RAMIREZ, D. "El Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent: una experiencia institucional". 22/23, 1985, 61-64.

RAYMOND, S. G. y MOLTO-SANTONJA, J. "De una Psicología Sanitaria a una Psicología de la Salud". 20, 1985, 13-19.

REIG FERRER, A. "La psicología en el sistema sanitario". 20, 1985, 7-12.

RUBI CID, M. L. "La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo: revisión y perspectivas (I)". 26, 1986, 43-52.

15. Psicología comunitaria

GRAÑA, J. L.; GARCIA, A.; ORTIZ, J.; PEREIRA, M.; COMAS, R. y ALVAREZ, J. "Un programa comunitario-conductual de tratamiento del heroinómano". 24, 1986, 15-17.

RUBI CID, M. L. "La intervención

psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo: revisión y perspectivas (I)". 26, 1986, 43-52.

16. Psicología del deporte

THOMAS CURRAS, H. "Coloquio Internacional de Psicología del Deporte". 22/23, 1985, 68-69.

17. Psicología escolar y educativa

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Prevención: una clave para la integración". 22/23, 1985, 14-16.

ALVAREZ, A. "Reseña del libro de A. Clarke-Stewart «Guardería y cuidado infantil» (Madrid, Morata, 1984)". 22/23, 1985, 89.

ARRANZ, M. L.; BUSTURIA, M. T.; CORRAL, C.; FERNANDEZ, A.; LOPEZ, M. L. y MUÑOZ DELEITO, P. "La integración: reflexiones sobre el Real Decreto". 22/23, 1985, 10-13.

DE LA CRUZ, P.; CHAVES, L.; GALLO, M. I.; RODRIGUEZ, I.; SALGADO, J. A. y SANCHEZ GONZALEZ, P. "La integración desde el punto de vista de los Servicios Psicopedagógicos Municipales". 22/23, 1985, 21-23.

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE MADRID. "Equipos Multiprofesionales". 22/23, 1985, 17-20.

FIERRO, A. "Marginación e integración educativa". 22/23, 1985, 4-9.

MIRAS, M. "Reseña del libro de César Coll (comp.) Psicología genética y aprendizajes escolares". (Madrid, Siglo XXI, 1983). 20, 1985, 60-61.

ORTIZ ALONSO, T. "Hemisfericidad cerebral en psicología de la educación". 21, 1985, 39-51.

SALGADO BALLESTERO, J. A. "Reseña del libro de Bernabé Tierno Jiménez «El fracaso escolar» (Barcelona, Plaza y Janés, 1984). 20, 1985, 60.

18. Psicología del envejecimiento

FORTEZA, J. A. "Edad y conducción" (Psicología y Seguridad Vial) (III). 20, 1985, 33-42.

20. Psicología y minusvalías

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Prevención: una clave para la integración". 22/23, 1985, 14-16.

ARRANZ, M. L.; BUSTURIA, M. T.; CORRAL, C.; FERNANDEZ, A.; LOPEZ, M. L. y MUÑOZ DELEITO, P. "La integración: reflexiones sobre el Real Decreto". 22/23, 1985, 10-13.

CONSEJO DE REDACCION. "Jornadas de Integración Educativa en Extremadura". 22/23, 1985, 82-83.

CONSEJO DE REDACCION. "Estudios de minusvalías para gobierno de autonomía". 22/23, 1985, 87-88.

DE LA CRUZ, P.; CHAVES, L.; GALLO, M. I.; RODRIGUEZ, I.; SALGADO, J. A. y SANCHEZ GONZALEZ, P. "La integración desde el punto de vista de los Servicios Psicopedagógicos Municipales". 22/23, 1985, 21-23.

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE MADRID. "Equipos Multiprofesionales". 22/23, 1985, 17-20.

ESPINOSA, J.; OLIVA MARQUEZ, M. y RUBIO, V. "El papel de los psicólogos en centros para sujetos con retraso mental". 22/23, 1985, 24-34.

FIERRO, A. "Marginación e integración educativa". 22/23, 1985, 4-9.

GALLIGO ESTEVEZ, F. "Atención infantil temprana (Experiencias en Estimulación Precoz)". 20, 1985, 44.

GALLIGO ESTEVE, F. "Reseña del libro de M. Bender y P. J. Valletutti, «Prevención de accidentes de ocupación y tiempo libre» (Barcelona, Fontanella, 1983)". 22/23, 1985, 90.

MOLTO, J. "Ideas para una mini-institución de deficientes mentales «asistenciales»". 22/23, 1985, 35-40.

VELAZQUEZ, M. "Estudio sobre la psicología del niño poliomielítico". 22/23, 1985, 41-44.

21. Psicología y salud mental

BUENDIA, J. "Jornadas de Intervención en Salud Mental en Murcia". 22/23, 1985, 74-77.

CONSEJO DE REDACCION. "Primeras Jornadas sobre Mujer y Salud Mental". 22/23, 1985, 78-81.

DURO, J. C. "Política socialista en salud mental". 20, 1985, 62-64.

RUBI CID, M. L. "La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo: revisión y perspectivas (I)". 26, 1986, 43-52.

23. Psicología y servicios sociales

COMISION EJECUTIVA FEDERAL DEL PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL. "Estrategia socialista ante las drogodependencias". 24, 1986 (separata: 6-11).

COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA. "Informe de la Comisión Especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de Drogas en España". 24, 1986, (separata: 3-5).

DE LA CRUZ, P.; CHAVES, L.; GALLO, M. I.; RODRIGUEZ, I.; SALGADO, J. A. y SANCHEZ GONZALEZ, P. "La integración desde el punto de vista de los Servicios Psicopedagógicos Municipales". 22/23, 1985, 21-23.

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE MADRID. "Equipos Multiprofesionales". 22/23, 1985, 17-20.

ESPINOSA, J.; OLIVA MARQUEZ, M. y RUBIO, V. "El papel de los psicólogos en centros para sujetos con retraso mental". 22/23, 1985, 24-34.

FERNANDEZ LIRIA, A. y GONZALEZ LOPEZ, M. L. "¿Rehabilitar desde la condena?". 24, 1986, 23-24.

FIERRO, A. "Marginación e integración educativa". 22/23, 1985, 4-9.

FUNES I ARTIAGA, J. "¿Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano?". 24, 1986, 21-22.

GRANADO, O. "Las comunidades terapéuticas de drogodependientes en España". 24, 1986, 25-26.

GRAÑA, J. L.; GARCIA, A.; ORTIZ, J.; PEREIRA, M.; COMAS, R. y ALVAREZ, J. "Un programa comunitario-conductual de tratamiento del heroinómano". 24, 1986, 15-17.

GRUPO DE TRABAJO INTERMINISTERIAL DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. "Plan Nacional sobre Drogas". 24, 1986, 43-63.

MOLTO, J. "Ideas para una mini-institución de deficientes mentales «asistenciales»". 22/23, 1985, 35-40.

RAMIREZ, D. "El Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent: una experiencia institucional". 22/23, 1985, 61-64.

24. Psicología social

COMAS ARNAU, D. "Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población". 24, 1986, 4-9.

25. Psicología del trabajo

PEREZ VELASCO, V. M. "Psicología del Trabajo: en busca de la participación". 24, 1986, 41-42.

26. Psicología de la salud

BENITO, A.; COSTA, M. y LOPEZ, E. "Los psicólogos y la política sanitaria". 20, 1985, 27-32.

CAMARERO, C. "Grupo de Trabajo de «Psicología de la Salud y Medicina Conductual» de la Sociedad Interamericana de Psicología". 21, 1985, 52-54.

DURO, J. C. "I Seminario Internacional de Psicología de la Salud". 22/23, 1985, 70-73.

DURO, J. C. y VALLEJO, F. "El psicólogo en el sistema de salud cubano". 20, 1985, 20-26.

RAYMOND, S. G. y MOLTO-SANTONJA, J. "De una Psicología Sanitaria a una Psicología de la Salud". 20, 1985, 13-19.

REIG FERRER, A. "La psicología en el sistema sanitario". 20, 1985, 7-12.

27. Reseñas bibliográficas

ALVAREZ, A. "Reseña del libro de A. Clarke-Stewart «Guarderías y cuidado infantil» (Madrid, Morata, 1984)". 22/23, 1985, 89.

AVILA ESPADA, A. "Reseña del libro de Alfredo Gosálbez Celdrán. Estrategias para la acción psicológica. (Madrid, Servicio de Publicaciones del EME, 1984)". 20, 1985, 57.

GALLIGO ESTEVE, F. "Reseña del libro de M. Bender y P. J. Valletutti, «Prevención de accidentes de ocupación y tiempo libre» (Barcelona, Fontanella, 1983)". 22/23, 1985, 90.

MIRAS, M. "Reseña del libro de César Coll (comp.) Psicología genética y aprendizajes escolares. (Madrid, Siglo XXI, 1983)". 20, 1985, 60-61.

RATIA ESTELLES, L. "Reseña del libro de León y Rebeca Grinberg. Psicoanálisis de la migración y el exilio. (Madrid, Alianza Editorial, 1984)". 20, 1985, 61.

SALGADO BALLESTERO, J. A. "Reseña del libro de Bernabé Tierno Jiménez. El fracaso escolar. (Barcelona, Plaza y Janés, 1984)". 20, 1985, 60.

VILA, I. "Reseña del libro de Anne-Nelly y Perret-Clermont, «La construcción de la inteligencia en la interacción social» (Madrid, Visor, 1984)". 22/23, 1985, 90.

28. Psicología y seguridad vial

COMISION DE SEGURIDAD VIAL DE LA DELEGACION DE MADRID DEL C.O.P. "I Reunión Estatal de Psicología y Seguridad Vial del Colegio Oficial de Psicólogos". 22/23, 1985, 84.

FORTEZA, J. A. "Edad y conducción" (Psicología y Seguridad Vial) (III). 20, 1985, 33-42.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "La intervención psicológica en seguridad vial". 21, 1985, 1.

PRIETO ZAMORA, J. M. "La homologación de pruebas psicológicas". 21, 1985, 4-31.

SOLER, J. y TORTOSA, F. "Psicología y Seguridad Vial: autores, temas y fuentes". 21, 1985, 32-37.

29. Psicoanálisis

ROJO, A. "Jornadas del Campo Freudiano en España". 22/23, 1985, 76-79.

30. Psicología y drogodependencias

AGUADO, C. y MARTIN, E. "Situaciones y perspectivas en prevención". 24, 1986, 27-30.

BANDRES, F. J.; CAMPOS, J. J. y VELASCO, M. L. "Tolerancia condicionada y drogodependencia". 24, 1986, 18-20.

COMAS ARNAU, D. "Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población". 24, 1986, 4-9.

COMISION EJECUTIVA FEDERAL DEL PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL. "Estrategia socialista ante las drogodependencias". 24, 1986 (separata: 6-11).

COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA. "Informe de la Comisión Especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de Drogas en España". 24, 1986, (separata: 3-5).

CONSEJO DE REDACCION. "Centros de asistencia a drogodependientes". 24, 1986, 31-35.

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA. "Criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a los toxicómanos". 24, 1986 (separata: 11).

FERNANDEZ LIRIA, A. y GONZALEZ LOPEZ, M. L. "¿Rehabilitar desde la condena?". 24, 1986, 23-24.

FUNES I ARTIAGA, J. "Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano". 24, 1986, 21-22.

GRANADO, O. "Las comunidades terapéuticas de drogodependientes en España". 24, 1986, 25-26.

GRAÑA, J. L.; GARCIA, A.; ORTIZ, J.; PEREIRA, M.; COMAS, R. y ALVAREZ, J. "Un programa comunitario-conductual de tratamiento del heroínmano". 24, 1986, 15-17.

GRUPO DE TRABAJO INTER-MINISTERIAL DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. "Plan Nacional sobre Drogas". 24, 1986, 43-63.

JIMENEZ VILLAREJO, J. "La lucha contra la oferta de drogas ilegales". 24, 1986, 10-11.

JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. "Evitar el espontaneismo". 24, 1986, 1.

VEGA FUENTE, A. "La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia". 24, 1986, 12-14.

31. Evaluación y medición psicológicas

SANCHEZ BERNARDOS, M. L.

"Elaboración de una escala española para la evaluación de la afasia". 24, 1986, 37-40.

33. Psicólogos del siglo XX

AVILA ESPADA, A. "Leonard D. Eron". 22/23, 1985, 51-52.

CONSEJO DE REDACCION. "Publicaciones de Leonard D. Eron". 22/23, 1985, 57-59.

ERON, L. D. "La agresión y sus correlatos a través de un período de veintidos años". 22/23, 1985, 52-57.

PRIETO ZAMORA, J. M. "Raymond B. Cattell: una vida dedicada a la psicología". 21, 1985, 54-55.

Indice por autores

AUTOR Y TITULO

NUMERO, AÑO Y PAGINAS

MATERIAS

A

AGUADO (C.); MARTIN (E.)
"Prevención: una clave para la integración"

22/23, 1985, 14-16

4, 10, 17, 20

AGUADO (C.); MARTIN (E.)
"Situaciones y perspectivas en prevención"

24, 1986, 27-30

12, 30

ALVAREZ (A.)
"Las revistas de Psicología en España: Infancia y Aprendizaje"

21, 1985, 60-61

9, 13

ALVAREZ (A.)
"Reseña del libro de A. Clarke-Stewart *Guarderías y cuidado infantil* (Madrid, Morata, 1984)"

22/23, 1985, 89

17, 27

ARRANZ (M. L.); BUSTURIA (M. T.); CORRAL (C.); FERNANDEZ (A.);
LOPEZ (M. L.); MUÑOZ DELEITO (P.)
"La integración: reflexiones sobre el Real Decreto"

22/23, 1985, 10-13

4, 10, 17, 20

AVILA ESPADA (A.)
"Reseña de libro de Alfredo Gosálbez Celadrán *Estrategias para la acción psicológica*" (Madrid, Servicio de Publicaciones del EME, 1984)

20, 1985, 57

27

AVILA ESPADA (A.)
"Leonard D. Eron"

22/23, 1985, 51-52

33

B

BACHS (J.)
"Las revistas de Psicología en España: *Quaderns/Cuadernos de Psicología*"

21, 1985, 58-59

9, 13

BANDRES (F. J.); CAMPOS (J. J.); VELASCO (M. L.)
Tolerancia condicionada y drogodependencia

24, 1986, 18-20

14, 30

BENITO (A.); COSTA (M.); LOPEZ (E.)
"Los psicólogos y la política sanitaria"

20, 1985, 27-32

12, 26

BUENDIA (J.)
"Jornadas de Intervención en Salud Mental en Murcia"

22/23, 1985, 74-77

1, 21

C

CAMARERO (C.) "Grupo de Trabajo de <i>Psicología de la Salud y Medicina Conductual</i> de la Sociedad Interamericana de Psicología"	21, 1985, 52-54	26
CARPINTERO (H.) "Las revistas de Psicología en España: <i>Revista de Historia de la Psicología</i> "	22/23, 1985, 47-49	9, 13
CERVANTES (E.) "Las revistas de Psicología en España: <i>Revista Española de Terapia del Comportamiento</i> "	22/23, 1985, 45	9, 13
COMAS ARNAU (D.) "Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población"	24, 1986, 4-9	24, 30
COMISION DE SEGURIDAD VIAL DE LA DELEGACION DE MADRID DEL C.O.P. "I Reunión Estatal de Psicología y Seguridad Vial del Colegio Oficial de Psicólogos"	22/23, 1985, 84	1, 28
COMISION EJECUTIVA FEDERAL DEL PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL "Estrategia socialista ante las drogodependencias"	24, 1986 (separata: 6-11)	2, 12, 23, 30
COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA "Informe de la Comisión Especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de drogas en España"	24, 1986 (separata: 3-5)	2, 12, 23, 30
CONSEJO DE REDACCION "Junta General Ordinaria de la Delegación de Madrid"	20, 1985, 53-54	8
CONSEJO DE REDACCION "Las Delegaciones: Galicia"	20, 1985, 55-57	8
CONSEJO DE REDACCION "Entrevista con Miguel Pérez Pereira"	20, 1985, 56-57	5, 8
CONSEJO DE REDACCION "...Y el Colegio sigue sin Estatutos"	21, 1985, 63-64	8, 10
CONSEJO DE REDACCION "Nuevas publicaciones periódicas de la Delegación de Madrid: <i>Documentación Psicológica y Selecciones de Prensa</i> "	21, 1985, 64-65	8, 9
CONSEJO DE REDACCION "Quién seleccionará estos psicólogos"	21, 1985, 65	8, 13
CONSEJO DE REDACCION "Publicaciones de Leonard D. Eron"	22/23, 1985, 57-59	9, 33
CONSEJO DE REDACCION "Simposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos (Homenaje a J. L. Pinillos)"	22/23, 1985, 72-73	1
CONSEJO DE REDACCION "Primeras Jornadas sobre Mujer y Salud Mental"	22/23, 1985, 78-81	1, 21
CONSEJO DE REDACCION "Jornadas de Integración Educativa en Extremadura"	22/23, 1985, 82-83	1, 20
CONSEJO DE REDACCION "Norte, la Delegación"	22/23, 1985, 85	8
CONSEJO DE REDACCION "Entrevista con José Ramón Fernández Hermida"	22/23, 1985, 85-86	5, 8

CONSEJO DE REDACCION "Nueva publicación periódica del Colegio Oficial de Psicólogos: <i>Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones</i> "	22/23, 1985, 86	8, 9
CONSEJO DE REDACCION "Los Premios de la Delegación"	22/23, 1985, 87	8
CONSEJO DE REDACCION "Contratación y funcionamiento de los Equipos Psicopedagógicos"	22/23, 1985, 87	4, 8
CONSEJO DE REDACCION "Estudio de minusvalías para gobierno de autonomía"	22/23, 1985, 87-88	8, 20
CONSEJO DE REDACCION "Quién seleccionará a estos psicólogos (2)"	22/23, 1985, 87-88	8, 13
CONSEJO DE REDACCION "¿Cuándo piensa el Ministerio aprobar esos Estatutos?"	22/23, 1985, 88	9, 13
CONSEJO DE REDACCION "Centros de asistencia a drogodependientes"	24, 1986, 31-35	30
CONSEJO DE REDACCION "Año nuevo, Estatutos como siempre"	24, 1986, 41	8, 10
CONSEJO DE REDACCION DE "ANUARIO DE PSICOLOGIA" "Las revistas de Psicología en España: <i>Anuario de Psicología</i> "	22/23, 1985, 46	9, 13
CONSEJO DE REDACCION DE "CLINICA Y ANALISIS GRUPAL" "Las revistas de Psicología en España: <i>Clínica y Análisis Grupal</i> (Revista de Psicoterapia y Psicología Social y Aplicada)"	21, 1985, 57-58	9, 13

D

DE LA CRUZ (P.); CHAVES (L.); GALLO (M. I.); RODRIGUEZ (I.); SALGADO (J. A.); SANCHEZ GONZALEZ (P.) "La integración desde el punto de vista de los Servicios Psicopedagógicos Municipales"	22/23, 1985, 21-23	4, 17, 20, 23
DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA "Criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a los toxicómanos"	24, 1986 (separata: 11)	2, 10, 30
DOMENECH (J. L.) "Las revistas de Psicología en España: <i>Revista de Psicología y Pedagogía Aplicadas</i> "	21, 1985, 59-60	9, 13
DURO (J. C.) "Política socialista en salud mental"	20, 1985, 62-64	12, 21
DURO (J. C.) "I Seminario Internacional de Psicología de la Salud"	22/23, 1985, 70-73	1, 26
DURO (J. C.); VALLEJO (F.) "El psicólogo en el sistema de salud cubano"	20, 1985, 20-26	12, 14, 26

E

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE MADRID "Equipos Multiprofesionales"	22/23, 1985, 17-20	4, 17, 20, 23
---	---------------------------	----------------------

ERON (L. D.) "La agresión y sus correlatos a través de un período de veintidós años"	22/23, 1985, 52-57	33
ESPINOSA (J.); OLIVA MARQUEZ (M.); RUBIO (V.) "El papel de los psicólogos en centros para sujetos con retraso mental"	22/23, 1985, 24-34	20, 23

F

FERNANDEZ LIRIA (A.); GONZALEZ LOPEZ (M. L.) "¿Rehabilitar desde la condena?"	24, 1986, 23-24	23, 30
FERNANDEZ TRESPALACIOS (J. L.) "Las revistas de Psicología en España: <i>Revista de Psicología General y Aplicada</i> "	21, 1985, 61-62	9, 13
FERREZUELO (P.) "Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña"	20, 1985, 3-6	13, 14
FIERRO (A.) "Congreso de Evaluación Psicológica"	20, 1985, 43-44	1
FIERRO (A.) "Marginación e integración educativa"	22/23, 1985, 4-9	10, 17, 20, 23
FORTEZA (J. A.) "Edad y conducción". <i>Psicología y Seguridad Vial</i> (III)	20, 1985, 33-42	18, 28
FUNES Y ARTIAGA (J.) "Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano"	24, 1986, 21-22	23, 30

G

GALLIGO ESTEVEZ (F.) "Atención infantil temprana (Experiencias en Estimulación Precoz)"	20, 1985, 44	1, 20
GALLIGO ESTEVEZ (F.) "Reseña del libro de M. Bender y P. J. Valletutti, <i>Prevención de accidentes de ocupación y tiempo libre</i> (Barcelona, Fontanella, 1983)"	22/23, 1985, 90	20, 27
GRANADO (O.) "Las comunidades terapéuticas de drogodependientes en España"	24, 1986, 25-26	23, 30
GRAÑA (J. L.); GARCIA (A.); ORTIZ (J.); PEREIRA (M.); COMAS (R.); ALVAREZ (J.) "Un programa comunitario-conductual de tratamiento del heroinómano"	24, 1986, 15-17	15, 23, 30
GRUPO DE TRABAJO INTERMINISTERIAL DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS "Plan Nacional sobre Drogas"	24, 1986, 43-63	2, 12, 23, 30

H

HERNANDEZ (A.) "XXIII Congreso Internacional de Psicología"	22/23, 1985, 65-69	1
--	--------------------	---

J

JIMENEZ VILLAREJO (J.) "La lucha contra la oferta de drogas ilegales"	24, 1986, 10-11	10, 30
JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS "De nuevo los Estatutos: un problema inacabable"	22/23, 1985, 1	3, 8, 10
JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS "Evitar el espontaneísmo"	24, 1986, 1	3, 30, 12, 13
JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS "Alternativas para el empleo"	20, 1985, 1	3, 13
JUNTA RECTORA DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS "La intervención psicológica en seguridad vial"	21, 1985, 1	3, 13, 28

M

MIRAS (M.) "Reseña del libro de César Coll (comp.) <i>Psicología genética y aprendizajes escolares</i> " (Madrid, Siglo XXI, 1983)	20, 1985, 60-61	17, 27
MOLTO (J.) "Ideas para una mini-institución de deficientes mentales <i>asistenciales</i> "	22/23, 1985, 35-40	20, 23

O

ORTIZ ALONSO (T.) "Hemisfericidad cerebral en psicología de la educación"	21, 1985, 39-51	17
--	-----------------	----

P

PEREZ ALVAREZ (M.) "Moda, mito e ideología de la psicología cognitiva"	20, 1985, 45-52	6
PEREZ VELASCO (V. M.) "Psicología del Trabajo: en busca de la participación"	24, 1986, 41-42	8, 25
PRIETO ZAMORA (J. M.) "La homologación de pruebas psicológicas"	21, 1985, 4-31	28, 10
PRIETO ZAMORA (J. M.) "Raymond B. Cattell: una vida dedicada a la psicología"	21, 1985, 54-55	33
PRIETO ZAMORA (J. M.); IGLESIAS (R.); DURAN (R.); RODRIGUEZ (A.) "Encuesta realizada en la Delegación de Madrid sobre: Psicología y Seguridad Vial"	21, 1985, 55-56	CALSIF 13, 28

R

RAMIREZ (D.)

"El Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent:
una experiencia institucional"

22/23, 1985, 61-64

14, 23

RATIA ESTELLES (L.)

"Reseña del libro de León y Rebeca Grinberg *Psicoanálisis de la migración y el exilio* (Madrid, Alianza Editorial, 1984).

20, 1985, 61

27

RAYMOND (S. G.); MOLTO-SANTONJA (J.)

"De una Psicología Sanitaria a una Psicología de la Salud"

20, 1985, 13-19

12, 14, 26

REIG FERRER (A.)

"La psicología en el sistema sanitario"

20, 1985, 7-12

12, 14, 26

ROJO (A.)

"Jornadas del Campo Freudiano en España"

22/23, 1985, 76-79

1, 29

RUBI CID (M. L.)

"La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del
embarazo: revisión y perspectivas (I)"

26, 1986, 43-52

14, 15, 21

S

SALGADO BALLESTEROS (J. A.)

"Reseña del libro de Bernabé Tierno Jiménez *El fracaso escolar*"
(Barcelona, Plaza y Janés, 1984)

20, 1985, 60

17, 27

SANCHEZ BERNARDOS (M. L.)

"Elaboración de una escala española para la evaluación de la afasia"

24, 1986, 37-40

31

SANTA CRUZ (J.)

"Las revistas de Psicología en España: *Informes de Psicología*"

22/23, 1985, 46-47

9, 13

SERVICIO DE DOCUMENTACION DE LA DELEGACION
DE MADRID DEL C.O.P.

"Fichas de las principales revistas de Psicología"

22/23, 1985, 49-50

9, 13

SOLER (J.); TORTOSA (F.)

"Psicología y Seguridad Vial: autores, temas y fuentes"

21, 1985, 32-37

9, 28

T

THOMAS CURRAS (H.)

"Coloquio Internacional de Psicología del Deporte"

22/23, 1985, 68-69

1, 16

V

VEGA FUENTE (A.)

"La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia"

24, 1986, 12-14

7, 30

VELAZQUEZ (M.)

"Estudio sobre la psicología del niño poliomielítico"

22/23, 1985, 41-44

20

VILA (I.)

"Reseña del libro de Anne-Nelly y Perret-Clermont, *La construcción de la
inteligencia en la interacción social* (Madrid, Visor, 1984)"

22/23, 1985, 90

27

PUBLICACIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

BOLETIN DE PEDIDO

TITULO	N.º EJEMPL.	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL
"Comunicaciones y Ponencias del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (21-25 de mayo de 1984)"		3.270	
Sexto volumen de Comunicaciones del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (21-25 mayo 1984)		620	
"Guía de Cursos y Centros de Formación para Psicólogos en el área de Madrid. 1984"		230	
"La psicología como ciencia"		285	
"Análisis de la situación y cometidos del Psicólogo en los Servicios Municipales de la provincia de Madrid"		2.215	
"Guía de Recursos Asistenciales en el área de la Psicología Clínica en la provincia de Madrid"		720	
"Presente y futuro de la Psicología del Trabajo en la Empresa". (1)		1.175	
"Jornadas de Orientación Educativa 6-8 octubre 1984. Actas de Trabajos". (2)		1.450	
"Catálogo de Documentos Selectos para la Formación y Práctica en el ámbito de la Psicología Jurídica". (3)		3.500	
		2.500	
TOTAL			

FORMA DE PAGO:

MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA o GIRO POSTAL DIRIGIDOS AL
BANCO POPULAR AG. URB. N.º 32 C/C 60 1240-81. C/ GENOVA, 20. 28004 MADRID

APELLIDOS

NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD PROVINCIA TELF.

Enviar este Boletín de Pedido al Colegio Oficial de Psicólogos (Delegación de Madrid), Servicio de Documentación,
C/ Fernández de los Ríos, 87 - 3.ª izda. 28015 MADRID. Teléf. 244 58 13

(1) Las personas que se inscribieron en el Primer Congreso de Psicología del Trabajo, recibirán gratuitamente en sus domicilios la publicación.

Precio especial para colegiados: 1.100 ptas. (+ gastos de envío); P.V.P.: 2.200 ptas.

(2) Los asistentes a las Jornadas recibirán gratuitamente en sus domicilios esta publicación. Precio: 1.300 (+ gastos de envío).

(3) Precio: Colegiados: 2.500 ptas. No colegiados: 3.500 ptas. (Tachar en el Boletín lo que no corresponda).

BOLETIN DE SUSCRIPCION

PUBLICACIONES PERIODICAS DE LA DELEGACION DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

Instrucciones para formalizar las suscripciones:

- * Precio Colegiados: Precio para colegiado (suscripción). Se deberá acreditar esta condición, adjuntado fotocopia del carnet de colegiado.
- * Precio no colegiados: Precio no colegiado (suscripción anual).
- * Números año: Número de ejemplares que comprende la suscripción anual.
- * Números sueltos: Indique a continuación el nombre de la publicación y los números que desea
.....
- * Importe: Consigne en esta columna el precio de la suscripción para cada publicación que desea recibir.
- * Sume todas las cantidades consignadas en la columna "Importe" para obtener el "TOTAL".

Título de la publicación	Precio	Números año	Número suelto	Importe	Cod.
DOCUMENTACION PSICOLOGICA	3.500	6	600		DP
GUIA DEL PSICOLOGO	1.000	11	110		GP
PAPELES DEL COLEGIO (PSICOLOGOS)	1.100	5 (1)	Senc. 225 doble 325		PC
REVISTA DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO Y DE LAS ORGANIZACIONES	1.000	3	400		RT
SELECCIONES DE PRENSA	7.000	11	650		SP
TOTAL					

APELLIDOS: NOMBRE:

DOMICILIO: TELEF.:

C.P.: CIUDAD: PROVINCIA:

FIRMA:

(1) 4 números sencillos y 1 doble.

FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA BANCARIA o GIRO POSTAL, dirigidos al
BANCO POPULAR ESPAÑOL, Agencia 32, Calle Génova, 20 - 28004 MADRID
C/C 60-1240-81, a favor de COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS
(Se adjuntará fotocopia del comprobante)

Enviar este formulario:
Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid
Fernández de los Ríos, 87, 3.ª izda. 28015 MADRID
NOTAS:
Estas condiciones están en vigor desde el 1 de enero de 1986.
Los precios de las publicaciones incluyen el IVA (6%).

PCE) y autonómicas, con lo que el carácter "reivindicativo" del cambio en el modelo de atención a la salud que propugnaban los CMS-CPS se diluye.

— Aprobación de la Ley de Régimen Local clarificando las competencias de los Ayuntamientos en materia sanitaria y restringiendo las mismas a la sanidad ambiental, salubridad, etcétera, sin hacer caso a las voces que reclamaban mayores competencias y recursos para los Ayuntamientos en salud. Así, este factor político junto al déficit y consiguiente recorte presupuestario de numerosos Ayuntamientos ha contribuido a esta paralización de los centros.

— Proceso de elaboración y discusión de los múltiples proyectos de Ley General de Sanidad, finalmente aprobada por el Parlamento y publicada en el "BOE", el 25 de abril de 1986. La LGS como marco imprescindible del modelo de atención a la salud, aunque no ha satisfecho las expectativas de un verdadero cambio en la Sanidad, señala y delimita (sin detenerse, desgraciadamente, en concretar plazos) las competencias de las distintas Administraciones y el proceso de vertebración del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El peso fundamental del SNS recae en las Comunidades Autónomas, que administrarán todos sus recursos sanitarios en un Servicio Regional de Salud. Se prevé, según el ritmo de transferencias sanitarias del Estado en cada Comunidad, la unificación en una sola red (Servicio Regional de Salud) de las instituciones actualmente dependientes de Ayuntamientos, AISNA, Diputaciones, INSALUD y Comunidad Autónoma.

Referente a los Ayuntamientos, la LGS marca el inicio de las negociaciones para la transferencia de todos los recursos sanitarios municipales a las Comunidades Autónomas desde el mismo momento de su publicación en el "BOE" (abril 86), en el plazo de un año a partir de el hecho de que esas transferencias se acompañen de su propia financiación por parte de los Ayuntamientos, pensamos, será uno de los obstáculos que ten-

drán que salvar ambas Administraciones.

— La desorientación política de la mayoría de los responsables de las Administraciones respecto al futuro modelo de atención a la salud en lo concreto, más allá de los principios generales, en muchas ocasiones abstractos y en la mayoría ambiguos de las distintas directrices políticas.

En el caso concreto de la salud mental, el capítulo III de la LGS es tan incorrecto y genérico que ha sido necesario, previo a la aprobación de la Ley, la elaboración de un documento para la Reforma Psiquiátrica que marque las directrices, pasos y articulaciones en la práctica de la atención a la salud mental (ver Papeles del Colegio), desde el punto de vista técnico.

Teniendo en cuenta estas nuevas circunstancias histórico-políticas y ante la continuidad de los actuales órganos de gobierno, nos aventuramos a señalar el futuro posible de los CMS - CPS en Madrid.

En Madrid, el Estatuto de Autonomía no prevee las transferencias del INSALUD a la Comunidad Autónoma hasta 1990, por lo que la integración de recursos difícilmente se considerará realizada hasta entonces, manteniéndose la tan criticada duplicidad de redes. En este período y cada vez de una manera más acuciante, es necesario establecer convenios y acuerdos interinstitucionales que palién esta disociada situación.

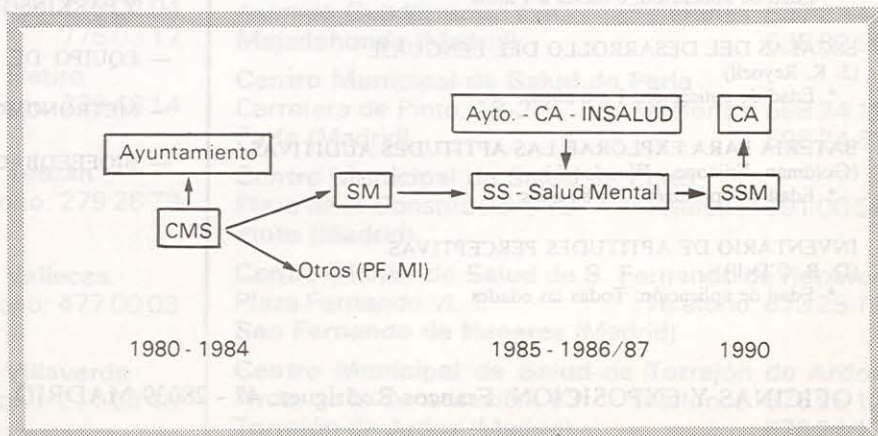
Con esta premisa es indudable que lo que no puede retrasarse es

la transferencia de los recursos municipales de Madrid a la Comunidad Autónoma, al igual que ha ocurrido con otros recursos, por ejemplo los procedentes de la AISNA.

La transferencia de todo el bloque sanitario municipal conlleva el problema de que la Comunidad Autónoma actualmente sólo tiene reducidas competencias, por lo que se encontrará con algunos centros o prestaciones difícilmente articulables en su actual organización del SRS. Será el caso de la parte de Planificación Familiar, Materno-Infantil y Salud Escolar de los CMS - CPS.

En lo que se refiere a salud mental, la situación está bastante más clara al haber asumido la Comunidad Autónoma las antiguas competencias de la Diputación en lo que respecta al tratamiento —ingreso de los "enfermos mentales". El camino seguido en estos dos años por Ayuntamientos como Getafe, Parla, Leganés, Fuenlabrada, Móstoles, etcétera, firmando convenios con la Comunidad Autónoma por los que se integran funcionalmente los recursos de salud mental de ambas instituciones para trabajar en su distrito sanitario correspondiente, va en la línea de conformar unos únicos Servicios de Salud Mental en cada distrito (generalmente municipio). La reciente incorporación a estos convenios del INSALUD con sus nuevos equipos de salud mental comunitarios culmina en lo organizativo ese proceso de integración funcional hasta la definitiva integración orgánica.

Queda así el siguiente esquema:



No vamos a detenernos aquí sobre la complejidad y problemas generados en este proceso que deberán ser objeto de futuros estudios, reflexiones y artículos.

Por último, en cuanto a otros programas y actividades de los CMS habrán de integrarse paulatinamente en la Atención Primaria todo aquello referente a la prevención, promoción y asistencia primaria (Salud Escolar, por ejemplo), es decir, en los Centros de Salud del INSALUD y, por otro lado, en los equipos especializados que se

encarguen de la Planificación Familiar y la Salud Materno-infantil.

En cuanto a la participación del psicólogo como integrante directo de los equipos de atención primaria o de los equipos que se encarguen de la Planificación Familiar y Salud Materno-infantil es menos esperanzadora, ya que la LGS contempla como miembros de dicho equipo a médicos, pediatras, ATS y asistentes sociales.

La ubicación del psicólogo que actualmente trabaja en los CMS - CPS, en lo que se refiere a las

funciones asistenciales, aparece claramente como un integrante incuestionable de los Servicios de Salud Mental en el segundo nivel de atención o nivel especializado.

Notas:

- (1) Análisis de la situación y cometidos del Psicólogo en los Servicios Municipales de la provincia de Madrid, 1983.
- (2) N.º 0, julio 1981. **Papeles del Colegio.** COP. (Páginas 23-25).



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 - Teléfonos: (91) 459 52 80 - 450 94 49

INSTITUCIONES PUBLICAS CON PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN MADRID

Estos Servicios Públicos, en los que trabajan profesionales de Salud Mental, ofertan programas o actividades específicas de Salud Mental a la población

Dado que dichos Servicios pertenecen a administraciones distintas, tienen ámbitos de actuación, competencias de atención, criterios de admisión y actividades y programas diferentes, haremos una relación de centros y servicios indicando la Administración a la que pertenece, teléfono y domicilio social

I. CENTROS DE PROMOCION DE LA SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Arganzuela
Paseo de la Chopera, s/n. Teléfono: 473 63 72
28045 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Carabanchel
Calle General Ricardos, 14 Teléfono: 471 48 59
28019 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Centro
Calle Navas de Tolosa, 10 Teléfono: 232 23 67
28013 MADRID

Centro de Promoción de Salud de Chamberí
Calle Rafael Calvo, 6 Teléfono: 447 24 62
28010 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Fuencarral
Calle Monforte de Lemos, s/n. Teléfono: 200 47 80
28029 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Hortaleza
Calle Alcorisa, 67 Teléfono: 200 47 80
28043 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Latina
Paseo de Extremadura, 147 Teléfono: 479 25 13
28011 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Mediodía
Plaza Sierra Gador, s/n. Teléfono: 203 11 48
28031 MADRID

Centro de Prom. de la Salud de Moratalaz-Vicálvaro
Avenida Real, 2 Teléfonos: 775 02 04
28032 MADRID 775 03 17

Centro de Promoción de la Salud de Retiro
Calle Gobernador, 39 Teléfono: 239 46 14
28014 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Tetuán
Calle Aguilera, 1, 1.º Teléfono: 279 26 79
28020 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Vallecas
Calle Concordia, 17 Teléfono: 477 00 03
28018 MADRID

Centro de Promoción de la Salud de Villaverde
Gran Avenida, bloque 127 Teléfono: 211 66 40
28041 MADRID

II. CENTROS MUNICIPALES DE SALUD

Centro Municipal de Salud de Alcalá de Henares
Paseo de la Estación, 10 Teléfono: 888 50 64
Alcalá de Henares (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Alcobendas
C/ Marq. Vda. de Aldama, 16 Teléfono: 652 21 25
Alcobendas (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Aranjuez
Calle Concha, 8 Teléfono: 891 60 40
Aranjuez (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Arganda del Rey
Calle Tiendas, 8 Teléfono: 871 62 32
Arganda del Rey (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Ciempozuelos
Calle San Sebastián, 30 Teléfono: 893 00 04
Ciempozuelos (Madrid)

Centro Municipal de Prom. de la Salud de Coslada
Avenida de la Constitución, s/n. Teléfono: 673 13 08
Coslada (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Fuenlabrada
Avda. de las Regiones, s/n., 2.º Teléfonos: 690 61 92
Fuenlabrada (Madrid) 690 84 57

Centro Municipal de Salud de Getafe
Calle Alvaro de Bazán, 12 Teléfono: 682 30 12
Getafe (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Leganés
Avda. de Fuenlabrada, 76 Teléfono: 694 58 60
Fuenlabrada (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Majadahonda
Avenida Guadarrama, s/n. Teléfonos: 637 23 47
Majadahonda (Madrid) 638 82 95

Centro Municipal de Salud de Parla
Carretera de Pinto, 18-20 Teléfonos: 698 24 11
Parla (Madrid) 698 24 61

Centro Municipal de Salud de Pinto
Plaza de la Constitución, 13 Teléfono: 691 00 56
Pinto (Madrid)

Centro Munic. de Salud de S. Fernando de Henares
Plaza Fernando VI, 1 Teléfono: 673 25 11
San Fernando de Henares (Madrid)

Centro Municipal de Salud de Torrejón de Ardoz
Avda. de la Constitución, 83 Teléfonos: 676 25 12
Torrejón de Ardoz (Madrid) 676 26 12

Centro Municipal de Salud de Valdemoro
Plaza de Autos, 12 Teléfono: 895 32 11
Valdemoro (Madrid)

III. SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEPENDIENTES DE LA CONSEJERIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dado que esta es la red principal de Salud Mental de la Comunidad madrileña y habiendo sido realizada la zonificación sanitaria de Madrid, creemos de utilidad incluir en esta relación los Centros y Servicios referencia para las 11 áreas de Salud en las que se ha dividido todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Cada área está compuesta por varios distritos.

Area 1

Distrito: Arganda. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35. Teléfono: 276 28 02.

Distrito: Moratalaz. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Francisco Silvela, 40. Teléfonos: 246 84 00 y 246 83 71.

Distrito: Retiro. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Francisco Silvela, 40.

Distrito: Vallecas. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Peña Gorbea, 4. Teléfono: 477 01 18.

Distrito: Mediodía. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Area 2

Distrito: Salamanca. Servicios de Salud Mental: Marqués de Ahumada, 11. Teléfono: 245 88 08. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Distrito: Chamartín. Servicios de Salud Mental: Marqués de Ahumada, 11. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Area 3

Distrito: Alcalá de Henares. Servicios de Salud Mental: Sólo pacientes con Seguridad Social, Ambulatorio del Val, Avenida Castilla, s/n. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Distrito: Torrejón de Ardoz. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Distrito: Coslada. Servicio de Salud Mental: Sólo pacientes con Seguridad Social, Centro Salud - Avenida España, s/n. Teléfonos: 673 66 11 y 673 67 99. Programa Infanto-Juvenil: Claudio Coello, 35.

Distrito: Ciudad Lineal. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Hermanos García Noblejas, 5 - 1.º. Teléfono: 267 34 50.

Distrito: San Blas. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Plaza Centro Cívico, s/n. Teléfono: 213 79 78.

Area 4

Distrito: Colmenar Viejo. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Plaza Eulogio Carrasco. Teléfono: 845 67 59.

Distrito: Alcobendas. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Orense, 5. Teléfonos: 654 44 90 y 654 43 00.

Distrito: Fuencarral. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Calle Fuentelachica, 21-25. Teléfono: 734 54 49.

Distrito: Hortaleza. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Calle Pedroñeras, 41. Teléfonos: 200 34 48 y 200 34 49.

Area 5

Distrito: Tetuán. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Maudes, 32. Teléf.: 234 91 30.

Distrito: Chamberí. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Maudes, 32.

Area 6

Distrito: Centro. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177.

Distrito: Arganzuela. Servicios de Salud Mental: Embajadores, 110. Teléfono 467 47 58. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177. Teléfono: 462 86 14.

Area 7

Distrito: Majadahonda. Programa Infanto-Juvenil: Centro de Orientación y Diagnóstico. Cátedra Hospital Clínico. Isaac Peral, s/n. Teléfono: 244 15 00.

Distrito: Collado Villalba. Programa Infanto-Juvenil: Centro de Orientación y Diagnóstico. Cátedra Hospital Clínico. Isaac Peral, s/n.

Distrito: Navalcarnero. Programa Infanto-Juvenil: Centro de Orientación y Diagnóstico. Cátedra Hospital Clínico. Isaac Peral, s/n.

Distrito: Moncloa. Servicios de Salud Mental: Andrés Mellado, 37. Teléfono: 244 46 19. Programa Infanto-Juvenil: Centro de Orientación y Diagnóstico. Cátedra Hospital Clínico. Isaac Peral, s/n.

Area 8

Distrito: Carabanchel. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177. Teléfono: 462 86 14.

Distrito: Latina. Servicios de Salud Mental: Andrés Mellado, 37. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177.

Area 9

Distrito: Móstoles. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Juan XXIII, 6, cuarta planta. Teléfono: 618 51 51.

Distrito: Alcorcón. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Avenida Polvoranca, s/n. Teléfono: 612 12 03.

Area 10

Distrito: Leganés. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Calle La Luna, 1. Teléfono: 694 11 96.

Distrito: Fuenlabrada. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Urbanización del Arroyo, calle García Quijada. Teléfonos: 697 52 14, 697 52 98.

Area 11

Distrito: Parla. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Carretera de Pinto, 18-20. Teléfonos: 698 24 11 y 698 24 61.

Distrito: Getafe. Servicios de Salud Mental y Programa Infanto-Juvenil: Alvaro de Bazán, 12. Teléfono: 682 30 12.

Distrito: Aranjuez. Servicios de Salud Mental: Consulta externa Hospital Psiquiátrico - Ciempozuelos. Teléfonos: 893 00 11 y 893 01 25. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177.

Distrito: Villaverde. Programa Infanto-Juvenil: Fray Bernardino; General Ricardos, 177.

IV. UNIDADES PSIQUIATRICAS EN HOSPITALES GENERALES DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA

Instituto Provincial de Psiquiátrica. Hosp. de Madrid
Calle Ibiza, 43. Teléfonos: 273 72 00 - 273 74 00 y 409 09 90.

Instituto de Puericultura. Hospital Infantil
Consulta de Psiquiatría Infantil
Calle O'Donnell, 52. Teléfonos: 273 16 00 y 274 76 91.

Hospital del Rey. Departamento de Psiquiatría
Calle Sinesio Delgado, 6. Teléfono: 215 00 40.

Hospital de la Princesa. Consulta de Psiquiatría
Calle Diego de León, 62. Telfs.: 402 80 00 y 402 90 00.

Hospital Infantil Niño Jesús

Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil
Avenida Menéndez Pelayo, 65. Teléfonos: 273 52 00 y 274 60 00.

V. DEPENDIENTES DEL INSALUD

Residencia Sanitaria "La Paz". Serv. de Psiquiatría
Paseo de la Castellana, 277. Teléfono: 734 60 48.

Clínica Infantil "La Paz". Sección de Paidopsiquiatría.
Paseo de la Castellana, 277. Teléfono: 734 60 48.

Residencia Sanitaria "1 de Octubre"
Sección de Psiquiatría (Servicio de Medicina Interna)
Carretera de Andalucía, 54. Teléfono: 468 76 00.

Clínica Puerta de Hierro. Servicio de Psiquiatría.
Calle San Martín de Porres, 4. Teléfonos: 216 23 40 y 216 22 40.

Centro Especial Ramón y Cajal. Serv. de Psiquiatría.
Carretera de Colmenar, kilómetro 9.

Fundación Jiménez Díaz

Departamento de Psiquiatría. Concert. con INSALUD
Plaza Cristo Rey, s/n. Teléfono: 244 15 00 (ext. 551)

Hospital Clínico San Carlos

Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica
C/ Isaac Peral, s/n. Teléfonos: 244 15 00 y 243 21 27.

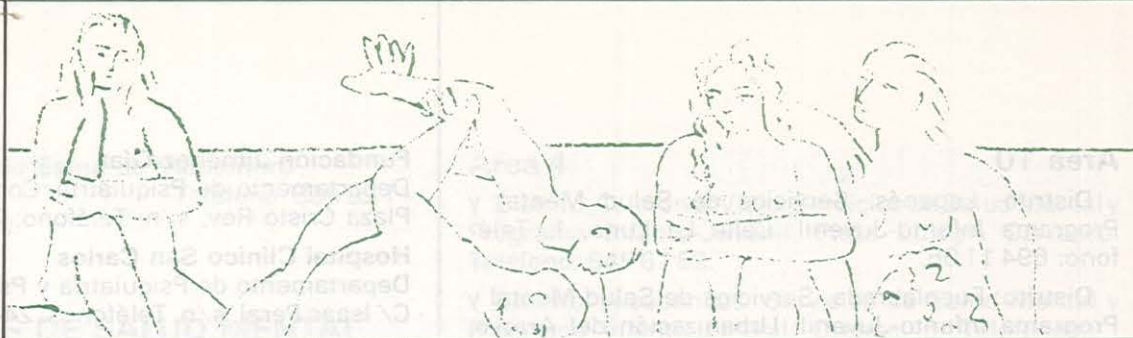
Hospital Central de la Cruz Roja

Servicio de Psiquiatría
Avenida Reina Victoria, 24. Teléfono: 233 39 00.

VI. HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA

Hospital Psiquiátrico "Sta. Teresa". Leganés
Calle Polvoranca, s/n. Leganés. Teléfono: 693 14 54.

Hospital Psiquiátrico de Madrid
Ctra. Colmenar, Km. 13,800. Teléfono: 734 61 00.



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

MARIA LUZ RUBI CID (*)

Una entrevista psicológica consiste en la conversación entre dos personas que tiene un objetivo concreto: El proporcionar ayuda a una de las dos, recibir o dar información, resolver un problema en el que directa o indirectamente quedan implicados los individuos presentes. La entrevista, así considerada, tendría tres aspectos principales:

- 1) La elaboración de una relación de encuentro mutua, suponiendo la implicación recíproca de dos o más personas. Esta situación de *encuentro* y de *implicación* es innegable en las entrevistas de I.V.E.
- 2) La exploración del sentido de la situación-problema que la origina. No se trata sólo de considerar los *hechos*, sino de valorar su *sentido*, ya que este es determinante para la ulterior toma de decisión.
- 3) La preparación y toma de una decisión.

Son numerosos los contenidos emocionales (estructurales o no) presentes en una entrevista de I.V.E. La culpabilidad está siempre presente. La palabra "niño"

no se pronuncia, solamente el neutro es utilizado: "Yo no puedo tenerlo", "¿Se ve en el momento de la aspiración?" ¿Cómo es este método?", a diferencia de la palabra *embarazo* que suele aparecer repetidamente a lo largo de la entrevista, como si la ausencia de una modificación corporal permitiera a estas mujeres enfrentarse mejor contra una realidad que es insostenible.

La idea de "falta" (pecado, culpa) está casi siempre presente en el discurso de la mujer: "sé que está mal lo que voy a hacer". Aparece así con mucha frecuencia la contradicción entre el deseo de tener el niño/a y las exigencias de la realidad. Como ya hemos anticipado en la primera parte de este trabajo, la *culpabilidad* es una variable crucial a la hora de determinar los factores de riesgo psicológico tras la I.V.E. así como para la repetición de tales demandas.

Una cuestión crucial es si una sola entrevista permite intervenir en una situación problema en la que inciden tantos determinantes. ¿Por qué tanta urgencia? ¿Se trata sólo de la *utilidad social inmediata*, o además debe cubrir una finalidad cara al individuo?

La entrevista obligatoria permite mantener el estatus de *acto grave* conferido a la

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

I.V.E., y supone a la vez la explicitación del control social. Un control que posiblemente estaría destinado a configurar una nueva imagen de la maternidad, en la que se valoran más los nacimientos deseados y controlados por los progenitores, y a reducir el costo social que suponen las situaciones familiares en crisis o marginales.

A través de ella se trataría, pues, de instaurar las bases de una nueva moral fundada en la responsabilidad y la utilidad. La sexualidad y la reproducción no serían tabúes *per natura*, sino que estarían debidamente reglamentadas, apelando a procedimientos de gestión, tanto individual como social.

¿Qué importancia tiene en todo esto la individualidad de la persona que tenemos enfrente durante la entrevista? ¿Se trata de un *lugar de control* o de un *posicionamiento en libertad*? La entrevista de I.V.E. debería ser todo eso a la vez: Un punto de partida para una relación de poder en sí, pero que considera e incluye la ambivalencia como factor decisivo, motor vital, en torno al cuestionamiento acerca de la significación del aborto que toda entrevista contiene. Podemos afirmar con datos de nuestra propia experiencia, que se constatan igualmente en los trabajos revisados, que casi ninguna mujer entrevistada ha podido o querido escapar a este sentido de *llamada*, de signo de algo, que constituye la I.V.E. Cualesquiera que sean sus actitudes (agresividad, justificación, explicaciones, etc.), o los motivos que exponga concernientes a la decisión de interrupción del embarazo (socio-económicos, conflictos emocionales, fracaso del método anticonceptivo, rechazo del hijo), estas mujeres "no comprenden lo que les ha pasado", "algo se les escapaba", algo en definitiva queda abierto. ¿Qué sentido dar, pues, a este embarazo que no se desea continuar? ¿De qué *complejidad* se hace eco? Este es, en nuestra opinión, el objetivo fundamental de la entrevista del I.V.E.: El acompañamiento profesional de una reflexión argumentada, basada sobre un espacio distinto que el fracaso y la culpabilidad, donde la mujer aceptaría el riesgo, puesto que ella se otorgaría a sí misma el derecho a hablar y a enfrentarse a su propia ambivalencia, a su deseo y a su realidad como mujer.

La I.V.E. plantea un cierto número de interrogantes que la relación de consejo no debe esquivar. Pone en juego zonas fundamentales de la estructura de la personalidad, particularmente las que se refieren a la maternidad, relación de la pareja y la sexualidad. Esta situación permite poner en evidencia algo que la sociedad tecnologizada pretende ocultar: que la transmisión de la vida escapa completamente o particularmente a aquellos que la transmiten. Un embarazo no tiene por que ir acompañado necesariamente del deseo de maternidad, y muchas veces no es sino la expresión del deseo de verificación de una fertilidad potencial o la expresión de

una verificación de una fertilidad todavía posible en la mujer. Puede ser también la expresión de un deseo dirigido hacia el compañero o de un desinvertimiento, de un duelo de la relación.

Ya hemos señalado antes que con frecuencia se intenta hacer de la contracepción la panacea que permitiera evitar el aborto. La eficacia de la contracepción depende de su eficacia real, su inocuidad (pensemos en las campañas pro o anti-píldora, en las contradicciones que aparecen entre los trabajos científicos), pero pocos trabajos serios se han realizado sobre la aceptación psicológica de los anticonceptivos. Con frecuencia se afirma que una contracepción "bien planificada" evitaría todo recurso al aborto: La mujer no tendría más que tomar su *píldora*. Sin embargo se olvida que las resistencias psicológicas pueden a veces obstaculizar un comportamiento contraceptivo adecuado; se olvida que la prescripción de la contracepción se juega en una escena donde están presentes muchos actores: el médico, la mujer, el compañero (a menudo ausente) y el niño que como el *bridge* juega el papel del *muerto*.

En la I.V.E. entran también en juego factores *sociales* que van a determinar de una manera histórica y precisa en la cultura, el estatus del niño y de la imagen que de él se hace. Es en este punto donde más claramente aparece la influencia del desarrollo económico y social (desempleo, dificultades económicas, vivienda, presión familiar, cultural, etc.). El poder hablar de todas estas dificultades, y el descifrarlas, puede hacer que funcione la relación de ayuda psicológica que pretende instaurar la entrevista. Toda toma de conciencia es eficaz siempre que surja del propio sujeto entrevistado, y no como consecuencia de la presión sugestiva exterior.

¿Cuál es la principal ayuda que solicita la mujer que acude a una entrevista? A menudo nos pide que *sea entendida* su angustia, una angustia que no se ciñe a las definiciones simplistas que pueden darse. La I.V.E. se inscribe en la existencia de la mujer como una expresión más de su soledad como persona. El papel fundamental que la mujer pide del psicólogo/a es que sea una presencia que acompañe, que reconozca al otro como persona independiente, que pueda escuchar sin querer a toda costa tratar de comprender, de interpretar, o lo que es más frecuente, de juzgar. La entrevista debería convertirse en el lugar donde podría reconocerse la complejidad, la ambivalencia y la contradicción (fundamento y motores de toda existencia).

5. LA PREDICCIÓN DEL RIESGO PSICOLÓGICO ANTE LA I.V.E.

Ya hemos ido introduciendo desde diversas perspectivas los principales factores de riesgo psicológico ante, en y posteriores a la I.V.E. En lo que sigue nos

centraremos en la viabilidad de utilizar métodos específicos para predecirlos.

Lask, en el estudio ya citado (1975) extrajo los siguientes indicadores de riesgo respecto de posibles secuelas emocionales y/o psicopatológicas del aborto: Ser múltipara, abandono por parte del compañero, venir de un país extranjero, tener de 21 a 30 años, historia anterior de trastorno psiquiátrico, trastorno psiquiátrico actual, la ambivalencia —intensa o moderada— hacia la I.V.E. Lask orienta el mayor valor predictivo hacia los efectos negativos del aborto en la influencia de las actitudes que muestren hacia la I.V.E. las personas que están en el entorno inmediato de la mujer. Lask elaboró la primera escala para predecir el riesgo psicológico del aborto.

Un estudio ya clásico sobre los factores predictivos de la respuesta emocional ante el aborto es el de Belsey (1977), quien hizo un seguimiento con 360 mujeres inglesas, realizando entrevistas y aplicando un cuestionario antes de la realización del aborto legal durante el primer trimestre del embarazo, así como 3 meses después del mismo. Sus datos muestran claramente como sólo un pequeño número de mujeres muestran signos característicos de trastorno emocional después del aborto, y que en ellas era mucho más probable la presencia de signos previos tales como: Historia psicosocial inestable, vínculos familiares empobrecidos o ausentes, escaso número de amigos, y deficiente adaptación laboral. Belsey sugiere la utilización de estos criterios, junto a otros signos clínicos, para decidir si la mujer necesita de un mero asesoramiento rutinario antes del aborto, o bien de un asesoramiento psicológico en profundidad.

Pariser, Dixon y Thatcher (1978), en los Estados Unidos, han descrito las características de la consulta psiquiátrica adecuada a la demanda de aborto, describiendo como los mayores riesgos se presentan en las adolescentes célibes o abandonadas que se encuentran con la oposición de la madre o de sus ideas religiosas, y/o ambivalentes respecto de su deseo de maternidad.

Desde el estudio de Carlson y La Barba (1979) queda suficientemente claro que la *Ansiedad* es la principal condición psicológica que influye de manera determinante en los diversos trastornos que afectan al embarazo, aborto, y problemas peri y post-natales. No es menos cierto que en dicho estudio queda igualmente claro la dificultad para utilizar la ansiedad como predictor diferencial de la incidencia de unas u otras complicaciones específicas. Es probable que nuevas investigaciones permitan aclarar este aspecto, bien a través de la distinción entre *nivel* de la ansiedad y su *contenido cualitativo*.

Entre los métodos utilizados con frecuencia para valorar el riesgo psicológico está el MMPI. Este cuestionario ha sido utilizado también para describir las carac-

terísticas psicológicas de las mujeres que demandan repetidamente la I.V.E. (Lang et. al., 1980), habiéndose constatado un perfil caracterizado por tendencias psicóticas y psicopáticas en las mujeres más jóvenes (adolescentes y jóvenes), pero no en las de más edad.

Gibb (1984) ha estudiado la incidencia de ciertas dimensiones de personalidad, tales como *Lugar de Control* (Locus of Control) e *Impulsividad* en aquellas mujeres que realizan demandas repetidas de aborto y en las que utilizan adecuadamente los métodos anticonceptivos. Aunque sus resultados necesitan de replicación ulterior, si aparece consistente que tales dimensiones pudieran jugar un importante papel discriminativo para identificar a aquellas mujeres que presentan más riesgo de solicitar en el futuro nuevos abortos.

Reuniendo estas sugerencias, y las derivadas de nuestra experiencia y de la revisión de algunos de los trabajos de investigación más relevantes, hemos preparado un breve cuestionario (véase el cuadro 1) para la recogida de la información relativa a las principales variables de riesgo, destinado a facilitar su exploración, y siempre entendido como pauta orientativa para que el profesional (psicólogo o no) que realiza la entrevista a la mujer, estructure sus datos e impresiones, pudiendo facilitarse así estudios ulteriores. Queda claro que no se trata de un *cuestionario* para ser cumplimentado por la mujer, ya que se trataría entonces de una tarea *lesiva*, que desnaturalizaría totalmente el sentido preventivo de la exploración, y el verdadero propósito que debe tener la entrevista previa a la I.V.E., según hemos expuesto anteriormente. Puede ser por el contrario una pauta para que los numerosos profesionales que inciden actualmente en este campo ordenen sus datos y ello permita que en España se pueda empezar a disponer de información útil sobre las principales variables consideradas.

Queda para otro trabajo el considerar y analizar la abundante casuística existente en España, una vez sometidos a análisis la infinidad de datos dispersos que hasta el presente constituyen la experiencia de los numerosos profesionales que atienden *a priori* o *a posteriori* las situaciones de I.V.E.

Un último aspecto que queremos destacar, dentro de esta estimación del riesgo psicológico ante la I.V.E., es el efecto que la I.V.E. y su contexto tienen sobre el equipo de profesionales que trabajan en el asesoramiento, seguimiento o intervención con las mujeres que lo demandan y realizan. Such-Baer (1974) realizó un trabajo pionero al respecto y muy interesante por algunas de las relaciones observadas. Sus datos muestran como los profesionales que trabajan en los distintos niveles de intervención con la I.V.E. (Médicos, Psicólogos, Asistentes Sociales, ATS, Auxiliares, etc.) cambian sus actitudes ante el aborto, las orientaciones que dan sobre el

Guía para la recogida de datos en las demandas de I.V.E.

Edad: años. Número historia:
 Ocupación:
 Ingresos mensuales netos:
 Nivel de estudios más alto alcanzado:
 Estado civil actual (Subrayesen los items adecuados):
 Casada/No casada en pareja estable/Viuda/Divorciada/
 Separada legal/Separada de hecho/Soltera sin pareja estable.
 Tiene hijos: Si/No. Número, Edad y sexos:
 Dependencia familiar:
 Le costean sus gastos los padres/Le costean sus gastos su pareja/Se costea sus gastos.
 Residencia:
 Vive con los padres/Vive con su pareja/Vive sola con sus hijos/Vive con amigas/Vive sola.
 Clase de vivienda (describala):

 ¿Recibió formación religiosa?: Si/No. ¿Cual?
 ¿En colegio religioso?
 ¿Hasta que edad fue creyente? años.
 Motivos expresados:
 Económicos:
 Laborales:
 Terminación de estudios:
 Temores hacia la actitud de su familia ante su embarazo:

 Ausencia de compañero estable:
 Situación problemática en la relación de pareja:

 Otras situaciones de pareja:
 Condiciones personales: Drogodependencia:
 Enfermedades o taras hereditarias:
 Trastornos psicológicos:
 Violación:
 Miedo a un primer embarazo/parto:
 Miedo a un nuevo embarazo/parto:
 Método anticonceptivo utilizado:
 Desde hace: meses/años. Incidencias anteriores:

 Causas expresadas:
 Fallo del método anticonceptivo:
 Mal uso del mismo:
 Falta de información, Ignorancia:
 Historia ginecológica:
 Embarazos: Número, Edad de la mujer, Incidencias

 Partos:
 Vivencias expresadas:

 Abortos espontáneos: Número, Edad, Descripción (Motivos, causas, vivencias)

 IVE anteriores: (Id.)

 Otros datos relevantes:
 ¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico? (Motivo, duración, resultados)

 Cuestionarios y/o escalas anexos:

mismo, y desarrollan reacciones de estrés psicológico peculiares, en función tanto de las características del contexto y métodos con los que trabajan, como de variables personales, entre ellas las motivaciones en base a las que acceden a dicho trabajo. La prevención y promoción de la salud ha de considerarse también cara a tales profesionales, sobre los que *todavía* se ejerce una fuerte presión, tanto desde lo social como desde lo ideológico-moral subjetivo. La adecuada formación, entrenamiento y asesoramiento, puede paliar —si no reducir completamente— el estrés psicológico y la tendencia a la distorsión e ideologización que con frecuencia se puede observar en ellos.

Finalmente, y a modo de conclusión, señalar nuestra convicción de que la Intervención Psicológica que puede efectuarse ante las demandas de I.V.E. supone una aproximación que cambia cualitativamente

te las condiciones en las que tal *acto* (individual y social) se realiza, permitiendo que en oposición a una perspectiva social que *castiga* (directa o indirectamente) a la mujer por asumir una decisión sobre su ser persona, se construya un espacio en el que pueda optar a una elección en la que afirme su condición de ser humano en contradicción y cambio, con derecho a ser acompañada en el recorrido que ella, tras reconsiderarlo, desee efectuar.

Notas:

- (1) O.M.S. "Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud". O.M.S. Ginebra. 1975.
- (2) La *Culpabilidad referida a la sexualidad* fue medida en este estudio mediante una subescala del *Mosher Forced-Choice Guilt Inventory and Sexual Knowledge Survey*.

Referencias bibliográficas

- Allgeier, A.R.; Allgeier, E.R. y Rywick, T. (1982). "Response to requests for abortion: The influence of guilt and knowledge". *Journal of Applied Social Psychology*, 12, (4), 281-291.
- Aussilloux, M.T., Mattauer, B. y Peyrot, D. (1982). "Approche psychologique de l'interruption volontaire de grossesse". *Annales Medico-Psychologiques*, 140, (8), 896-923.
- Belsey, E.M. (1977). "Predictive factors in emotional response to abortion: King's termination study: IV". *Social Science and Medicine*, 11 (2), 71-82.
- Carlson, D.B. y Labarba, R.C. (1979). "Maternal emotionality during pregnancy and reproductive outcome: A review of the literature". *International Journal of Behavioral Development*, 2 (4) 343-376.
- Castiglioni, R. y Flores, A. (1983). "Condizioni di interesse psichiatrico quale indicazione all'interruzione volontaria della gravidanza - Aspetti medico-legali". *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali*, 107 (5), 1097-1118.
- Charvet, F. (Dir.). (1980). "Desir d'enfant. Refus d'enfant". París. Stock Pernoud.
- Dolto, F. (1984). "Sexualidad femenina. Libido, erotismo, frigidez". Barcelona, Paidós.
- Gerrard, M. (1977). "Sex Guilt in Abortion Patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (4), 708.
- Gibb, G.D. (1984). "A comparative study of recidivist and contraceptors along the dimensions of Locus of Control and Impulsivity". *International Journal of Psychology*, 19 (6), 581-591.
- Gordon, R.H. (1978). "Efficacy of a group crisis-counseling program for men who accompany women seeking abortions". *American Journal of Community Psychology*, 6 (3), 239-246.
- Greve, W. y Schroder, S. (1977). "Consultation: When abortion is demanded". *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 27 (2), 58-63. (Original en lengua alemana).
- Hall, F. (1980). "L'écoute des femmes dans les entretiens pre-IVG". *Contraception*, 8, (12), 959-961.
- Kaminsky, B.A. y Sheckter, L.A. (1979). "Abortion counseling in a general hospital". *Health and Social Work*, 4 (2), 92-103.
- Kay, R.C. (1985). "Psychological preparation for a potentially stressful medical procedure". *Dissertation Abstracts International*, 46 (1 B), 304-5. (Resumen de su tesis doctoral).
- Kleinman, R.L. (Ed.) (1981). "Manual de Planificación Familiar para Médicos". Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- Lang, F., Berger, M., Pellet, J., Debout, M y Marcon, M. (1980). "A propos de la personnalité des femmes ayant recours a des interruptions volontaires de grossesse repetées". *Annales Medico-Psychologiques*, 138 (8), 992-1002.
- Lask, B. (1975). "Short-Term Psychiatric Sequelae to therapeutic Termination of Pregnancy". *British Journal of Psychiatry*, 126, 173-177.
- Leppert, P.C. y Pahlka, B.S. (1984). "Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach". *Obstet. Gynecol.*, 64 (1), 119-122.
- Maruani, G., Henry, G., Atlan, P. y Lefrere, D. (1978). "Le psychiatre en centre de planification familiale". *Ann. Med. Psychol. (Paris)* 136, (6-8), 879-891.
- Mattauer, B., Peyrot, D. y Aussilloux, M.T. (1984). "Etude sur les demandes repetées d'une interruption volontaire de grossesse". *Annales Medico-Psychologiques*, 142, (1), 151-163.
- Menne, K. y Moersch, E. (1980). "Psychoanalytic experiences, gained from the supervision of abortion counseling". *Psyche: Zeitschrift fur Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 34, (2) 121-151.
- Mester, R. (1976). "Requests for abortions: A psychiatrist's view". *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 14 (3), 294-299.
- Mester, R. (1978). "Induced abortion and psychotherapy". *Psychotherapy and Psychosom*, 30 (2), 98-104.
- Mon Saigneon, A., Risse, R. y Mutricy, B.P.J. (1979). "Trois mille entretiens avant interruption volontaire de grossesse". *Bulletin Acad. National de Medicine*, 163, (7), 674-679.
- Moore, M.R. (1979). "Effects of a film model on the psychological and physical stress of abortion". *Dissertation Abstracts International*, 40 (1 B) 459. (Resumen de su tesis doctoral).
- Moseley, D.T.; Follingstad, D.R.; Harley, H. y Heckel, R.V. (1981). "Psychological factors that predict reaction to abortion". *Journal of Clinical Psychology*, 37, (2), 276-279.

Pariser, S.F., Dixon, K.N. y Thatcher, K.M. (1978). "The psychiatric abortion consultation". *Journal of Reprod. Med.*, 21 (3), 171-176.

Payne, E.C.; Kravitz, A.R.; Notman, M.T. y Anderson, J.V. (1976). "Outcome following therapeutic Abortion". *Archives of General Psychiatry*, 33 (6), 725-733.

Rubi Cid, M.L. (1982). "Adolescencia y contracepción". Actas del I Congreso Nacional de Planificación Familiar. Gijón, Noviembre 1982.

Rubi Cid, M.L. (1986). "Salud Mental. Repetición de un conflicto, superación de un conflicto", en la monografía *Mujer y Salud Mental*. Madrid, Instituto de la Mujer.

Sánchez, L.E. et. al. (1982). "El Aborto. Un tema para debate". Madrid. Editorial Ayuso. Fundación de Investigaciones Marxistas.

Saudubray, Ch. (1985). "Conseil conjugal et entretien d'IVG: Utilité individuelle, utilité sociale?". Trabajo no publicado.

Shaw, P.C.; Funderburk, C. y Franklin, B.J. (1979). "An investigation of the abortion decision process". *Psychology: A Quarterly Journal of Human Behavior*, 16 (2), 11-19.

Soule, M. (Dir.). (1984). "Mere mortifere. Mere meurtriere. Mere mortifiée". París. Les Editions ESF.

Such-Baer, M. (1974). "Professional Staff Reaction to Abortion Work". *Social Casework*, 55 (7), 435-441.

Watters, W.W. (1980). "Mental health consequences of abortion and refused abortion". *Canadian Journal of Psychiatry*, 25 (1), 68-73.



BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

novedad

Colección BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

TERAPEUTICA DEL HOMBRE El Proceso Radical del Cambio

Por Juan Rof Carballo y Javier del Amo

188 Páginas

P.V.P. con IVA: 1.200 Ptas.

Estos dos prestigiosos autores han aunado su esfuerzo para explicarnos una *nueva terapia* experimentada por ellos en estos últimos años: "El Proceso Radical del Cambio".

El Proceso Radical del Cambio, precisa, ante todo, de un fortísimo, poderoso cambio de mentalidad en el terapeuta, adentrándose en caminos nuevos donde es necesario un nuevo rigor.

Se trata de crear una *relación terapéutica* donde el Hombre abra sus respiraderos, amplíe la mente, desarrolle su afectividad, potencie sus mecanismos perceptivos, aligere sus engranajes sensorios.

Se propone un método que, siendo sencillo, es también laborioso, que siendo arduo, implique transparencia; que siendo misterioso, participe de la objetividad de la ciencia.

Últimas publicaciones

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



Las actuaciones que ha venido desarrollando la Administración Socialista en relación al psicólogo como profesional y a la Psicología como ciencia en su relación con la salud nos obligan, por fuerza, a volver a preguntarnos sobre la utilidad o inutilidad social de la Psicología, sobre el lugar del psicólogo como profesional y sobre el mismo modelo de prestación de cuidados de salud que se está poniendo en marcha. ¿Podremos seguir defendiendo la Psicología como un servicio público a disposición de toda la población o la implantación profesional del psicólogo en los servicios públicos de salud?

EL PSICOLOGO, ¿PROFESIONAL DE LUJO EN LA SALUD?

PSICOLOGOS AÑO 2000 (*)

¿TIENE que ver el comportamiento humano, individual o colectivo, con el nivel de salud de que disfruta una colectividad? ¿Tienen derecho los ciudadanos a un tratamiento integral en el terreno de la salud? ¿Garantiza el nuevo modelo de cuidados de salud la atención *integral* del hombre en relación con su estado de salud (resultado de la interacción de factores bio-psico-sociales) e *integrado*, que contemple los niveles de promoción, asistencia y rehabilitación para toda la población?. Para ayudar a situarnos ante cuestiones de este tipo, aparte de las propias respuestas profesionales y científicas de la Psicología, podemos remitirnos a documentos como son la recién aprobada Ley General de Sanidad o el documento del propio Ministerio de Sanidad sobre "Reforma de la Atención a la Psiquiatría y la Salud Mental", la aplicación del Plan Nacional sobre Toxicomanías o la respuesta de la Administración en el tema del IVA, o la consideración del psicólogo en las recientes plazas convocadas por el INSALUD, etc. Otro hecho relevante para comprender lo que está sucediendo con nuestra profesión, por ejemplo, es la no aprobación de los Estatutos del Colegio, lo que significa directamente que la

profesión de psicólogo no es reconocida por la Administración.

Pero vayamos por partes repasando algunas de las claves que, a nuestro entender, deben permitir situarnos como profesionales en el marco del desarrollo de unos servicios de salud más acordes con las necesidades de la población.

1. **Política de Salud versus Política de Servicios Sanitarios Médico-asistenciales**
LA progresiva acumulación en nuestra cultura de factores que se han demostrado negativos para la salud como el deterioro medioambiental, el desequilibrio ecológico, el paro, la vida sedentaria, la modificación profunda de las relaciones personales o de los mecanismos de socialización, la acción multiplicativa de diferentes agentes o "stressores sociales", etc., han hecho posible el que se rompa la idea de la relación lineal y autónoma entre desarrollo y salud, imponiéndose la consi-

(*) Máximo Alaez, Amado Benito, Rafael Díaz y Francisco Gómez, que perfilaron la última redacción de este artículo, forman parte del colectivo "Psicólogos año 2000".

deración del fenómeno salud-enfermedad como un hecho social y la necesidad de utilizar modelos multicausales en su explicación y abordaje. Se han producido cambios profundos en el modo de enfermar como demuestra ampliamente la epidemiología. Ante el aumento de los trastornos con origen en el deterioro del ecosistema humano (en sentido amplio), el modelo biológico individualista de abordaje se ha visto incapaz (a pesar del alto desarrollo tecnológico) de resolver los problemas de una patología cada vez más claramente asociada a las opciones del desarrollo económico y social, y del propio comportamiento humano. La patología de las sociedades desarrolladas, por oposición a las antiguas epidemias se rige por el aumento de tipos de trastornos más insidiosos, de surgimiento y curso lento, con tendencia a la cronificación; y en ellos a los factores del comportamiento individual se les reconoce mayor importancia tanto en su prevención como rehabilitación.

Ante ello, las estructuras sanitarias existentes son incapaces de dar una respuesta, porque están organizadas según un modelo biologicista individual, se basan en la separación entre asistencia y prevención, y tienen su soporte en la fragmentación del hombre (por categorías, por tipos de enfermedades, por formas de asistencia, etc.).

Según datos que maneja la propia administración sanitaria, entre el 30 y el 45% de quienes consultan al médico general presentan síntomas considerados como indicadores de patología psíquica en general; el consumo de medicamentos está a la cabeza del consumo nacional; una mayoría de parados presenta diferentes tipos de "problemas de conducta"; las toxicomanías se han convertido en un importante problema de salud; cada vez hay un mayor número, de difícil cuantificación por su propia naturaleza, de "crónicos sociales" con escasas posibilidades de recuperación para una vida sana y autónoma de las instituciones socio-sanitarias... y se podría seguir enumerando.

Ante un sistema de prestación de cuidados de salud unánimemente considerado como caótico e incapaz de responder a las necesidades de la población, uno de cuyos rasgos más definitorios es la discriminación hacia los sectores no directamente productivos no cubriendo sus necesidades básicas de atención sanitaria (niños, viejos, crónicos, "enfermos mentales", parados, etc.), se esperaban importantes reformas tanto de tipo normativo-legal como organizativo y gestor que significasen una nueva política de salud y que afrontase prioritariamente los reales problemas de salud de toda la población, haciendo realidad el artículo 43 de la Constitución que consigna la protección de la salud como uno de los derechos ciudadanos.

Pasado el tiempo, no nos queda más remedio que volver a plantearnos cuestiones como:

— ¿Por qué la Seguridad Social sigue sin dar atención a los denominados enfermos mentales?

- ¿Por qué los sectores de población no directamente productivos, como niños y ancianos, siguen sin tener los servicios sanitarios que requieren (exámenes de salud, educación para la salud, rehabilitación, etc.)?
- ¿Por qué los servicios sanitarios relacionados con la vida sexual y reproducción como la planificación familiar, salud materno-infantil, etc., están tan poco desarrollados?
- ¿Por qué la única ciencia de la salud sigue siendo la medicina?
- ¿Por qué se siguen identificando prevención y educación sanitaria con campañas de anuncios en la T.V.?
- ¿Por qué se sigue obstaculizando la participación de la comunidad en el cuidado de su propia salud?
- ¿Por qué siguen existiendo ciudadanos de primera (con derecho a Seguridad Social) y de segunda (la Beneficencia de toda la vida o "medicina de los pobres" aunque se le cambie el nombre y mejoren las prestaciones)?

Seguramente para poder responder a estas preguntas existe una misma clave, que es de tipo político: hablar de desarrollar un nuevo modelo sanitario exige remitirnos a hablar de *presupuestos* (su financiación) y cuando el objetivo es el recorte de presupuestos (vendido como "racionalización") es difícil hacer algo más que cambios testimoniales. Los datos demuestran que en los servicios de salud el control del gasto público se ha colocado como prioridad frente al desarrollo de una política de salud progresista que asegure a todos los ciudadanos el acceso a niveles básicos de salud, tal como estableció la conferencia de la O.M.S. sobre Atención Primaria, y tal como se había prometido.

2. La Ley General de Sanidad

EL auténtico baile de borradores que sufrió la L.G.S. hasta ser aprobada ha significado un progresivo aumento de las concesiones al poder corporativo de los médicos y de la industria farmacéutica y un progresivo deterioro y final aniquilación del modelo inicialmente propuesto; esto es: la creación del Servicio Nacional de Salud con las características de ser un servicio *único, universal y gratuito en el momento del uso, financiado por los presupuestos generales del Estado, participativo y descentralizado*.

Recogiendo algunos análisis críticos generales en los que coinciden diversos colectivos profesionales que esperaban un cambio en la filosofía sanitaria (con la creación del S.N.S.), y han visto frustradas sus esperanzas con la LGS aprobada, se puede asegurar que:

1. El concepto de Área Sanitaria y Equipo de Salud, unidades básicas en la planificación del sistema de salud, no va a ser posible al establecerse la libre elección de médico. La atención a la salud va a seguir, así, centrada en el médico individual, haciendo imposibles las labores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y perpetuando, por

"¿Garantiza el nuevo modelo de cuidados de salud la atención integral del hombre en relación con su estado (resultado de la interacción de factores bio-psicosociales) e integrado, que contemple los niveles de promoción, asistencia y rehabilitación para toda la población?"

"La progresiva acumulación en nuestra cultura de factores que se han demostrado negativos para la salud como el deterioro medio-ambiental, el desequilibrio ecológico, el paro, la vida sedentaria, la modificación profunda de las relaciones personales o de los mecanismos de socialización, etc. han roto la idea de una relación lineal y autónoma entre desarrollo y salud"



tanto, la filosofía meramente asistencial del actual dispositivo sanitario. La Atención Primaria se basa necesariamente en un trabajo en equipo, integrando diferentes perspectivas en la actuación sanitaria.

2. El sistema sanitario no va a ser único, ni gratuito en el momento del uso. La ley reconoce la libertad de empresa en el terreno sanitario y la posibilidad de cobrar tasas por determinadas prestaciones. Por otro lado, se corre el riesgo de que se sigan desarrollando programas y servicios monográficos al margen del sistema general, como está ocurriendo en algunas zonas con la aplicación del Plan Nacional de Toxicomanías, o como ocurrió en su momento con los servicios de atención a los afectados por el aceite de colza, de cuyos coletazos y despidos posteriores de los profesionales contratados saben bien algunos psicólogos que aún hoy siguen viviendo esta situación.

3. Los aspectos comunitarios, ambientales, laborales, de atención primaria, educación sanitaria y creación de mecanismos de participación reales han quedado en un segundo plano frente a la actuación clínica, individual y curativa.

4. Para los psicólogos puede presentar especial interés el que la LGS prevea la integración de la atención a la "salud mental" en sistema sanitario general, pero no la garantice al no establecerse los mecanismos de financiación, plazos, etc. Si nos fijamos en el Capítulo Tercero de la Ley, o "De La Salud Mental" vemos que la aplicación de este apartado se realizará "a medida que los recursos económicos disponibles lo permitan" (?), lo cual es más o menos como decir que cuando alcancemos la sociedad del Bienestar. Quizás cabría pensar que ello pudiera tener algo que ver con el movimiento iniciado en USA por Reagan consistente en recortar fondos para los denominados "Asuntos Sociales", y el consiguiente recorte presupuestario que han sufrido los programas comunitarios desarrollados por el National Institute for Mental Health (NIMH), acompañado del consiguiente avance de los servicios privados.

Dentro de este mismo Capítulo Tercero, y en otro orden de cosas, interesa tomar en cuenta que cuando se habla de los "Servicios de Salud Mental" estos se equiparan a "Servicios de Atención Psiquiátrica" y que a nivel hospitalario, como ejemplo, se plantea el desarrollo de las unidades de psiquiatría en hospitales generales, pero nada se dice de unidades de psicología a nivel hospitalario, con todo lo que ello puede significar para la formación, docencia y situación de trabajo de los psicólogos en los hospitales generales.

5. La LGS deja planteado, finalmente, el problema de la articulación o unificación de las diferentes redes sanitarias existentes en los servicios Regionales de Salud (que van a ser los próximos responsables de la planificación y gestión) ya que el INSALUD no se transfiere a aquellas Comunidades Autónomas cuyos estatutos no les dan plenas competencias en materia de Sanidad. Ello puede llevar, por una parte, a un

desarrollo descoordinado de servicios con duplicidades y áreas sin cubrir (como ya está ocurriendo, por ejemplo, en la planificación del INSALUD y el Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid) y, por otro, a la creación de importantes desigualdades territoriales en las prestaciones sanitarias.

En el campo de la Psicología, el proceso de cambio de gestión puede dar lugar a que, al no coincidir los modelos de servicios de salud que poseen en la actualidad distintas administraciones (sobre todo Ayuntamientos) con los que señala la LGS y están diseñando los Servicios Regionales de Salud, muchos compañeros, al contar con un status profesional y un perfil poco claro en su puesto de trabajo y no ser, en la mayoría de los casos, personal fijo de las administraciones, pueden perder su lugar de trabajo debiendo reciclarse o buscar otro lugar bajo el sol (ello afecta a psicólogos que están trabajando en Servicios de Planificación Familiar, Salud Escolar, Toxicomanías, Infancia y Juventud y Marginación, etc.).

3. Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma de la Psiquiatría y de la Salud Mental

BUSCANDO alguna mayor concreción o alguna nueva luz sobre el futuro del psicólogo como profesional en el campo de la salud, acudimos a un nuevo documento elaborado por una comisión nombrada por el Ministerio de Sanidad, cuyo contenido realmente no va a permitir aclarar mucho más el campo, aunque sí intuir algunas cosas. Por una parte nos encontramos con que, si bien partiendo de principios generales filosóficos y de planificación esperanzadores, como son la superación del Hospital Psiquiátrico como eje asistencial en la "Salud Mental", la articulación de la atención a la "Salud Mental" en el nivel primario de atención, o la referencia a una LGS que contemple la inclusión de la atención a la "Salud Mental" en el dispositivo sanitario general (Principio III del Documento, "... en la perspectiva de un Servicio Nacional de Salud..."), estos mismos principios van a ser su mayor falacia puesto que, como hemos visto anteriormente, no se crea un S.N.S. ni, por otro lado, tampoco el documento fija los mecanismos de financiación, formas de aplicación, plazos, etc. de la reforma. Ello hace que, en lugar de un documento que sirva para articular la necesaria reforma de la atención a la "Salud Mental" se convierta en un conjunto de buenos deseos para la reforma.

Por otro lado, nos queda en el aire una duda: ¿Qué tienen que ver los profesionales de la psicología en el nuevo modelo de atención a la "Salud Mental" que se propone?. El documento hace, básicamente, referencia a la reforma de la

Por otro lado, nos queda en el aire una duda: ¿Qué tienen que ver los profesionales de la psicología en el nuevo modelo de atención a la "Salud Mental" que se propone?. El documento hace, básicamente, referencia a la reforma de la

"Ante el aumento de los trastornos con origen en el deterioro del ecosistema humano, el modelo biológico individualista de abordaje se ha visto incapaz (a pesar del alto desarrollo tecnológico) de resolver los problemas de una patología cada vez más claramente asociada a las opciones del desarrollo económico y social y del propio comportamiento humano"

"Hablar de desarrollar un nuevo modelo sanitario exige remitirnos a hablar de presupuestos (su financiación) y cuando el objetivo es el recorte de presupuestos es difícil hacer algo más que cambios testimoniales: en los servicios de salud el control del gasto público se ha colocado como prioridad frente al desarrollo de una política de salud progresista"

psiquiatría realmente existente, pero, haciendo un ejercicio de auténtica licencia literaria, utiliza como sinónimos o equivalentes conceptos como "psiquiatría/y salud mental", o "reforma psiquiátrica/reforma de la salud mental", "atención en salud mental/atención psiquiátrica", "Enfermedad psíquica/enfermedad psiquiátrica", "trastornos psiquiátricos/trastornos psicoemocionales", "acciones en salud mental/acciones psiquiátricas", etc. Y el profesional psicólogo aparece de refilón en el documento —como un "por ejemplo los psicólogos"—, en función de que el estudio de las necesidades de la zona demuestre que es necesario en el equipo (?), o en base a una parte de los recursos presupuestarios logrados con la reconversión de médicos psiquiatras y neuropsiquiatras del INSALUD (?). Cabe pensar que, si el psicólogo no es un profesional de lujo en la "atención a la salud mental", desde luego sí aparece como un profesional dudosamente útil o un compañero incómodo. Cabía haber esperado que un documento de estas características definiese entre otros temas cuál es el equipo de atención en la "salud mental", su composición, competencias, etc., lo mismo que cabía haber esperado que utilizase un lenguaje menos ambiguo y obsoleto para referirse a los problemas de salud que son origen de la intervención del psicólogo y/o psiquiatra.

Estas son, entre otras, algunas de las preguntas o interrogantes que tenemos algunos psicólogos ante la falta de avance práctico en el esclarecimiento del rol del psicólogo en los servicios de salud (casi necesariamente ha de ser una valoración de ausencias), sin ningún tipo de afán corporativista y teniendo claro que son interrogantes que la profesión tiene planteados desde el momento en que se asume el desarrollo de la Psicología como un servicio público, no como la situación de un grupo "elegido" de psicólogos que entra de refilón en el sistema sanitario, ni la necesidad de dar trabajo a un colectivo de profesionales que salen de la Universidad, sino como la obligación de dar respuesta a las necesidades de atención psicológica de la población desde los servicios generales de cuidados de la salud. Y este es un objetivo que, entendemos, no se puede lograr cuando la Administración coloca como prioridad la reducción del gasto frente al objetivo de garantizar unos niveles básicos de cuidado y fomento de la salud para toda la población. Aquí es donde como profesionales tenemos que plantearnos el aclarar cuál es la aportación de la Psicología como ciencia aplicada en la mejora del nivel de salud de la población (en qué terrenos, con qué instrumentos,...) teniendo claro a la vez que, hoy por hoy, y a pesar de la existencia de un puñado de "elegidos" trabajando en los servicios de salud, la Psicología es una profesión no reconocida dentro del campo de lo sanitario; y no hacen sino confirmarlo respuestas como la que ha dado la Administración en el tema del IVA, o la no existencia de psicólogos ni criterios en la selección y funciones asignadas a los

psicólogos recientemente contratados por el INSALUD, etc. Por una defensa de la Psicología como servicio público y por un mejor esclarecimiento del lugar del psicólogo como profesional, hubiera sido deseable que los órganos representativos de nuestro Colegio Profesional hubieran sido más sensibles ante acontecimientos sucedidos como puede ser la aprobación de la Ley del Aborto, o de la LGS, o de la Ley de Incompatibilidades, etc., reflexionando, opinando o analizando la repercusión del contenido de estas leyes en la posible intervención del psicólogo en la mejora de la salud de la colectividad. Puede ocurrir, de lo contrario, que no avancemos en el reconocimiento de la profesión, pero seamos utilizados en forma electoralista como, por ejemplo, hace en el diario "El País" de fecha 18-5-86 el Ministro de Sanidad, hablando de hacer menos restrictiva la impresentable Ley del Aborto: "...Y citó —el Ministro— como ejemplo la inclusión del psicólogo en las comisiones de valoración que han de autorizar la práctica del aborto. La intervención del psicólogo permitiría un enfoque más abierto de las indicaciones que se basan en la salud psíquica de la madre" (?). Dos aclaraciones al menos ante un mensaje tan engañoso como puede ser este: en anteriores declaraciones el mismo Ministro —la misma persona— había advertido que nadie pensase que la indicación de riesgo para la salud psíquica de la madre iba a ser un "coladero" en la Ley (y, por los datos de que se dispone, evidentemente no lo ha sido) y, por otro lado, ni en la ley ni en las normas de aplicación que dictó el Ministerio se había nombrado nunca al psicólogo como relacionado con la aplicación de esta ley. El encargado de informar sobre el riesgo para la salud psíquica de la madre ha sido, y es, un médico-psiquiatra.

En resumen de esta visión panorámica sobre el psicólogo y la salud en el momento actual del país, hay que reconocer que la posible contribución de la psicología científica a la mejora de la salud de la población sigue siendo esquivada o hurtada a la población en un momento en que se están estableciendo los modelos y leyes referenciales que, cabe pensar, van a tener una fuerte influencia en el modelo de prestación de cuidados de salud de bastantes años. El psicólogo sigue siendo un interrogante o una referencia nebulosa para la Administración y se siguen apartando/olvidando los aspectos psicológicos y comportamentales de la salud individual y colectiva. Las organizaciones representativas de la profesión deberían retomar un carácter más reivindicativo/esclarecedor y ampliar la demanda sobre el lugar-rol del psicólogo a las distintas instancias administrativas relacionadas con la salud pública, sin caer en viejos tópicos y gremialismos; en la línea que hoy puede defender la Psicología Científica tal como, por ejemplo, hace en forma esclarecedora la Unión Internacional de Psicólogos Científicos en el documento PSICOLOGIA Y SALUD a requerimiento de la división de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

"¿Qué tienen que ver los profesionales de la psicología en el nuevo modelo de atención a la salud mental que se propone en la reforma psiquiátrica? Basta recordar que, haciendo un ejercicio de auténtica licencia literaria, utiliza como sinónimos conceptos como psiquiatría/salud mental, reforma psiquiátrica/reforma de la salud mental, trastornos psiquiátricos/trastornos psicoemocionales, acciones en salud mental/acciones psiquiátricas, etc"

"La posible contribución de la psicología científica a la mejora de la salud de la población sigue siendo esquivada o hurtada a la población en un momento en que se están estableciendo los modelos y leyes referenciales que, cabe pensar, van a tener una fuerte influencia en el modelo de prestación de cuidados de salud de bastantes años"



¿PODEMOS APORTAR ALGO LOS PSICOLOGOS CONDUCTUALES A LA SOLUCION DEL PROBLEMA DEL S.I.D.A. (A.I.D.S.)?

Ramón Bayés (*)

EN 1981, el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta, diagnosticó los primeros casos de una nueva y grave enfermedad a la que se dio el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) —A.I.D.S. en inglés— la cual parecía matar a sus víctimas a través de la destrucción de su sistema inmunitario y la aparición de una amplia variedad de infecciones y procesos malignos de inusitada virulencia.

A partir del momento de su identificación, la incidencia de la enfermedad no ha dejado de aumentar de forma acelerada encontrándose hasta el momento cinco regiones particularmente afectadas: Estados Unidos, Europa Occidental, Haití, Africa Ecuatorial —especialmente Zaire y países limítrofes— y Brasil.

De acuerdo con cifras recientes, dadas a conocer en Atlanta por la Organización Mundial de la Salud a finales de 1985, en Estados Unidos se habían contabilizado ya más de 16.000 casos y en Europa 1.600, siendo los países más afectados, Francia, República Federal Alemana y Reino Unido. En España, el número de afectados por el SIDA hasta diciembre de 1985 era de 83 (Cfr. "El País", 1986a), mientras que en Brasil la contabilidad oficial registraba el pasado noviembre 520 casos (Carrión, 1986). Aproximadamente la mitad de las personas diagnosticadas hasta el momento en Estados Unidos y Europa han muerto. En la actualidad, el éxito terapéutico a largo plazo es raro y el paciente con SIDA suele evolucionar hacia un

empeoramiento inexorable que lo conduce a la muerte en un plazo que no suele ser superior a cuatro años (Laurence, 1986; Witt y Goldberg, 1983).

En Estados Unidos, los gastos de hospital para los primeros 10.000 enfermos del SIDA se han calculado en 1.400 millones de dólares, estimándose que el coste total de este primer grupo alcanzará los 6.000 millones de dólares. Un gran hospital de Nueva York —Bellevue— está dedicando una de cada cuatro camas a enfermos del SIDA, los cuales, normalmente, permanecen hospitalizados durante meses (Cfr. "El País", 1986b). El responsable de la Sanidad de la ciudad de San Francisco calcula que el coste hospitalario de un enfermo de SIDA es de unos 70.000 dólares (Morin, 1984).

Cada vez es más urgente encontrar

(*) Universitat Autònoma de Barcelona.

EXPERIENCIAS

una solución al problema pues los casos diagnosticados representan sólo la punta del iceberg de la población infectada que únicamente en Estados Unidos alcanza ya una cifra comprendida entre uno y dos millones de personas (Laurence, 1986). En Río de Janeiro se calcula que el 5% de la población se encuentra ya afectada por el virus (Carrion, 1986). En otras palabras, además de las personas diagnosticadas de SIDA, existe otro grupo numeroso que presenta un síndrome benigno —que en ocasiones se ha observado que precede al SIDA— al que se denomina para-SIDA —*AIDS-Related Complex (ARC)*, en inglés— caracterizado por fiebre sin causa aparente, sudores nocturnos, pérdida de peso, tos crónica, diarrea, etc., y aun otro, cuantitativamente más importante, portador de la infección, cuyos componentes o bien nunca manifestarán síntomas clínicos o en los que, tras un período de incubación que puede llegar a ser de bastantes años, la enfermedad se manifestará con toda su virulencia.

Las personas contaminadas se reconocen porque presentan en su sangre anticuerpos contra el virus del SIDA, lo cual implica que han entrado en contacto con el mismo en algún momento de su vida (Laurence, 1986). De acuerdo con los criterios de evaluación vigentes, entre el 5 y el 10% de los individuos infectados, pero todavía aparentemente sanos, desarrollará un SIDA dentro de los próximos 5 años, y entre el 10 y el 20% de los enfermos de para-SIDA evolucionará hacia un SIDA completo en un plazo inferior a tres años (Durante, 1985). Por ello, a pesar de que las cifras actuales de personas diagnosticadas de SIDA no deberían ser, consideradas globalmente, muy preocupantes si comparamos, por ejemplo, los 83 muertos por SIDA en cuatro años en España con los 4.000 muertos por accidente de carretera en un sólo año ante la indiferencia de la opinión pública, dichas cifras, de no encontrarse una vacuna o tratamiento eficaz a tiempo, encierran una terrible amenaza potencial ya que el número de víctimas del SIDA se duplica cada seis o nueve meses (Brandt, 1983; Langone, 1985).

De acuerdo con los conocimientos existentes, el agente etiológico del SIDA es un virus bautizado con el nombre de LAV —*Lymphadenopathy Associated Virus*, al principio y *Lymphadenopathy AIDS Virus* posteriormente— por sus descubridores franceses en 1983, y rebautizado HTLV III —*Human T Cell Leukemia Virus*— al ser aislado un año más tarde por los equipos estadounidenses, coexistiendo a partir de este momento ambas denominaciones. Este virus, al penetrar en el organismo, produce un estado de incompetencia inmunológica —enfermedad primaria— que

se traduce en un notable aumento de la vulnerabilidad del organismo a una amplia variedad de virus, bacterias, protozoos, hongos, etc., que, en circunstancias normales, no son peligrosos para el mismo. En estas condiciones, el organismo es fácil presa de muchos trastornos graves, como el sarcoma de Kaposi —cáncer de las células que tapizan el interior de los vasos sanguíneos—, una neumonía producida por *Pneumocystis carinii*, etc., los cuales constituyen la enfermedad secundaria que, en un plazo variable, es muy probable que conduzca a la muerte al paciente.

Si bien es todavía grande la ignorancia que se tiene sobre el SIDA y las terapéuticas biomédicas capaces de combatirlo con eficacia, en cambio se conocen con mucha precisión las formas como se produce el contagio y se encuentran bien delimitadas las poblaciones que deben considerarse de alto riesgo.

En cuanto al vehículo de transmisión, los datos de que se dispone indican que el virus sólo se transmite, de ordinario, a través de su penetración directa en la sangre, lo cual puede ocurrir con cierta facilidad en la práctica del coito anal; en cambio, parece que ni el aire, agua, alimentos, insectos o contactos casuales son capaces de transmitir el SIDA. Consiguientemente, el grupo de más alto riesgo es el de los varones homosexuales o bisexuales, el cual, en Estados Unidos, representaba, en julio de 1985, el 72% de todos los afectados, seguido por el de los drogadictos que se inyectan, los cuales contribuían en un 13,5% (Wallis, 1985). Grupos más reducidos, asimismo bien delimitados, especialmente vulnerables a contraer el mal son los formados por compañeros sexuales de individuos incluidos en los grupos anteriores, hijos de madres de alto riesgo —en esta época se había registrado ya el nacimiento de más de cien niños con SIDA, contaminados por sus madres durante el período fetal— y receptores de transfusiones de sangre y productos sanguíneos, aun cuando un análisis cuidadoso de los donantes de sangre parece que está reduciendo drásticamente el número de infecciones por este conducto.

De hecho, para los hombres y mujeres que mantienen siempre relaciones sexuales normales, que no tienen compañeros bisexuales, que no toman drogas por conducto introvenoso, que no requieren transfusiones de sangre o productos de la misma —o cuyos padres no pertenecen a los grupos anteriores— el riesgo de contraer el SIDA es muy inferior al de tener un accidente de automóvil o ser víctimas de un asesinato (Langone, 1985).

En España, hasta diciembre de 1985 habían aparecido dos bebés con SIDA. La historia de uno de ellos puede ser

ilustrativa de la forma como puede contraerse la enfermedad. Una mujer tuvo un parto prematuro en Barcelona a causa de incompatibilidad RH. El niño nació mediante cesárea y con un peso de 1.800 gramos, efectuándosele dos transfusiones y diagnosticándosele, sucesivamente: hepatitis, infecciones en el pulmón y fondo de ojo, hipogamaglobulinemia y citomegalovirus. A los 14 meses el niño moría. En este caso no existían anomalías familiares de ningún tipo; sin embargo, dos años más tarde, a un donante de sangre homosexual que advirtió su condición se le encontraron anticuerpos del SIDA observándose, *a posteriori*, que una de sus donaciones anteriores había servido para una de las transfusiones al prematuro citado. Con este descubrimiento se restableció la cadena causal y se eliminaron las dudas sobre la posible existencia de un vehículo de transmisión imprevisto (Carol, 1985).

Mientras que en Estados Unidos, las mujeres afectadas por el SIDA sólo representaban, en julio de 1985, el 6,5% del total (Wallis, 1985), en el Zaire, la proporción de mujeres afectadas asciende al 50% (Montagnier, Brunet y Klatzmann, 1985), siendo la hipótesis más plausible que en este país africano la elevada frecuencia de las infecciones vaginales podría contribuir a una disminución de las defensas naturales de la mujer, mientras que la mucosa anal de los homosexuales varones suele presentar pequeñas lesiones que pueden ser críticas para la entrada del virus que, no lo olvidemos, puede ser propiciada por una mayor vulnerabilidad del conducto anal de las poblaciones occidentales, debido en gran parte a un estilo de vida que produce en estas últimas numerosos trastornos y problemas —como las hemorroides, por ejemplo— sumamente raros en las poblaciones africanas (Bayés, Alvarado, Berga, De Balanzó, Segura y Tramunt, 1984).

Desde otro punto de vista, parece que han tenido lugar en un próximo pasado corrientes migratorias de cierta importancia entre el Zaire, Haití, Estados Unidos y Europa Occidental (Montagnier *et al.*, 1985) que apoyan la hipótesis de un origen único de la enfermedad. Esta parece afectar a personas de todas las edades y grupos étnicos aun cuando, en Estados Unidos, el 70% de los afectados se encuentran comprendidos entre los 20 y los 40 años y el 64% se encuentra concentrado en las ciudades de San Francisco, Nueva York, Los Angeles y Miami (Cfr. Batchelor, 1984).

La situación carcelaria puede comportar un riesgo especial. En efecto, en España se ha investigado la presencia de anticuerpos del SIDA en 162 reclusos de la cárcel de Valencia —59 toxicómanos, 11 homosexuales, 9 que reunían ambas características y 83 que no

podían incluirse en los grupos anteriores— encontrándose que el 33% de presos se encontraba infectado. Al mismo tiempo, se llevaron a cabo análisis paralelos en 109 funcionarios de la misma cárcel sin encontrarse anticuerpos en ninguno de ellos (*"El País"*, 1985a).

Entre los heroinómanos de Barcelona que acudieron a un gran hospital local por problemas de sobredosis o alteraciones hepáticas producidas por agujas en malas condiciones, el 60% presentaba anticuerpos del SIDA (*"La Vanguardia"*, 1985).

Hace tres años, la hipótesis de Oleske *et al.* (1983) de que la enfermedad podía transmitirse por la simple exposición al virus en hogares de alto riesgo sin necesidad de contactos sanguíneos o sexuales directos, causó el pánico en Estados Unidos y, a pesar de que fue desmentida oficialmente con notable rapidez y contundencia (Cfr. Batchelor, 1984), no por ello este temor al contagio por contacto casual con personas infectadas dejó de desencadenar un gran movimiento de marginación contra las personas diagnosticadas de SIDA y los grupos humanos más afectados: homosexuales varones, drogadictos y hemofílicos. Este movimiento alcanzó, posiblemente, una de sus máximas cotas de virulencia a raíz de la enfermedad y muerte del conocido actor cinematográfico Rod Hudson, víctima del SIDA, en octubre de 1985. En efecto, a comienzos de septiembre de 1985, una encuesta reveló que el 97% de la población estadounidense sabía lo que era el SIDA y que un 32% estaba convencida que se podía contraer la enfermedad a través del simple contacto con la tapa de un retrete; un 12%, por su parte, estimaba como posible el contagio por el sólo hecho de estrechar la mano de una persona infectada (Basterra, 1985; *"El País"*, 1985b). De acuerdo con Green y Miller (1985), en Inglaterra la mayoría de la gente cree que el SIDA puede transmitirse por el contacto más trivial.

Este miedo al contagio se ha traducido, hasta el momento, en actos como los siguientes:

- a) A pesar de que un análisis de 95 personas —médicos, enfermeras, auxiliares clínicas, etc.— que han estado conviviendo continuamente durante dos años con enfermos del SIDA, ha revelado que ninguna de ellas se ha infectado (*"El País"*, 1985c), parte de la comunidad sanitaria sigue tratando a estos enfermos "como leprosos" (Wallis, 1985) y algunas ambulancias se han negado a transportarlos.
- b) Aunque el Centro para el Control de las Enfermedades señaló, en Atlanta, que los 183 niños que sufrían SIDA el pasado mes de septiembre debían acudir al colegio y no consti-

tuían peligro alguno para los demás escolares, el niño hemofílico de 13 años Ryan White, víctima del SIDA, alcanzó gran popularidad porque su escuela le impidió empezar el curso por temor a que contagiara a sus condiscípulos. En Nueva York, 18.000 niños se negaron a asistir a la escuela después de las vacaciones, como reacción ante la admisión de un alumno no identificado que padecía la enfermedad.

c) En California se advirtió a los policías que practicar el boca a boca para reanimar a los accidentados podía ser peligroso. En Inglaterra, algunos funcionarios de prisión se han negado a transportar reclusos procedentes de cárceles en los que se habían dictaminado casos de SIDA.

d) Se han dado casos, en San Luis y Nueva York en los que los empleados de las funerarias se han negado a embalsamar a los fallecidos por el SIDA; a veces, han pedido 1.000 dólares extra para llevar a cabo esta labor. Algunos equipos de televisión se han negado a filmar personas que padecieran la enfermedad y en determinados restaurantes ingleses se han registrado incidentes al negarse a servir a clientes homosexuales.

e) El Pentágono ha decidido que los 300.000 reclutas que ingresan anualmente en el ejército pasen una revisión médica para verificar si han estado expuestos al SIDA y en caso afirmativo que lo abandonen. Arabia Saudí acaba de dictar una disposición que obliga a todos los que soliciten un visado para entrar en el país, a presentar un certificado médico conforme están exentos de la enfermedad.

f) En Alemania se esconde la identidad de las personas afectadas por el SIDA por temor a reacciones histéricas de trágicas consecuencias para los enfermos y sus allegados. La marginación de los homosexuales es cada vez mayor y en algunas empresas empieza a exigirse a los aspirantes un análisis negativo de anticuerpos del SIDA (*"El País"*, 1985d; Tertsch, 1985).

g) En Brasil, aun cuando el gobierno se ha apresurado a minimizar el problema, destacando el contraste existente entre los 1.000 casos de SIDA previstos para mediados de 1986 y los centenares de miles de enfermos de lepra, malaria, sífilis, gonorrea y desnutrición que constituyen la realidad cotidiana, lo cierto es que, por lo menos en determinados medios, empieza a notarse cierta psicosis de pánico debida a la promiscuidad sexual y al escandaloso tráfico de los bancos de sangre privados. Se teme, asimismo, que algunos acontecimientos puntuales —como, por

ejemplo, el carnaval de Río— que suelen atraer a gran número de homosexuales de todo el mundo, puedan constituir un foco de propagación de la enfermedad hacia países o lugares que hasta el momento se han visto libres de ella (Carrión, 1985).

h) Valtueña (1986) aporta ejemplos sorprendentes del pánico al SIDA. Así, en Malasia, a pesar de que hasta el momento no se ha registrado ningún caso de SIDA, M. Mahadevan, un psiquiatra de Kuala Lumpur, ha bautizado con el nombre de SIPA —Síndrome Inducido por el Pánico al SIDA— a un trastorno caracterizado por depresión, angustia, irritabilidad, falta de concentración, insomnio y una fobia al SIDA de tal magnitud que conduce a los afectados a viajar de vez en cuando al extranjero para analizar la posible presencia de anticuerpos del SIDA en su sangre.

i) En Inglaterra, mientras que en 1984 la mayoría de pacientes hipocondríacos acudía al consultorio pensando que tenían cáncer, a finales de 1985 su temor se había trasladado al SIDA, y un gran número de homosexuales mostraba miedo a padecer la enfermedad a pesar de no poseer ningún signo de infección (Green y Miller, 1985).

Teniendo en cuenta lo que llevamos dicho, estamos convencidos de que, en la actualidad, la forma más eficaz para luchar contra la expansión del SIDA no es biomédica sino conductual. Personalmente, estamos convencidos de que podríamos alcanzar este objetivo si consiguiéramos:

- 1º) Que en todos los actos médicos, acupuntura, tatuajes, autoadministración de droga, etc., sólo se utilizaran agujas desechables o que hubieran sido cuidadosamente esterilizadas antes de cada uso.
- 2º) Que en todos los actos sexuales, tanto homosexuales como heterosexuales, que se llevaran a cabo con profesionales o personas de las que se desconocen si están contaminadas se usaran preservativos.
- 3º) Que se analizara sistemáticamente a todos los donantes de sangre u órganos para trasplantes, impidiendo la donación de todas aquellas personas en las que aparecieran anticuerpos del SIDA.
- 4º) Que se analizara la sangre o productos de la sangre actualmente almacenados, asegurando su inocuidad antes de utilizarlos.
- 5º) Que los hemofílicos utilizaran factores de coagulación calentados, ya que parece que el calor es capaz de destruir el virus.
- 6º) Que todas las personas que sospechasen que podrían ser portadoras y capaces de transmitir el virus a

terceros se sometieran a análisis de control.

Alcanzar estas metas, en nuestra opinión, no es un problema de tecnología biomédica sino en todo caso de tecnología conductual.

Cuando se descubra el medio para destruir o neutralizar el virus en los actuales portadores o enfermos de SIDA o para-SIDA podremos completar la tarea pero ¿quién es capaz de asegurarnos cuando llegará a descubrirse un tratamiento o vacuna eficaz? Y que no sólo sea eficaz sino que posea poco riesgo de yatrogenia grave ya que de poco nos serviría, por ejemplo, librar a una persona del virus del SIDA si en la empresa destruíamos su hígado, sus riñones o su sistema inmunitario, dejando su vida a la merced de un simple resfriado. Y si hemos de juzgar por los enormes intereses económicos en juego y el lamentable espectáculo proporcionado hace poco tiempo por un pequeño grupo de investigadores franceses al dar a conocer a bombo y platillo un "descubrimiento sensacional" sin las necesarias garantías científicas (Bader, 1986), mucho nos tememos que la investigación biomédica, a pesar de los enormes medios puestos a su disposición, tarde todavía algún tiempo en poner a nuestro alcance una herramienta de estas características.

Por otra parte, creo que, como psicólogos, deberíamos preocuparnos por los fenómenos de fobias masivas y de cómo podrían evitarse o combatirse. Tal como apunta Forstein (1984) es necesario que encontremos la manera de prevenir o disminuir las reacciones indeseables de los ciudadanos que parecen tener su origen en la ignorancia y el miedo.

Dentro de la comunidad de hemofílicos el miedo al SIDA ha alcanzado cotas de inusitado dramatismo, ya que tanto los enfermos y sus familias como los equipos médicos se han visto enfrentados ante un terrible dilema: o bien, la posibilidad de llevar una vida prácticamente normal mediante la administración indovenosa del factor antihemofílico procedente de un banco de plasmas, con el consiguiente riesgo de contaminación por el SIDA, o bien la supresión del tratamiento y la eliminación de dicho riesgo pero al precio de volver a la constante incertidumbre a la que estaba expuesta su vida antes de la práctica de la administración profiláctica e intensiva del factor (Arranz, Martín, Schack, López, Villardón y Granda, 1985). ¿Podemos hacer algo los psicólogos conductuales en estos casos?

Desde otro punto de vista, al tiempo que nos felicitamos de que el SIDA sólo se transmita a través de comportamientos muy bien delimitados, no podemos dejar de preguntarnos que hubiera ocurrido si el virus se propagara por medios omnipresentes: el aire, el agua, los

alimentos, los insectos, contactos casuales, etc. ¿Por qué, en el futuro, no puede aparecer otra nueva y terrible enfermedad que se transmita de este modo? ¿Cuál sería la mejor forma, desde un ángulo conductual, de afrontar el problema? En mi opinión, deberíamos estar preparados para esta eventualidad.

Finalmente, quisiéramos centrar la última parte de nuestra intervención en dos puntos que consideramos de gran importancia.

El primero de ellos se traduciría en preguntas como las siguientes: ¿Por qué de todas las personas infectadas con el virus del SIDA sólo desarrollan la enfermedad entre el 5 y el 10% de ellas?, ¿por qué de todas las personas afectadas por un para-SIDA sólo evolucionan hacia un SIDA de un 10 a un 20%, ¿juegan algún papel los factores psicológicos en la facilitación o inhibición del proceso?, En caso afirmativo, ¿de qué forma?, ¿cómo potenciar las condiciones inhibitorias y evitar las facilitadoras?, ¿hasta que punto puede disminuirse la vulnerabilidad del huésped ante el SIDA —u otros procesos infecciosos— mediante estrategias conductuales?

Teniendo en cuenta que algunas respuestas del sistema inmunitario son susceptibles de condicionamiento (Ader, 1981; Ader y Cohen, 1985; Bayés, 1986a), ¿en qué medida esta característica puede influir, positiva o negativamente, en la evolución de la enfermedad?, ¿acaso podríamos aprovecharla en prevención o terapéutica?, ¿hasta que punto los denominados "efectos placebo" (Bayés, 1986b) puede ayudar, sinérgicamente, a los tratamientos biomédicos de que, en cada momento se disponga?

Montagnier *et al.* (1985) escriben que, posiblemente, sea necesaria la acción de co-factores para que una infección por el virus del SIDA desemboque en un SIDA y que dichos co-factores podrían ser: una inmunosupresión "independiente" y una elevada frecuencia de infecciones virales intercurrentes. Aunque la pregunta sea en este momento altamente especulativa, no podemos por menos de preguntarnos: ¿es que esta inmunosupresión "independiente", por lo menos en algunos casos, no puede producirse de forma condicionada? Si esto fuera así, podemos ser capaces de evitarla o neutralizarla?

Solomon (1985), en fecha reciente, ha formulado 14 hipótesis verificables, que se derivan del supuesto de que el sistema nervioso central y el sistema inmunitario se encuentran estrechamente relacionados. La segunda de estas hipótesis mantiene que los trastornos emocionales deberían modificar la incidencia, severidad o evolución de las

enfermedades ante las que el organismo manifiesta una resistencia inmunológica —infecciosas y neoplásicas—, así como las asociadas con una función inmunológica aberrante, como es el caso de las enfermedades alérgicas, autoinmunológicas o el SIDA.

En vista de los párrafos anteriores, consideramos, por tanto, que el análisis sistemático de todas las posibilidades que ofrece el condicionamiento de las respuestas inmunológicas debería constituir un campo de elección para los psicólogos conductuales.

El segundo punto al que nos hemos referido trata de los obstáculos que se oponen a la prevención del SIDA en las poblaciones de alto riesgo y de la necesidad de encontrar estrategias para vencerlos. Algunos de estos obstáculos no son, en nuestra opinión, esencialmente diferentes de los que se presentan en la prevención primaria del cáncer (Bayés, 1985) y radican en los siguientes aspectos:

1º) Entre el momento de la infección por el virus del SIDA y la aparición de los primeros síntomas clínicos existe un dilatado período de tiempo que puede llegar a ser incluso de seis años o más.

2º) Los comportamientos que producen la infección suponen un reforzamiento positivo inmediato —satisfacción sexual, efectos de la droga inyectada, posibilidad de una vida prácticamente normal para los hemofílicos, salvar la vida mediante una transfusión, etc.

3º) De acuerdo con un principio psicológico conocido —intensamente explotado por nuestra cultura de consumo centrada en la búsqueda de satisfacciones efímeras e inmediatas— en general será difícil que las personas adopten pautas de comportamiento y estilos de vida que supongan demoras, molestias o inconvenientes a corto plazo si lo único que obtienen con ello es la disminución o eliminación de un hipotético riesgo futuro, por terrible que éste sea.

4º) Para algunas personas, especialmente los adolescentes, es posible que esta amenaza suponga incluso un atractivo suplementario similar al que ofrece el juego mortal de la ruleta rusa.

5º) En el caso de los heroinómanos, hay que tener en cuenta que muchos de ellos se han acostumbrado ya a la idea de una muerte cercana, la cual puede venirles en cualquier momento por sobredosis, adulteración, enfrentamiento con la policía durante un atraco, etc. Muchos de ellos han padecido ya algún tipo de infección, especialmente hepatitis, y es frecuente que hayan visto morir a un amigo. Y a pesar de todo

esto, continúan drogándose. Pepa Sanz, jefe en funciones del servicio médico de un hospital de Madrid, con gran experiencia en el tema, señala que "los que están muy 'enganchados' con la heroína, conociendo que no sobrevivirán a la adicción, te pueden llegar a decir que les da lo mismo que les mate el SIDA o una sobredosis" y puntualiza que ninguno de los heroinómanos que han acudido al hospital—centro en el que ya se han registrado varios muertos por SIDA—"ha manifestado su deseo de cambiar, por miedo al contagio, el rito de usar una misma jeringa para todos", es decir, de autoinyectarse en grupo (J.R., 1985).

Somos conscientes de que hemos planteado muchas preguntas y proporcionado pocas respuestas. A pesar de que el balance es decepcionante, en este momento es todo lo que sabemos hacer.

Para terminar, hacemos fervientes votos para que, entre todos, podamos encontrar pronto caminos eficaces de solución para esta terrible enfermedad que, a pesar de su incidencia todavía comparativamente modesta, era considerada hace pocos meses por el 37% de la población de Estados Unidos como la más importante amenaza sanitaria a la que tenía que hacer frente el país, y a la que, la mayoría colocaba en tercer lugar, tras el cáncer y las enfermedades coronarias (Cfr. "El País", 1985b).

Referencias

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. Nueva York: Academic.
- Ader, R. y Cohen, N. (1985). CNS-immune system interactions: Conditioning phenomena. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 379-394.
- Arranz, P., Martín Villar, J.L., Schack, A., López Pérez, D., Villardón, E. y Granda, M.J. (1985). La hemofilia: Propuesta de un modelo para estudiar el impacto del SIDA, polipoliado.
- Bader, J.M. (1986). La troublante affaire cycloporine-SIDA. *Science & Vie*, nº 820, 36-47.
- Basterra, F.G. (1985). Las víctimas del SIDA, leproso del siglo XX. *El País*, 12 de septiembre, 8.
- Batchelor, W.F. (1984). AIDS: A public health and psychological emergency. *American Psychologist*, 39, 1279-1284.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1986a). Aprendizaje de los sistemas biológicos de respuesta. En J.L. Pinillos y J. Mayor (Eds.). *Tratado de psicología*. Madrid: Alhambra, en prensa.
- Bayés, R. (1986b). El efecto placebo en psicología de la salud. En G. Aguilar y S. Vinaccia (Eds.). *Medicina conductual: El aporte iberoamericano*, en preparación.
- Bayés, R., Alvarado, M.J., Berga, N., De Balanzó, B., Segura, P. y Tramunt, J.R. (1984). Tratamiento no farmacológico del estreñimiento crónico. *Papeles del Colegio*, nº 18, 31-36.
- Brandt, E.N. (1983). The Public Health Service's number one priority. *Public Health Reports*, 98, 306-307.
- Carol, M. (1985). Los "bebés del SIDA" en España se reducen oficialmente a dos, según la comisión de seguimiento de la enfermedad. *El País*, 15 de diciembre, 21.
- Carrión, I. (1986). El carnaval del SIDA. *El País*, Domingo, 2 febrero, 1-3.
- Durante, A. (1985). Los síntomas del síndrome. *El País*, Futuro, 27 de noviembre, 4.
- El País. (1985a). Inspección médica en cuatro cárceles españolas para prevenir el SIDA, 27 de octubre, 25.
- El País. (1985b). La noticia de la enfermedad desencadenó el pánico en Estados Unidos, 3 de octubre, 25.
- El País. (1985c). Los mitos del contagio, 30 de agosto, 19.
- El País. (1985d). Los delegados suecos denuncian la creación de un registro de afectados por el SIDA, 30 de diciembre, 19.
- El País. (1986a). Registrados en Europa 1.573 casos de SIDA hasta septiembre de 1985, 25 de enero, 22.
- El País. (1986b). Malas noticias sobre el SIDA, 15 de enero, 6.
- Forstein, M. (1984). The psychosocial impact of acquired immunodeficiency syndrome. *Seminars in Oncology*, 11, (1), 77-82.
- Green, J. y Miller, D. (1985). Psychology and AIDS in Britain. *American Psychologist*, 40, 1273-1275.
- J.R. (1985). Habitados a la muerte, los heroinómanos no temen al SIDA. *El País*, 7 de septiembre, 21.
- Langone, J. (1985). AIDS. *Discover*, diciembre, 18-53.
- Laurence, J. (1986). SIDA y sistema inmunitario. *Investigación y Ciencia*, nº 113, 44-54.
- La Vanguardia. (1985). Estudios sobre la incidencia del SIDA en heroinómanos barceloneses, 12 de octubre, 23.
- Montagnier, L., Brunet, J.B. y Klatzmann, D. (1985). El SIDA y su virus. *Mundo Científico*, 5, (nº 50), 860-871.
- Morin, S.F. (1984). AIDS in one city. *American Psychologist*, 39, 1294-1296.
- Oleske, J., Minnefor, A., Cooper, R., Thomas, K., De la Cruz, A., Ahdiel, H., Guerrero, I., Joshi, V.V. y Depósito, F. (1983). Immune deficiency in children. *Journal of the American Medical Association*, 249, 2345-2349.
- Solomon, G.F. (1985). The emerging field of psychoneuroimmunology. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 411.
- Tertsch, H. (1985). Detectados en Alemania Occidental los tres primeros escolares con SIDA. *El País*, 13 de septiembre, 3.
- Valtueña, J.A. (1986). El SIDA y su repercusión. *Jano, Medicina y Humanidades*, 30, 396.
- Wallis, C. (1985). AIDS: A growing threat. *Time*, 126 (6), 44-51.
- Witti, F.P. y Goldberg, M.I. (1983). The National Institutes of Health and research into the acquired immune deficiency syndrome. *Public Health Reports*, 98, 312-319.

FRITZ-PERLS

**Escuela de recursos
en psicosexología
humanística**

7ª Convocatoria

**Curso anual de
formación para
psicoterapeutas**

Octubre-julio

Grupo abierto

**Teoría y práctica
de la psicología
aplicada**

**Abundante material
didáctico**

**Trabajo en grupo
de prácticas**

C/ Padilla, 12, bajo izquierda

(previa petición de hora)

Teléfonos: 216 32 26 y

275 56 11

PUBLICACIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS BOLETIN DE PEDIDO

TITULO	N.º EJEMPL.	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL
"Comunicaciones y Ponencias del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (21-25 de mayo de 1984)"		3.270	
"Sexto volumen de Comunicaciones del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (21-25 mayo 1984)"		620	
"Guía de Cursos y Centros de Formación para Psicólogos en el área de Madrid. 1984"		230	
"La psicología como ciencia"		285	
"Análisis de la situación y cometidos del Psicólogo en los Servicios Municipales de la provincia de Madrid"		2.215	
"Guía de Recursos Asistenciales en el área de la Psicología Clínica en la provincia de Madrid"		720	
"Presente y futuro de la Psicología del Trabajo en la Empresa". (1)		1.175	
"Jornadas de Orientación Educativa 6-8 octubre 1984. Actas de Trabajos". (2)		1.450	
"Catálogo de Documentos Selectos para la Formación y Práctica en el ámbito de la Psicología Jurídica". (3)		3.500	
		2.500	
TOTAL			

FORMA DE PAGO:

MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA o GIRO POSTAL (indicar título publicación)

DIRIGIDOS AL BANCO POPULAR AG. URB. N.º 32
C/C 60 1240-81. C/ GENOVA, 20. 28004 MADRID

APELLIDOS

NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD

PROVINCIA

TELF.

Enviar este Boletín de Pedido al Colegio Oficial de Psicólogos (Delegación de Madrid), Servicio de Documentación, C/ Fernández de los Ríos, 87 - 3.ª izda. 28015 MADRID. Teléf. 244 58 13

(1) Las personas que se inscribieron en el Primer Congreso de Psicología del Trabajo, recibirán gratuitamente en sus domicilios la publicación.

Precio especial para colegiados: 1.100 ptas. (+ gastos de envío); P.V.P.: 2.200 ptas.

(2) Los asistentes a las Jornadas recibirán gratuitamente en sus domicilios esta publicación. Precio: 1.300 (+ gastos de envío).

(3) Precio: Colegiados: 2.500 ptas. No colegiados: 3.500 ptas. (Tachar en el Boletín lo que no corresponda).



TEA Ediciones, S.A. SERVICIOS INFORMATICOS



**la informática al
servicio del psicólogo**

PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
OBJETIVAS, CUESTIONARIOS,
ENCUESTAS.

TRATAMIENTO ESTADISTICO
DE DATOS

ELABORACION Y
PROCESAMIENTO DE BATERIAS
ESCOLARES



**de profesional
a profesional**

PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
PSICOLOGICAS

ESTUDIOS PSICOMETRICOS
DE PRUEBAS

ELABORACION Y
PROCESAMIENTO DE PRUEBAS
PARA EVALUACION Y
SELECCION DE PERSONAL

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

Fray Bernardino Sahagún, 24
Telf. (91) 458 83 11 - Telex: 22135
28036 - MADRID
Muntaner, 462 - Telf. (93) 20115 55
08006 - BARCELONA

Monte Carmelo, 6
Telf. (954) 2794 11
41011 - SEVILLA



7

marzo

Jornadas de trabajo "La Praxis Grupal"

Durante los días 7 y 8 de marzo, se han celebrado en el Hotel Convención de Madrid, las I Jornadas de trabajo sobre LA PRAXIS GRUPAL (ver información en "La Guía del Psicólogo" número 37. Marzo 1986).

Inauguradas por el Prof. Armando Bauleo, estas Jornadas reunieron a doscientas personas en torno a doce mesas de trabajo (ordenadas en cuatro bloques: salud, educación, investigación-sociedad e instituciones), y un total de cincuenta comunicaciones.

Estuvieron organizadas por el Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, que ya antes había organizado algunas actividades públicas en España (conferencia del Prof. René Lourau en el Ateneo de Madrid, 1984, sobre "Grupos e Instituciones", así como el seminario del Dr. Osvaldo Saidón sobre "Deleuze en la clínica", Madrid 1985).

El objetivo de estas Jornadas se centraba en una primera presentación y discusión (pública) de materiales sobre experiencias de trabajo, grupales e institucionales, realizadas básicamente en España, si bien se contó con valiosas aportaciones de compañeros de Italia y Francia.

Fue una "reunión interdisciplinaria" (se dieron cita profesionales de la medicina, psiquiatría, psicología, sociología, enfermería, asistencia social...). También su convocatoria lo era: conversar sobre lo grupal, es decir, escuchar y hablar sobre algo que no posee unas fronteras disciplinares claras, que se enriquece de ellas, pero al mismo tiempo las interroga.

La contraparte de esta diversidad venía dada por el esquema teórico que "la organizaba": La Concepción Operativa de Grupo, corriente teórica desarrollada en sus "puntos más fuertes" por Enrique Pichón-Rivière, José Bleger y Armando Bauleo, y que plantea los grupos como un instrumento idóneo para abordar determinados problemas y demandas, en áreas (salud, educación) y ámbitos (grupos, institución, comunidad) tradicionalmente pensados y abordados desde un enfoque individual (bien desde la teoría o en los hechos).

Para poder tener una visión panorámica de esta instrumentación fue que se organizaron las Jornadas en cuatro bloques temáticos que comentaremos brevemente.

Bloque I: SALUD

Es quizás el área de aplicación que más "se resiente" de la predominancia de un enfoque clínico-individual en los problemas de salud. La introducción de la dimensión grupal e institucional en la comprensión de estos problemas, nos resitua en otra posición y nos lleva a nuevas preguntas (y quizás nuevas nociones) en el abordaje de estos. Las mesas de trabajo de este bloque se centraron en tres temas claves: Prevención primaria y psicosociología, Procesos terapéuticos grupales, Psicopatología social.

La problemática del equipo de salud y del equipo terapéutico estuvo presente en las tres mesas.

Bloque II: EDUCACION

El aprendizaje grupal, considerado como un proceso dialéctico y en espiral, donde afecto y pensamiento se entrelazan, configura una nueva didáctica.

Didáctica que se interesa por el transitar de la información en una estructura grupal. Problemas como la socialización del saber, la instrumentalización de este, así como las ansiedades que despierta toda formación como proceso de cambio..., pueden ser pensados y elaborados en un marco grupal.

El tema se abordó en tres direcciones en las cuales ya se llevan varios años trabajando e investigando:

1. Formación en psicología social y grupal.



En la mesa Armando Bauleo y Violeta Suárez.

2. Didáctica grupal (pedagogía y grupo operativo).
3. Formación especializada (a través de grupo operativo).

Bloque III: INVESTIGACION-SOCIEDAD

El situar el grupo como instancia intermediadora entre el individuo y la sociedad, permite observar aquellas problemáticas que aparentemente se nos presentan como de exclusiva pertenencia a lo individual, para pasar a considerarlas en su dimensión más colectiva (mesa 7: "Emergencias sociales").

Pero no es solamente una posición de observación sino que al mismo tiempo, se trata de una acción e intervención en el campo. Entonces hay que hablar del lugar de la comunidad y del problema del liderazgo (mesa 9: "Participación comunitaria").

Si planteamos el grupo en su doble nivel de objeto y método para la psicología social, las cuestiones en torno a la investigación se complejizan. Los modelos experimentalistas y freudianos en las Ciencias Sociales, aportan pero no alcanzan para dar cuenta de los distintos elementos en juego en un tema tan "enjuiciado" desde las Ciencias Naturales (mesa 8: "Investigación").

Bloque IV: INSTITUCIONES

Es un tema "novedoso". No hace más de 20, a lo sumo 30 años, que se piensa en ello. La

Psicoterapia Institucional y la más reciente corriente del Análisis Institucional, han planteado atractivas propuestas y elaboraciones conceptuales.

Desde nuestro enfoque, y considerando la dimensión inter-grupal de toda institución, buscamos nuevas formas de intervención, de organización de servicios y de posibles definiciones conceptuales. Cuestiones como latencia institucional, efectos de la intervención, o el famoso tema de psicólogo "de", psicólogo "en" (la institución), fueron tratados en las tres mesas en que se repartió este último bloque:

1. Análisis de los procesos institucionales.
2. Organización institucional y concepción operativa de grupo.
3. Grupos operativos en instituciones.

De una manera bastante sucinta, hemos expuesto algunas de las cuestiones que se abordaron en estas Jornadas... Los efectos siempre serán considerados en un "post" difícil de recortar, aunque sí podemos aseverar que esta "reunión intensiva" sobre la praxis grupal ha puesto algunas cosas en "movimiento" en este proceso de inserción de la Concepción Operativa de Grupo en nuestro país.

Los interesados en adquirir las Actas con las comunicaciones que se presentaron, pueden dirigirse por correo a:

Violeta Suárez
C/ Barco, 27
28004-MADRID

Centramos la *Información Colegial* de este número en dos de los actos organizados en el pasado inmediato por la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Estos actos que hemos escogido son: la presentación del libro escrito por la eurodiputada socialista (y psicólogo) Dolors Renau y la del número 25 de nuestra revista. Ambos actos contaron con una importante presencia colegial. De su desarrollo ofrecemos una breve reseña y un amplio reportaje gráfico.

Presentación

“¿OTRA PSICOLOGIA EN LA ESCUELA?”

de Dolors Renau

En colaboración con la revista “Cuadernos de pedagogía”, presentamos en Madrid el libro de la psicóloga y diputado socialista Dolors Renau “¿Otra psicología en la escuela?”. El libro está editado por Laia en su colección “Cuadernos de pedagogía”.

La hoy eurodiputada Dolors Renau recordó en ese acto de presentación sus años de trabajo en un servicio psicopedagógico municipal, en el del ayuntamiento catalán de Cornellá; precisamente en la experiencia de aquel trabajo profesional se fundamenta el contenido de “¿Otra psicología en la escuela?”, tan alejado de la actual política de la administración educativa. La autora, diputada socialista, se distanció en el coloquio de las iniciativas de esta administración y se situó en un horizonte interdisciplinar diferente.

En la mesa del acto estaba el Director General de Enseñanzas Medias, José Segovia, junto con el asesor del Ministerio de Educación, también psicólogo, Lázaro González, con Jaume Carbonell de “Cuadernos

(sigue)



de pedagogía" y con Adolfo Hernández y Carlos Camarero, del Colegio.

José Segovia informó de los proyectos de reforma de las enseñanzas medias propulsados por su Dirección General e insistió en el entronque entre la enseñanza profesional y el bachillerato; aludió a las perspectivas de incorporación del asesoramiento psicopedagógico en los planes promovidos por su ministerio. También se explayó, y no es la primera vez que lo hace en un acto con importante presencia de profesionales de la psicología, sobre lo que, según él, constituye la primera dificultad para la incorporación de psicólogos a los cuerpos de la administración: la, a su parecer, indefinición del paradigma profesional de la psicología.

Las palabras que pronunció el representante de la revista "Cuadernos de pedagogía" remacharon la defensa, ya esbozada en otras intervenciones, de la psicología comunitaria y recordó el coherente y continuado apoyo de su revista a tal práctica profesional en el ámbito escolar.



Presentación

"PSICOLOGOS NUMERO 25: PSICOLOGIA Y POLITICA"

El día 16 de junio, en el Hotel Convención de Madrid, "Psicólogos, Papeles del Colegio" presentó su número 25, cuyo *a fondo* y tema de portada era el de la psicología y la política. En la mesa presidencial

de acto, en la que actuaba como moderador el director de la revista del Colegio, Adolfo Hernández, se encontraban representantes de dos partidos parlamentarios, así como Florencio Jiménez Burillo,

catedrático de la Complutense especializado en psicología política: allí estaban Juan Díaz Nicolás, del Partido Socialista Obrero Español y Julio Setién, del Partido Comunista de España. El representante

información colegial

de Alianza Popular, que había aceptado la invitación para asistir al acto, ni estuvo presente ni justificó su ausencia, probablemente originada por las entonces urgentes tareas electorales de todos los partidos.

A pesar de los pocos días que faltaban para las elecciones el debate no cayó en los tópicos habituales gracias a la mesura y al nivel de los dos representantes de los partidos políticos presentes en el acto.

En este número de "Papeles" se presentaban algunos trabajos sobre Psicología Política. Sin duda faltaban muchos temas: actitudes sociopolíticas y conducta de voto; violencia, terrorismo y tortura; prevención de la guerra y promoción de la paz; consecuencias de la crisis económica, reconversión y desempleo; participación ciudadana a diferentes niveles: partidos políticos, sindicatos, escuela, barrio, etc. Pero a la redacción no le fue fácil encontrar psicólogos españoles que hayan efectuado investigaciones a pesar de que son muchos los problemas de carácter político que admiten un abordaje psicológico.

En ese sentido, tanto el acto del Hotel Convención como el número de "Psicólogos" pretendían estimular el interés de los psicólogos, universitarios y profesionales, para que investiguen problemas que hoy preocupan a los ciudadanos, y que, sin pretender que la psicología tenga su solución definitiva, podrían ser tratados desde perspectivas psicológicas. Los Psicólogos y la Psicología, piensa la redacción de la revista, deben salir a la calle y atreverse, con rigor y seriedad, a intervenir en algunos de los aspectos que hoy preocupan en España: el desarrollo de actitudes democráticas y de participación en los ciudadanos, comenzando desde la escuela; el análisis y prevención de la violencia terrorista y de la tortura; el análisis de los procesos de socialización regional/nacional y tolerancia hacia lo otro; el desarrollo de conductas activas frente a la reconversión industrial y el desempleo; el fomento de actitudes solidarias y favorecedoras de la paz, etc. En una palabra, preocuparse y ocuparse de adoptar compromisos activos a favor de la democracia y de la paz, como algo implícito a nuestra propia identidad profesional.



Dos aspectos del público asistente al acto de presentación.



De izquierda a derecha: Julio Setién, Florencio Jiménez Burillo, Adolfo Hernández y Juan Díez Nicolás.



Genealogía estructural del socio-psicoanálisis

Agustín Requejo
"Socio-psicoanálisis y educación"
 Editorial Itsmo. Colección Navidad

El movimiento socio-psicoanalítico turba el pensamiento de pedagogos y de profesionales de la institución de salud mental desde 1968, fecha en la que comenzaron las primeras investigaciones de Gerard Mendel a este respecto, estando en aquel momento la Universidad en ese hervidero del pensamiento que todos conocemos y que poco a poco, por desgracia, se va extinguiendo. Conseguir que el lector se turbe, es ya un triunfo, sobre todo si se tienen en cuenta las mieles en la que nos vamos sumiendo poco a poco.

Hoy, la situación es diferente y lo que nos propone Requejo tiene que cobrar su rango en la estructuración actual del saber en psicología; quizá por ello se sienta obligado a darnos en la primera parte de su trabajo un excelente esquema de la genealogía estructural del Socio-psicoanálisis (Sp). Esta es quizá la parte del libro que más me ha gustado, por constituir un intento de estudio crítico, con rigor y método, que permite al lector adentrarse en esta parcela del pensamiento actual sin someterse a lo enigmático que con tanta frecuencia termina sobornando nuestro pensamiento individual. El Sp institucional constituye de por sí un movimiento, cuyas raíces primigenias parten en direcciones opuestas como las de Loureau, Lapassade y Lobrot y

SOCIO-PSICOANÁLISIS Y EDUCACION

Agustín Requejo



coleccion navidad

las de Vazques y Oury; ambas surgen de lo insoportable de una concepción individualista que halagaba a ciertas tendencias del psicoanálisis, las más tradicionales y morcillonas. Así pues se trata de comprender la situación de la institución fuera de los dispositivos (manipuladores de la transferencia pedagógica) que prohíben la consideración de clases en lucha por una reivindicación de saber, para reducirlo en los aspectos conflictuales y *metafóricos* de la relación padre-hijo. El empleo de la metáfora repentinamente de moda, no se puede permitir a ultranza, si no se discierne de antemano la diferencia de los campos. El campo metafórico-sugestivo y el campo conceptual-demostrativo; mezclar los dos sin discernimiento sólo sirve para acumular el poder de forma terrorista: cuando me falta la elaboración conceptual lo suplo con la sugestión de la metáfora.

El Sp institucional utiliza de la teoría marxista para comprender las relaciones y las interacciones entre los grupos institucionales.

La segunda parte del libro, parte antropológica, culmina con la unidad dialéctica: "sistema volitivo del cuerpo humano + Caza estructural". Fórmula que se encuentra ampliamente explicada en este segundo capi-

tulo en el que la parte más fuerte de la demostración, a mi entender, se encuentra en las afirmaciones de Mendel sobre las formaciones del inconsciente (p. 127).

La tercera parte del libro, vertiente fenomenológica, intenta un análisis exhaustivo de la ideología de la autoridad desde el Sp de la autoridad hasta la interpretación Sp de "La crisis de generaciones", para culminar en la proporción de un nuevo modelo de la relación educativa, descrito por el autor como utópico, pero utopía realista a construir. Su función sería la de una liberación económica y política hacia un progreso más humano, fundada en una concepción antropológica de la situación conflictual del hombre superada mediante el aprendizaje de los conflictos interiores y exteriores. Parte de una concepción diferente del ser del niño (p. 183) para exigir un desarrollo autónomo y no una identificación prematura al adulto.

La cuarta parte de este libro consigue un análisis preciso de la institución escolar basada en la proposición "Acto-poder" y en la valorización del conflicto como elemento educativo. Culmina la obra con una serie de reflexiones críticas. Se trata pues de un libro serio y riguroso para exponer las teorías del Socio-



Genealogía estructural del socio-psicoanálisis
 Página 60

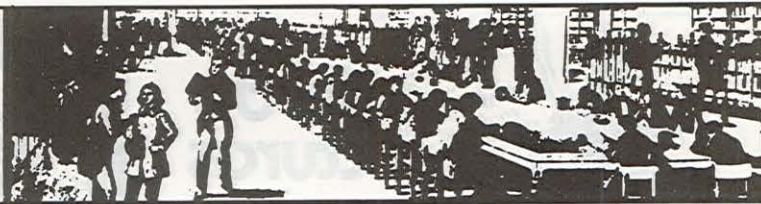
Manual para el aprendizaje y enseñanza
 Página 61

Catálogo de trabajos sobre el orden en la escuela
 Página 62

Los factores psicológicos del cáncer
 Página 62



sala de lecturas



Psicoanálisis en sus perspectivas más amplias. Sin embargo, y esto no es defecto del autor, sino del eje científico que adopta, existen algunos puntos con los que no podemos estar de acuerdo. En primer lugar adscribe el Psicoanálisis al campo de la psicología individual (en su primer esquema p. 46) esto quiere decir que el discurso psicoanalítico se rige por los mismos factores demostrativos y experimentales que la psicología científica. El psicoanálisis no es una ciencia, o por lo menos no es una ciencia positiva, sino ciencia del sujeto del inconsciente, elaborada a partir de una teoría del sujeto. En segundo lugar, y a pesar de la crítica hacia las desviaciones psicologizantes como ejercicio de poder que Mendel refiere en el prólogo de este libro, el Sp incurre en el mismo tipo de error al describir completándolos los estadios del desarrollo del niño (pgs. 110-120) esta descripción antropogenética del desarrollo del niño tiende a la misma rigidez que podemos reprochar a los defensores de la psicología del Yo, defensores de los que el congreso de Bonneval en 1960 y sobre todo el texto "Posición del Inconsciente" hizo una crítica suficiente. Por último y empleando argumentos del mismo Sp, cuando los conceptos psicoanalíticos salen de su ámbito propio, se tiene que demostrar de nuevo su validez teórica, no basta con ampliarlos con referencias antropológicas, o con la inclusión del mito de prometeo empleado por Mendel y del que ya nos había hablado Gaston Bachelard —aunque de manera muy diferente— en su psicoanálisis del fuego.

El aspecto crítico no quiere disminuir el interés de esta obra de Agustín Requejo, más por el contrario contribuir a la reflexión. Aceptamos totalmente su análisis a condición de que se mantengan las diferencias, la situación de la escuela y de la Pedagogía en su vertiente socio-psicoanalítica, y la disparidad de esta con respecto al pensamiento psicoanalítico. Reducir y conglomerar los diferentes campos del saber humano no es útil en la búsqueda de un pensamiento liberador.

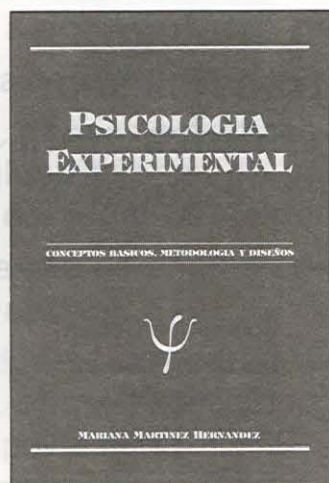
Ignacio Gárate Martínez

Manual para el aprendizaje y enseñanza

Mariana Martínez Hernández
"Psicología experimental. Conceptos básicos, metodología y diseños"

Madrid, Universidad Complutense, 1984

El libro constituye una aportación valiosa al aprendizaje y la enseñanza de la Psicología Experimental. La Dra. Martínez en su "Didáctica de la psicología experimental. Ejercicios metodológicos". Madrid, Universidad Complutense, 1983, manejaba unos conceptos, utilizaba una metodología y aplicaba unos tipos de diseños empleados en investigaciones experimentales, que requerían una serie de definiciones y delimitaciones rigurosas para poder ser utilizados adecuadamente.



En esta obra, la autora nos ofrece nociones claras y precisas sobre los *Conceptos básicos* implicados en la investigación psicológica experimental, complementándolas con abundantes ejemplos prácticos.

A este respecto, ubica la Psicología Experimental, tras un

breve recorrido por la trayectoria histórica de esta Ciencia, en el momento en que se empieza a estudiar científicamente la conducta, y asimismo reclama para la Psicología Experimental un campo de estudio tan amplio como la Psicología misma.

Explica el *Método experimental* junto al de la investigación observacional, como integrantes del método científico, a través del cual, los investigadores adquieren conocimientos objetivos del mundo y de los seres humanos.

Aborda los *Diseños* a partir de una comparación y diferenciación entre el diseño intrasujetos (modelo clásico y de carácter puntual) y el diseño de replicación intrasujeto, de perspectiva temporal. Introduce este tipo de diseño señalando sus peculiaridades y orientando su utilización hacia la investigación psicológica en los campos de la clínica, la educación, la psicología social, la modificación de conducta, etc. Trata los diseños más usuales en la investigación básica según un esquema de exposición que comprende para cada tipo de diseño: sus características esenciales, la expresión abreviada del diseño, el proceso cronológico de realización, el tratamiento estadístico propiamente dicho, así como el control de los condicionantes de la validez interna y externa, incluyendo en cada caso el ejemplo práctico correspondiente, y ocupándose consiguientemente de diversas áreas psicológicas en los diferentes experimentos.

Este triple contenido: conceptos básicos, metodología y diseños, los presenta la autora, utilizando como punto de partida el experimento y su planificación. Las nociones se aportan en dicho contexto, las clasificaciones se justifican por una necesidad explicativa y metodológica (especialmente las referidas a las variables y los diseños) y se aboga por una flexibilidad en la elección del diseño con tal de que pueda resolverse la problemática planteada en una determinada investigación psicológica.

El libro se presenta muy estructurado y sistematizado. La primera parte, titulada *Concep-*

tos básicos y metodología experimental, comprende el contenido siguiente:

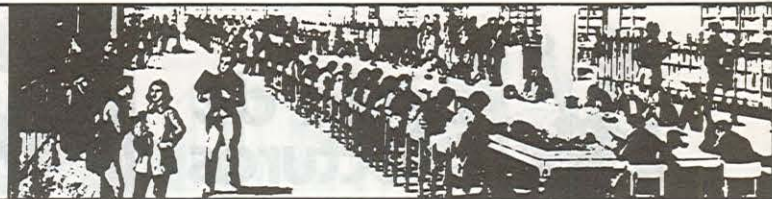
- I. La Psicología Experimental y el Método Científico.
- II. La Observación Científica y el Método Experimental.
- III. El Experimento y su Planificación.
- IV. El Problema Científico.
- V. La Hipótesis.
- VI. Las Variables: Concepto y Clasificación.
- VII. La Varianza de un Experimento.
- VIII. El Control de las Variables Extrañas.
- IX. El Diseño Experimental: Noción y Clasificación.
- X. El Análisis e Interpretación de los Resultados.
- XI. La Validez de un Diseño.
- XII. El Informe de un Experimento.

La segunda parte del libro, cuyo título es el de *Diseños experimentales*, desarrolla los siguientes tipos:

- XIII. Diseños Unifactoriales Intrasujetos.
- XIV. Diseño de Dos Grupos Independientes con Medida Pretest.
- XV. Diseño de Dos Grupos Independientes sin Medida Pretest.
- XVI. Diseño de Cuatro Grupos Independientes: Diseño de Solomon.
- XVII. Diseño de Dos Grupos Equiparados.
- XVIII. Diseños Multigrupo.
- XIX. Diseños de Bloques Homogéneos.
- XX. Diseños de Cuadrados Latinos.
- XXI. Diseños Factoriales. Características. Diseño Factorial 2 x 2 de Grupos Independientes. Diseño Factorial 2 x 3 x 2 de Grupos Independientes.
- XXII. Tratamiento Estadístico. Diseño Factorial 2 x 2.
- XXIII. Diseño Factorial 3 x 2 x 2 de Bloques Homogéneos.
- XXIV. Diseño Factorial 2 x 2 x 2 de Cuadrados Latinos.



sala de lecturas



XXV. Diseños Factoriales: Situación Experimental en que se prueban los Tratamientos. Comparación entre distintos tipos de Diseños Factoriales en función de la Situación Experimental.

XXVI. Diseños Basados en la técnica de la Medición: Con Una Variable Experimental.— Relación entre el Diseño de dos Grupos Equiparados y el Diseño de Bloques Homogéneos.

XXVII. Diseños Basados en la Técnica de la Medición: Con Dos o Más Variables Experimentales.— Diseños de Cuadrados Grecolatinos.— Comparación y Diferenciación entre el Diseño de Cuadrados Grecolatinos, el Diseño Factorial de Bloques y el Diseño Factorial de Cuadrados Latinos.

XXVIII. Técnicas Estadísticas de Control: Análisis de Covarianza.

Santiago Pereda

Los factores psicológicos del cáncer

Ramón Bayés
"Psicología
Oncológica"

Martínez Roca. Barcelona, 1985

El problema del cáncer en nuestra sociedad, es cuantitativamente importante, y es una de las enfermedades que provoca mayores respuestas emocionales.

Los más recientes descubrimientos biomédicos sobre esta enfermedad nos indica, que desgraciadamente, una solución definitiva de este problema queda lejos. No hay que olvidar que ya Galene hablaba de la existencia de tumores cancerosos, y que tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados es una de las principales causas de

muerte, si descartamos de los últimos la elevada mortalidad infantil.

Así pues el libro que comentamos *Psicología Oncológica*, presenta un innegable interés no sólo por su título, sino también por su contenido.

El autor que cuenta en su haber con obras tan importantes como *Una introducción al método científico en Psicología* (1974) y *Psicología y Medicina* (1979), se enfrenta a un tema, el del cáncer, que necesita muchas respuestas. Ramón Bayés se plantea preguntas cruciales en este tema y que los profesionales de la salud se han formulado, seguramente, muchas veces, preguntas como ¿Hasta qué punto los factores psicológicos influyen en el nacimiento y curso de la enfermedad cancerosa?, ¿Debe comunicarse al paciente un diagnóstico de cáncer?, ¿Existen terapéuticas psicológicas del cáncer?, etcétera.

Bayés ha realizado una profunda revisión de la literatura sobre el tema y ofrece a lo largo del libro, no sólo contestación a preguntas como las anteriores, sino que nos da una perspectiva global de en qué momento se encuentra la investigación y los avances más recientes en el terreno biomédico y psicológico.

Partiendo de una noción de salud en la que realmente se incluye la interacción del sujeto con el medio, plantea que la mayoría de los casos de cáncer (60-80%) se producen por el comportamiento (interacción) de las personas en su medio ambiente. Así se puede entender que, aunque el porcentaje de cáncer es similar entre distintos niveles de desarrollo, los tipos de cánceres son diferentes de unas sociedades a otras p. ej. el cáncer de pulmón es 35 veces más frecuente en Inglaterra que en Nigeria.

A continuación analiza las perspectivas de la prevención —primaria, secundaria y terciaria— las relaciones existentes entre la enfermedad neoplásica y diversos aspectos psicológicos: Estilos de vida, Estrés, Comportamiento alimentario, Enfrentamiento al dolor, Impacto psicológico, etc.

Como era de esperar del autor, no cae en la trampa del psicologismo, y expone que una parte principal de la prevención es de carácter económico y político y por lo tanto hace un análisis pormenorizado de estos aspectos.

Una vez examinadas estas cuestiones nos plantea, qué intervenciones de tipo psicológico pueden ser más adecuadas para conseguir una mejora en la terapéutica y en la rehabilitación del cáncer, dando respuestas a las preguntas como las que se expresaron anteriormente.

En resumen el libro termina con un apartado dedicado a la metodología en la investigación en la psicología oncológica, y con un capítulo de "Conclusiones", que propone qué acciones en el terreno político, económico, y psico-social deberían llevarse a cabo con el fin de reducir la incidencia de la enfermedad neoplásica y mejorar el enfrentamiento de la misma por parte de los individuos concretos. En definitiva un libro imprescindible.

Angel Puerta

Catálogo de trabajos sobre el orden en la escuela

Concepción Gotzens
"La disciplina en la escuela"

Pirámide - Madrid - 1986

Antes de hacer una descripción del contenido del libro de la profesora Gotzens, el lector, debe tener en cuenta dos premisas, que para un profesional de la psicopedagogía escolar en España son de agradecer.

La primera es resumir en no más de cien páginas netas, con

rigor y sin afirmaciones categóricas un área, como es la disciplina —presupuestos e implicaciones—, de interés capital para el mundo escolar.

La segunda es facilitarnos una obra en castellano donde se catalogan y se indican los trabajos experimentales de interés en este área que se han hecho fuera de nuestras fronteras, puesto que como nos recuerda Concepción Gotzens, profesora de Psicología de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, a lo largo de la obra y más concretamente en la Bibliografía de casi trescientos textos con que ha contado para enriquecer sus reflexiones, únicamente catorce obras están en Castellano y de ellas sólo ocho están elaboradas desde una óptica española.

La obra en sí, se estructura en dos partes. La primera titulada de EXPLICACION, es donde analiza y define los conceptos que después va a manejar en las aplicaciones que en la segunda parte nos va proporcionando.

Explica, el concepto disciplina, identificándola previamente desde siete perspectivas diferentes y elabora una definición de la disciplina en el marco escolar a través de las coincidencias terminológicas que ha observado, textualmente la define como: "El conjunto de procedimientos, incluyendo normas o reglas mediante los cuales se mantiene "el orden" en la escuela y cuyo valor no es otro que el de favorecer la consecución de los objetivos propuestos en el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno".

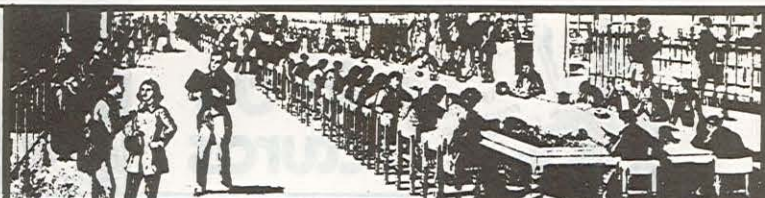
Asimismo explica las variables que afectan a la disciplina: Autoridad; persuasión - coerción - poder. Indicando que la autoridad constituye el marco referencial de la disciplina.

Explica por último en esta primera parte los aspectos fundamentales sobre los que se sustenta la disciplina, —entendiendo disciplina como entrenar o desarrollar al individuo mediante la instrucción en el autocontrol—, que son:

- La independencia individual.
- La autoridad (cognitiva, moral, emocional) —(entendiéndola como autoridad constitutiva



sala de lecturas



que se centra más en la instrucción de una materia con el propósito de conseguir hábitos deseables o formas de comportamiento deseables—.

- La responsabilidad en las tareas de aprendizaje.
- La despersonalización en la actuación ya que se ha ido difuminando entre los agentes (niño, familia, compañeros, maestros) y las instituciones (escuela y sociedad).

La segunda parte de la obra denominada APLICACION se inicia describiéndonos brevemente los presupuestos que sustentan el condicionamiento operante como modelo a utilizar

para modificar los comportamientos de indisciplina. Para a continuación describir pormenorizadamente, las etapas que deben seguirse en el tratamiento de los comportamientos de indisciplina en lo que la profesora Gotzens denomina Análisis Experimental del Comportamiento —evaluar e intervenir las actividades del individuo (verbales o motrices) que pueden ser observadas y medidas en términos de frecuencia de aparición, duración y/o intensidad—.

En el A.E.C., el refuerzo juega un papel fundamental, su identificación, para ello, nos facilita una tipología en tres grandes grupos (sociales, materiales y

simbólicos) y, su utilización a través de programas, son piezas claves para el tratamiento de los problemas de indisciplina y así modificar el comportamiento de los alumnos no sólo utilizando estrategias para disminuir los comportamientos de indisciplina—Castigo, Extinción, Refuerzos incompatibles, DRL, tiempos fuera, control de estímulos, sanciones, inducción y autocontrol— sino proporcionando procedimientos para incrementar el comportamiento deseado—moldeamiento, priming, contrato de contingencias, utilización de otros alumnos y autocontrol—. Reseñando finalmente que las estrategias combinadas son las más idóneas.

También nos indica los pasos básicos que deben realizarse para elaborar programas para el tratamiento de comportamientos de indisciplina. Después pasa a describir el papel que juega en todo este proceso el psicopedagogo y las funciones que debe realizar de cara al enseñante.

El último capítulo, lo dedica a definir el Castigo, las ventajas e inconvenientes que trae consigo su utilización en problemas educativos de disciplina.

En resumen, este libro es un rápido y denso recorrido por todos los vericuetos que supone la disciplina en la escuela.

José C. de la Fuente

NORMAS PARA EL ENVÍO DE ORIGINALES A "PAPELES DEL COLEGIO"

Los trabajos deberán de tener una extensión máxima de 7 holandesas mecanografiadas a doble espacio, por una sola cara.

En folio aparte deberá figurar el título y nombre del autor o autores.

Las figuras, dibujos o gráficos deberán enviarse en tinta china o copia fotografiada; las ilustraciones en general irán numeradas correlativamente con la indicación del lugar del texto donde deben de incluirse.

Las notas a pie de página se numerarán por orden de aparición y se mecanografiarán aparte.

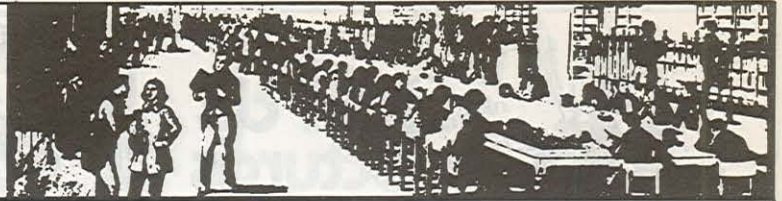
El original deberá ir acompañado de una breve nota con la dirección del autor, su teléfono, número de colegiado, centro de trabajo y una breve reseña de su trayectoria profesional.

La redacción de "Papeles" se reserva el derecho de publicar el trabajo en el número que considere más oportuno. No mantendrá otro tipo de correspondencia ni devolverá los originales.

Los trabajos deberán de remitirse a la redacción de "Papeles del Colegio". Fernández de los Ríos, 87, 3.º - 28015 MADRID.



sala de lecturas



La Micropsicología. Abraham Moles.

La teoría potencial de la faceta para la psicología social aplicada. David Canter.

La experiencia latinoamericana en la aplicación de la psicología social al cambio comunitario. Gerardo Marín.

La encuesta de opinión pública como instrumento desideologizador. Ignacio Martín-Baró.

Dimensiones causales, emociones y expectativas de comportamiento futuro: extensión y réplica. Aroldo Rodrigues.

Características psicosociales de los gaminés de Bogotá. Forrest B. Tyler, Sandra L. Tyler y John J. Echeverry.

Condiciones para el surgimiento de un nuevo paradigma en la psicología comunitaria. Leonte Brea y Eduardo Correa.



Editorial. Aprendizajes y cuestionamientos a propósito del desastre en la Ciudad de México.

Papel de la actividad colinérgica del núcleo caudado en la memoria. Roberto A. Prado Alcalá.

Medición de la calidad de las construcciones a través de una prueba de habitabilidad y funcionalidad de edificios. Un estudio preliminar. Serafin Mercado D. y Guillermo Delahanty M.

Conceptos de "derecha" e "izquierda" utilizando la técnica del diferencial semántico de Osgood. Abraham Nadelsticher M., Carmen Islas Estrada, Patricia Andrade P., Rolando Díaz-Loving, Jorge La Rosa, Ruth Nina Estrella.

Sistema de orientación profesional para la implantación de prácticas de campo en la carrera de Psicología. María Teresa Lartigue.



Enseñar a comprender el pasado histórico: conceptos y "empatía". Jesús Domínguez.

¿Por qué prospera un país? Un análisis cognitivo de las explicaciones en historia. Juan Ignacio Pozo, Mikel Asensio y Mario Carretero.

La aproximación neuropsicológica a la dislexia evolutiva. I. La maduración cerebral. Dionisio Manga y Francisco Ramos.

La aproximación neuropsicológica a la dislexia evolutiva. II. Lateralización hemisférica e implicaciones educativas. Dionisio Manga y Francisco Ramos.

La reconstrucción de cuentos en niños sordos. Esteban Torres.

Los juegos de simulación: cómo hacerlos, dónde conseguirlos (guía documental). Elena Martín.

Reseñas.
Libros recibidos.
Normas de publicación.



Evaluación de un proceso de selección de personal. Emiliano Boteiro B. y Teresa Velásquez de J.

Identidad y desarrollo de mujeres profesionales colombianas: Estudio de la punta del iceberg. Rosa Bernal.

Criterios en la industria: algunos problemas y alternativas. José Espinal Castrillón.

Noticias profesionales.



Substrats biològics de la conducta agressiva. I. Neuroquímica i control hormonal. M.ª Assumpció Martí i Carbonell.

¿Qué es el automodelamiento? Núria Ferré i Suana.

Reflexiones sobre la "Modificación cognitiva de la conducta". Julio Serrano.

La psicología social: ¿En busca del paradigma perdido?. Tomás Ibáñez. La dimensión "Complejidad-simplicidad cognitiva": Principales índices de medida. Consol Marcet.

El Rorschach en el diagnóstico de la esquizofrenia crónica. María Vives Gomilla.

El test de Rorschach en la medida de las aptitudes. Pedro Apodaca Urquijo, M.ª Carmen Martínez González.

Estudi de l'inventari d'assertivitat de Gambrell i Richey en una mostra d'estudiants de psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Rosa Maria Raich i Escursell y Josep Ramon Vila i Vidal.



Awards for Distinguished Scientific Contributions: 1985.

Distinguished Scientific Award for the Applications of Psychology: 1985.

Distinguished Scientific Awards for an Early Career Contribution to Psychology: 1985.

Awards for Distinguished Professional Contributions: 1985.

Awards for Distinguished Contributions to Psychology in the Public Interest: 1985.

American Psychological Foundation Awards for 1985: Gold Medal Awards for Psychological Science, Psychological Professional, and Contribution by a Psychologist in the Public Interest; Distinguished Teaching in Psychology Award; Distinguished Teaching in Biopsychology Award; and the National Psychology Awards for Excellence in the Media.

The Development of Children's Knowledge About the Appearance-Reality Distinction. John H. Flavell.



Tema monográfico: En torno al pensamiento de Lev S. Vigotski. Coordinador: Ignasi Vila.

Le probleme des fonctions intellectuelles supérieures dans le système des recherches psychotechniques. Vigotski, L.S.

La neuropsicología de Vigotski y Luria: el cerebro lesionado. Peña, J. y Pérez Pamies, M.

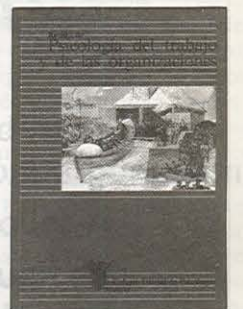
Teoría e investigaciones empíricas sobre el lenguaje privado. Díaz, R.M. y Padilla, K.A.

Acción, interacción y construcción del conocimiento en situaciones educativas. Coll, C.

Consideraciones sobre la zona de desarrollo potencial desde la evaluación psicológica. Forns, M. y Boada, H.

El desarrollo de los conceptos científicos: una incursión en la teoría de Vigotski. Panofsky, C.P., John Steiner, V.J. y Blackwell, P.J.

La estructura de la competencia oral en una segunda lengua: un análisis vigotskiano. Labarca, A.



En busca de nuevas metáforas para el estudio de las organizaciones. José Luis Rodríguez.

Génesis y dinámica del conflicto laboral: aportaciones a un modelo multidimensional y sistémico (I). Manuel Fernández Ríos.

Evaluación del motivo de logro en directivos americanos e israelíes: diseño y aplicación en la medida de tres facetas. Dov Elizur.

Asertividad: entrenamiento en habilidades sociales. Antonio Ares Parra.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Fernando de Benito Fernández.

Una experiencia de formación de monitores. Francisco Sánchez Gavete.

La psicología industrial en Dinamarca. Víctor M. Pérez de Velasco. Cooper, C.L. y Robertson, I.T.: International Review of Industrial and Organizational Psychology. José María Prieto.

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