

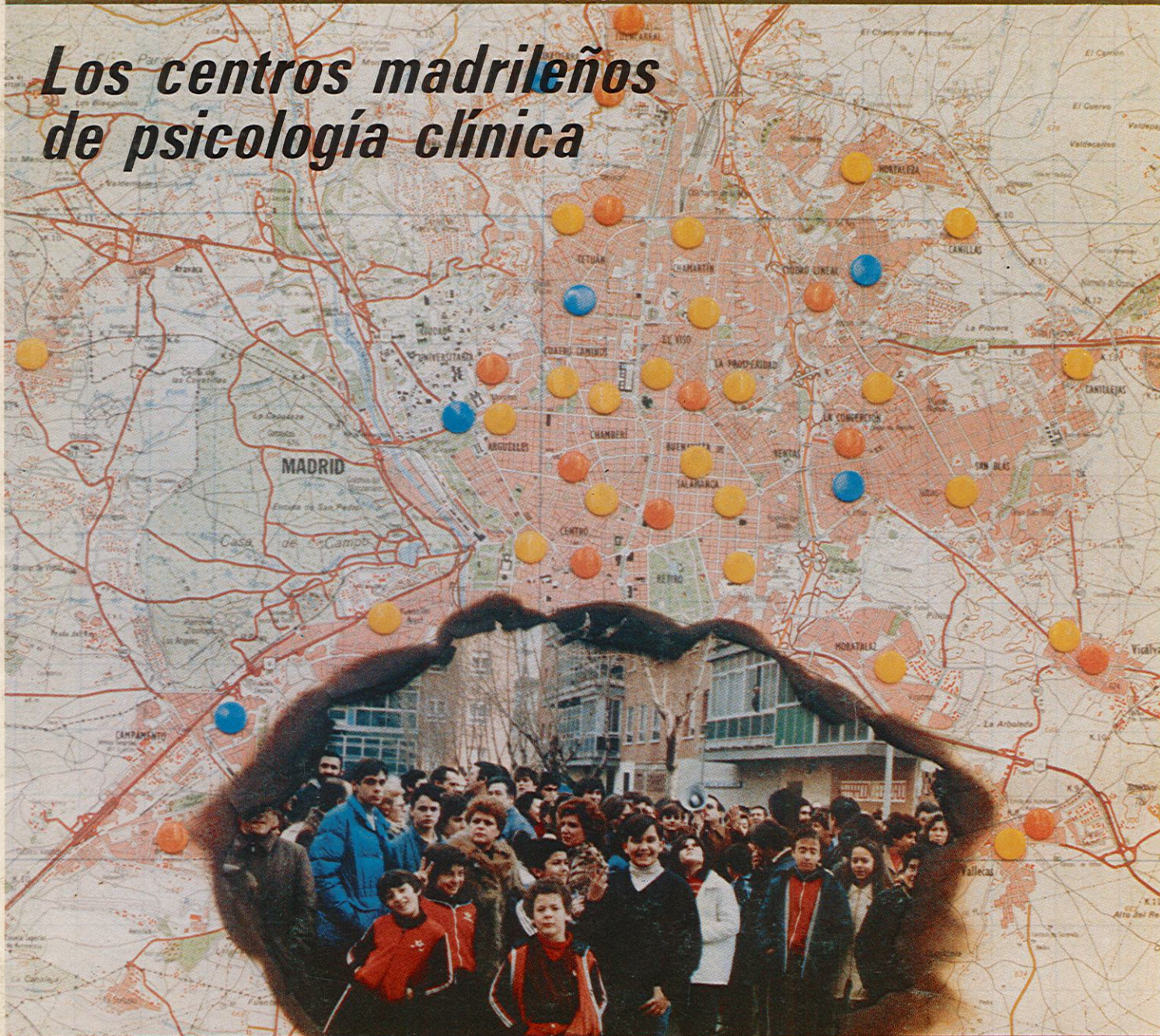
Papeles del Psicólogo

PAPELES del Psicólogo

MADRID - FEBRERO 1984

Nº 13

Los centros madrileños de psicología clínica



Cómo llegar a ser un mejor terapeuta
Marino Pérez y J. R. Fernández Hermida

Factores psicosociales y enfermedad hipertensiva arterial esencial
María Inés Menotti, Jaime Villarreal, Javier Salcedo y María Ferrer

Sumario

Editorial

- ¿Quién teme a Virginia Wolf? 1

A fondo, los Centros Madrileños de Psicología Clínica. *Verania Andrés y Pilar Ferrezuelo.*

- 1/Descripción de la encuesta 5
- 2/Porcentajes totales 7
- 3/Problemas más atendidos y dependencia institucional del centro 13
- 4/Problemas más atendidos y escuela psicológica 15
- 5/Problemas más atendidos y tipo de centro 17
- 6/Problemas más atendidos y recursos de personal del centro 19
- 7/Actividades realizadas 20
- 8/Tiempo que lleva funcionando el centro 21
- 9/Escuela psicológica y precio por consulta 23
- 10/Mapa de psicología clínica en Madrid y provincia 24

Reflexiones

- Cómo llegar a ser mejor terapeuta. *Marino Pérez y José Ramón Fernández Hermida* 27

La profesión

- Lugar de la psicología en la Universidad 33

Experiencias

- Factores psicosociales y enfermedad hipertensiva arterial esencial. *María Inés Menotti, Jaime Villarreal, Javier Salcedo y María Ferrer* 37

Situación laboral

- Análisis del subempleo cuantitativo: psicología, actividad complementaria. *Adolfo Hernández* 45

Información colegial

- I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos 52

Entrevista

- Rocío Fernández Ballesteros. *Daniel Iríbar* 54

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

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

Editorial

¿Quién teme a Virginia Wolf?

EL título del drama americano de E. Albee nos da pie para parafrasear la canción popular "¿quién teme al lobo feroz?", y preguntarnos qué está pasando con nuestro Estatuto y por qué no ha sido publicado ya en el "B.O.E." habiendo pasado dos años largos desde que fue presentado al Ministerio de Educación y Ciencia por nuestra Junta de Gobierno Estatal.

Ya es chocante que desde noviembre de 1982 no se haya sabido nada del Estatuto, que como se recordará fue elaborado democráticamente, con votación directa, de propuestas de contenido y organización de la profesión y del Colegio.

Pero más chocante aún es el hecho de que el último período de tiempo se corresponde con la permanencia del PSOE en el Gobierno, a raíz de las últimas Elecciones Generales, partido cuyo apoyo (junto con el PCE y la UCD de entonces) sirvió para la elaboración, discusión, aprobación y promulgación de la Ley de creación de nuestro Colegio, el 31 de diciembre de 1979, y de la regulación del Estatuto provisional que se promulgó en el "B.O.E." el 14 de abril de 1980, normas que están rigiendo nuestra vida colegial y profesional.

Es presumible pensar que el Gobierno tiene su proyecto de regulación de los Colegios profesionales con criterios de democratización de los mismos, con el objetivo de descorporativizar (SIC) la sociedad española y así modernizar sus estructuras y controlar la acción de determinados colectivos profesionales hegemónicos y fácticos.

Esto (que ya analizamos en otro Editorial a propósito del globo-sonda relacionado con la presunta Ley de Colegios Profesionales de la primavera pasada) nos parece muy loable y acertado. Pero lo que no puede ocurrir es que en aras de una supuesta futura ley no se regulen colectivos que en la actualidad están necesitando dicha regulación para su desarrollo y normalización, sobre todo cuando el proyecto de Estatuto del C.O.P. está ajustado a los principios de democratización que se suponen en la futura Ley; Colegios profesionales que no se caracterizan, precisamente, por su talante democrático, campean entretanto por sus fueros haciendo chantajes al Gobierno cuando se les toca sus privilegios corporativos.

Esto por un lado.

Pero mucho nos tememos que, con argumentos que no se sostienen al mismo razonamiento, determinadas profesiones que controlan Ministerios tan importantes como Sanidad y Educación estén dificultando la normalización de la actividad profesional de los psicólogos, echándose uno al otro la pelota. Para ser justos diremos que se trataría de sectores concretos de esas profesiones y que no necesariamente, como teníamos costumbre de atribuir en otro tiempo, se identifican con sectores de la derecha política. Este "peloteo" se ha podido constatar recientemente en las entrevistas mantenidas con altos cargos de los citados Ministerios.

No hay razonamientos que justifiquen dicho retraso o la falta de respuesta adecuada.

No hay razonamientos para que se haya congelado su regulación a raíz de haber sido discutido ya en la Comisión de Subsecretarios previo al Consejo de Ministros hace algunos meses.

No hay excusas, no hay respuestas, no hay escritos, no hay nada de nada. Sólo silencio administrativo. Un silencio inquietante, elocuente, amenazador..., como si se tratara de la puesta en escena de una obra de Chejov.

¿Quién teme a los psicólogos?

Redacción y Administración:

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

Distribución:

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

Edita:

Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

Fotocomposición e impresión:

Stelvio, Impresores. Matilde
Hernández, 28. Madrid.

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

Carlos Camarero

—presidente—

Alejandro Avila

—vicepresidente—

Adolfo Hernández

—secretario—

José María Prieto

—vicesecretario—

Antonio Pérez

—tesorero—

Y los vocales:

Julio Alvarez

Juan Carlos Duro

Consuelo Escudero

Luis Llavona

Victor Pérez

Pablo del Río

Mariana Segura

Encarnación Vázquez

Responsable de Publicaciones y Documentación:

Adolfo Hernández

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

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

Déposito Legal:

M-27453-1981.

ISSNº 211-7851.

Colaboran en este número:

Verania Andrés, José Ramón
Fernández Hermida, María Fe-
rrier, Pilar Ferrezuelo, María Inés
Menotti, Marino Pérez, Javier
Salcedo y Jaime Villarreal.

Portada:

Daniel Iribar, a partir de una
fotografía de Joaquín Carrillo.



EDICIONES MORATA, S. A.
C/ Mejía Lequerica, 12
MADRID-4. Tel.: 448 09 26

NOVEDADES:

CHANDEZON, G.: *El Análisis Transaccional*. 500 ptas.

DECROLY, O.: *El Juego Educativo*. 500 ptas.

LE BON, G.: *La Psicología de las Masas*. 500 ptas.

LEITENBERG, H.: (*Modificación y Terapia de Conducta*). Tomo I: *Adultos*. 1.700 ptas. Tomo II: *Infancia y Juventud. Aplicaciones Generales*. 2.000 ptas.

Ofrecemos un 10% de descuento previa presentación del carnet de Colegiado en nuestras oficinas.

23 CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA

Acapulco, Méjico

Del 2 al 7 de septiembre de 1984

La Sociedad Española de Psicología ha designado como Agencia Oficial de la Delegación Española al Congreso a **Viajes Ecuador, S.A.**

Para cualquier información adicional dirigirse a sus oficinas de Madrid, c/ San Bernardo, 20. Tfnos.: 433 1354 y 433 13 58.

Viajes Ecuador tiene un servicio de Credivaje.

MEMORIAS DE LICENCIATURA SOBRE INVESTIGACION SEXOLOGICA O DE LA PERSONALIDAD

INTESEX (Instituto de Terapia Sexual) proporciona material instrumental (pletismógrafo: laboratorio para el registro de la respuesta sexual masculina y femenina), pruebas diagnósticas, bibliografías y asesoramiento.

CONDICIONES: Licenciado en psicología o matriculado en 5º curso; y dominio del inglés.

INTERESADOS ponerse en contacto al tfno.: 250 30 60.

PARADOX - LIBROS

• PALACIOS, Jesús, A. MARCHESI y M. CARRETERO (Comps.): *Psicología evolutiva*. 2 vol. 1.600 ptas. c/v.

• SUAREZ, T y C.F. ROJERO (coords.): *Paradigma sistémico y Terapia de Familia*. 850 ptas.

• MAYOR, J. y F.J. LABRADOR: *Manual de modificación de conducta*. 3.200 ptas.

• BOWER, T.G.R.: *Psicología del desarrollo*. 1.800 ptas.

• SCHAFFER, H.R. y otros: *Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo en lengua inglesa*. 850 ptas.

• BODEN, Margaret A.: *Inteligencia artificial y hombre natural*. 1.900 ptas.

• BANDURA, A.: *Principios de modificación de conducta*. 2.300 ptas.

C/ Santa Teresa, 2 (Pza. Santa Bárbara)
MADRID-4. Tfno.: 419 06 92.



TEA Ediciones, S. A.

Publicaciones Psicológicas - Tests

Material educativo - Librería especializada

MATERIAL Y SERVICIOS PSICOPEDAGOGICOS

Preescolar y ciclo inicial

• **Inteligencia y desarrollo** (WPPSI, WISC, Terman, McCarthy, Columbia, Factor "g"-1, etc.).

• **Aptitudes para el aprendizaje** (Preescolar, BAPAE, Valett, Aptitudes Cognoscitivas, Boehm...).

• **Lecto-escritura** (Lectura 1 y 2, ABC, EDIL...).

• **Personalidad y clínicos** (ESPQ, Depresión-CDS, Pata Negra, Fábulas de Düss, TAT Escolar, CAT, Frostig, Reversal, Prediagnóstico infantil-P.IP).

• **Programas de estimulación y recuperación** (En áreas perceptiva, motora, espacio temporal, lenguaje, lecto-escritura, etc.).

Servicio de corrección mecanizada de tests y pruebas de rendimiento (Listado y/o ficha individual con acumulación y ordenación de datos e informaciones estadísticas de grupo y población).

MADRID - Fray Benardino de Sahagún, 24. Tel.: 458.83.11. BARCELONA - Mun-taner, 462. Tels.: 201.82.50 y 201.15.55. BILBAO - Hurtado de Amézaga, 3. Tel.: 432.01.72. SEVILLA - Monte Carmelo, 6. Tel.: 27.94.11.

Ciclo medio en adelante

• **Test de inteligencia general** (D-48, D-70, Factor "g"-2 y 3, etc.).

• **Baterías diferenciales** (PMA, AMPE, APT, TEA, DAT, etc.).

• **Aptitudes específicas** (Memoria, atención, percepción, técnico - mecánicos, etc.).

• **Personalidad** (CPQ, HSPQ, 16 PF, EPQ-A y J. EPI, CEP, MMPI...).

• **Adaptación, intereses, hábitos** (IAC, BELL, IP de Thurstone, Kuder-C, TAMAI, CIPSA, IHE, SIV).

• **Batería de socialización: BAS.**

• **Batería pedagógica: Evaluación de la lengua castellana** (ciclo medio); 33 pruebas objetivas.



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

INSTALE SU LABORATORIO

Disponemos de proyectos:

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

ASESORAMIENTO Y FORMACION

OFICINAS Y EXPOSICION:

Francos Rodriguez, 47 — Madrid-20 — Teléfs. 4 59 52 80 — 4 50 94 49



LOS CENTROS MADRILEÑOS DE PSICOLOGIA CLINICA

VERANIA ANDRES Y PILAR FERREZUELO

EN 1981 varios colegios decidimos crear la Comisión del Mapa de la Psicología Clínica en Madrid. Nuestro objetivo era estudiar la realidad asistencial de la Psicología Clínica en esta capital cubriendo así el vacío informativo que existía al respecto. Hicimos un proyecto de investigación que se llevó a cabo en varias fases a lo largo de los dos últimos años.

En primer lugar, tratamos de definir la población sobre la que íbamos a trabajar. Con este fin, confeccionamos un censo que, por un lado, agrupaba a todos los psicólogos que trabajaban en Psicología Clínica en Madrid (capital y provincia) y, por otro, recogía todos los Centros de diferentes dependencias institucionales donde prestasen sus servicios estos profesionales de la salud. El segundo paso consistió en la toma de contacto con todos estos psicólogos y Centros a través de la elaboración de dos tipos de cuestionarios: encuesta tipo A (dirigida a Psicólogos Clínicos) y encuesta tipo B (dirigida a Centros donde se prestase asistencia en Psicología Clínica). Estos cuestionarios estaban destinados a recoger la información básica a nivel cuantitativo y cualitativo que nos llevaría al conocimiento de la realidad de la práctica de la Psicología Clínica en Madrid. Esta toma de contacto se realizó a través de varios envíos

postales, con posteriores contactos telefónicos en algunos casos.

Estos datos han sido ya utilizados (a nivel cualitativo) en la confección de la "Guía de Recursos Asistenciales en Psicología Clínica en la provincia de Madrid", editada recientemente por la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Esta Guía la realizamos las dos autoras de este *a fondo*.

Posteriormente, procedimos al análisis estadístico de todos los datos, análisis que ahora se presenta en este informe. Debemos señalar que este informe recoge exclusivamente los datos de las encuestas tipo B, que iban dirigidas a los Centros.

Cabe aquí hacer algunas puntualizaciones: por tratarse de la primera investigación de este tipo que se realiza en nuestro país, su realización ha sido doblemente laboriosa y, sin duda, en alguno de sus extremos insatisfactoria para los mismos que la hemos realizado; se trata de un estudio piloto que señala alguno de los caminos que nuevos estudios deberían de seguir. Hemos presentado unos datos que sucesivas aproximaciones podrían permitir contextualizar con mayor amplitud; algunos artículos aparecidos en números anteriores de *Papeles, Psicólogos* facilitan caminos para hacerlo; ese es un trabajo a realizar a partir de los datos que a continuación exponemos.

Encuesta dirigida a los Centros en los que se presta asistencia en psicología clínica (tipo B)

1. DEPENDENCIA (señalar sólo una respuesta)

1. Pertenece a un Organismo Público

Indicar nombre _____

2. Pertenece a un Organismo Privado

Indicar nombre _____

3. No pertenece a ningún Organismo.

2. SUBVENCIONES O CONCIERTOS (se pueden señalar varias respuestas)

1. Subvención de un Organismo Público
2. Subvención de un Organismo Privado
3. No percibe subvención
4. Concierto con la Seguridad Social
5. No tiene concierto con la Seguridad Social

3. TIPO DE CENTRO (señalar sólo una respuesta)

1. Hospital, Clínica o Sanatorio General
2. Hospital, Clínica o Sanatorio Psiquiátrico
3. Centro o Colegio de Minusválidos y/o Educación Especial
4. Gabinete o Centro de Psicología de Consulta

4. GRUPOS DE EDAD QUE ATIENDE (se pueden señalar varias respuestas)

1. Niños
2. Adolescentes
3. Adultos

5. ACTIVIDADES (se pueden señalar varias respuestas)

1. Diagnóstico
2. Terapia o Psicoterapia
3. Reeducción (de problemas de aprendizaje)
4. Escuela de Padres
5. Formación a Post-graduados
6. Otras (especificar) _____

6. TIPO DE TERAPIA (se pueden señalar varias respuestas)

1. Individual
2. Grupal
3. Terapia de Pareja
4. Terapia de Familia
5. No hace terapia

7. PROBLEMAS QUE ATIENDE (en los que está especializado el Centro)

8. RECURSOS DE PERSONAL (se pueden señalar varias respuestas)

1. Psicólogos Clínicos (especificar N.º). N.º ☐ ☐
2. Psiquiatras
3. Logopedas-Foniatras
4. Médicos
5. ATS o Enfermeros
6. Terapeuta ocupacional
7. Otros (especificar) _____

9. RELACION DE NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS PSICOLOGOS CLINICOS QUE TRABAJAN EN EL CENTRO

10. PRECIO POR CONSULTA (señalar sólo una respuesta)

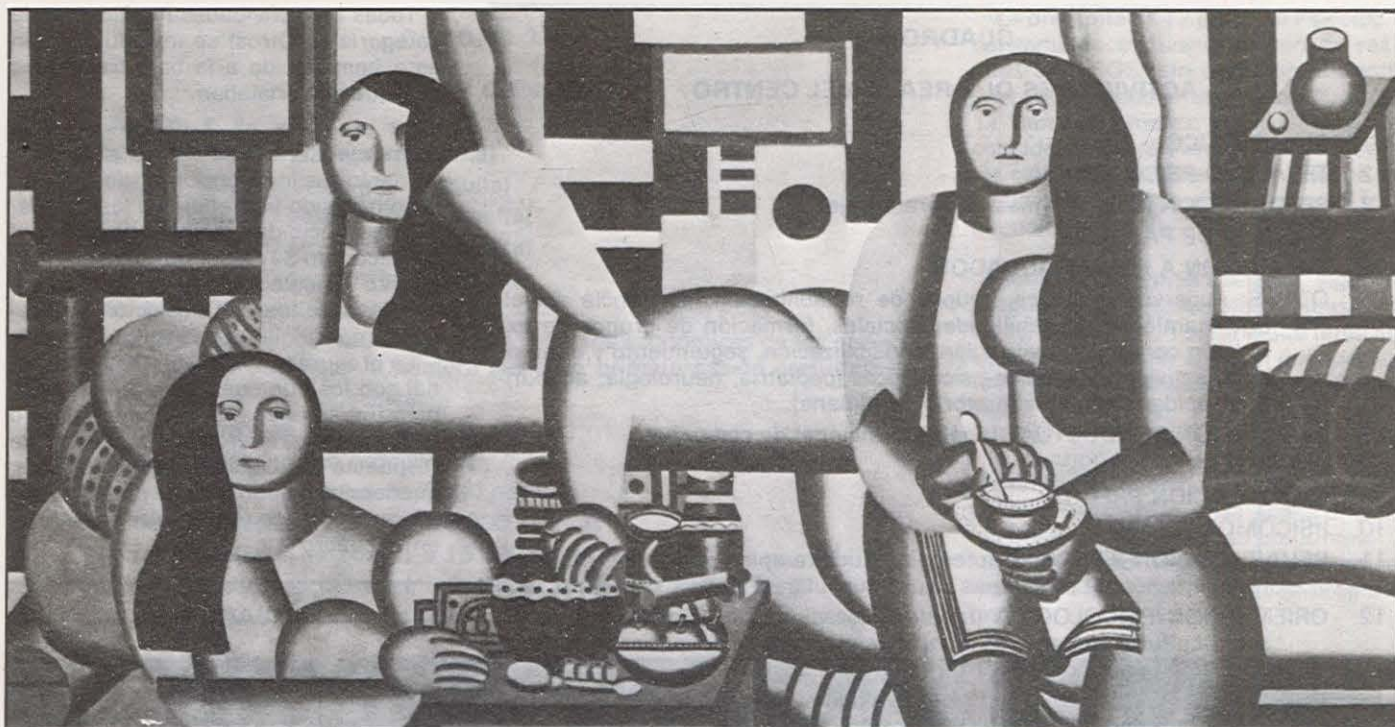
1. Gratuito
2. Menos de 500 Ptas.
3. De 501 a 1.000 Ptas.
4. De 1.001 a 2.000 Ptas.
5. De 2.001 a 3.000 Ptas.
6. De 3.001 a 4.000 Ptas.
7. Más de 4.000 Ptas.
8. Otras formas de pago (especificar) _____

11. TIEMPO QUE LLEVA FUNCIONANDO EL CENTRO (señalar sólo una respuesta)

1. Menos de 1 año
2. De 1 año y un día a 2 años
3. De 2 años y 1 día a 3 años
4. De 3 años y 1 día a 5 años
5. De 5 años y 1 día a 7 años
6. De 7 años y 1 día a 10 años
7. Más de 10 años

12. ESCUELA PSICOLOGICA. Orientación teórica del Centro (se pueden señalar varias respuestas)

1. Psicoanálisis ortodoxo
2. Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica
3. Otro tipo de Psicoanálisis (especificar) _____
4. Terapia de Conducta
5. Terapia Cognitivo-Conductual
6. Psicoterapias Humanistas
7. Análisis Transaccional
8. Psicoterapia Gestáltica
9. Ecléctico (orientación no definida)
10. Otros (especificar) _____



1

Descripción de la encuesta



DE los 465 Centros que formaban el censo, recibimos respuesta de 191, representando esta cifra el 41% del total.

Pasaremos ahora a describir la encuesta.

La primera pregunta se refería a la dependencia institucional del Centro, y presentaba tres opciones de respuesta:

1. Pertenecer el Centro a un Organismo Público.
2. Pertenecer el Centro a un Organismo Privado.
3. No pertenecer a ningún Organismo.

La composición de la muestra en lo referente a este concepto se presenta en la *Tabla 1*.

que los Centros dependientes de Organismos Públicos y los dependientes de Organismos Privados están peor representados que los Centros no dependientes de ningún organismo. Por este motivo en el comentario de alguna de las preguntas hemos decidido analizar los datos por separado en cada una de estas categorías. En consecuencia, también queremos apuntar que las generalizaciones que puedan establecerse a partir de este informe deberán tener en cuenta este hecho.

Adjuntamos en la página anterior un modelo de encuesta tipo B para presentar las diversas preguntas y las diferentes opciones de respuesta.

Como observamos en este modelo, la encuesta estaba formada por 12 preguntas. Las preguntas dependencia, tipo de centro, precio por consulta y tiempo que lleva funcionando el Centro, debían ser contestadas señalando sólo una respuesta de todas las posibles. Sin embargo en el resto de las preguntas podían señalarse varias respuestas. Esto explica que varios porcentajes de los que presentamos a continuación no sumen 100.

La pregunta n.º 4 (actividades que realiza el Centro) presentaba la opción de respuesta "otros". Pues bien, en base a las actividades ampliamente señaladas por los Centros en esta categoría, esta pregunta se amplió, presentando en total 24 categorías de respuesta que se definen a continuación en el cuadro 1.

TABLA 1

	Centros dependientes de organismos públicos	Centros dependientes de organismos privados	Centros de gestión privada (no dependientes de ningún organismo)	Total
Absolutos	39	31	121	191
Porcentajes	20,42%	16,23%	63,35%	100%



Como podemos observar en esta tabla, el 63,35% de los Centros que forman esta muestra pertenecen a la categoría de gestión privada, mientras que las otras dos categorías presentan cifras sensiblemente inferiores. Hemos tenido en cuenta este hecho a la hora de presentar y comentar los datos, puesto

CUADRO 1

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL CENTRO

1. DIAGNOSTICO
2. TERAPIA O PSICOTERAPIA
3. REEDUCACION (de problemas de aprendizaje)
4. ESCUELA DE PADRES
5. FORMACION A POSTGRADUADOS
6. OTROS: supervisión clínica, grupos de rehabilitación, asistencia social, entrenamiento en habilidades sociales, formación de grupos de expresión corporal, movilización, sensibilización, seguimiento y orientación, actividades médico-psicológicas (pediatría, neurología, acupuntura, epidemiología, laboratorio de higiene).
7. EVALUACION CONDUCTUAL (análisis funcional de conducta)
8. LOGOPEDIA
9. ESTIMULACION PRECOZ
10. PSICOMOTRICIDAD
11. REHABILITACION FISICA (fisioterapia, audioterapia, gimnasia, masajes, rehabilitación de problemas neuromusculares, parálisis cerebral, etc.)
12. ORIENTACION PSICOLOGICA (familiar, vocacional, escolar y profesional, socio-cultural, integración de niños en centros de enseñanza ordinaria, derivación de niños a centros especializados)
13. ASISTENCIA PSICOPEDAGOGICA (orientación psicopedagógica a centros escolares, formación del profesorado, programas docentes, salud escolar, etc.)
14. ACTIVIDADES DOCENTES (educación especial, EGB, formación profesional)
15. SEMINARIOS, CURSOS Y CHARLAS DE DIVULGACION (no postgraduados)
16. PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS, SERVICIO DE DOCUMENTACION, EDITORIAL
17. ENTRENAMIENTO EN METODOS DE ESTUDIO (técnicas de estudio)
18. INFORMES PERICIALES (peritajes judiciales, trabajo con presos)
19. ACTIVIDADES CON TECNICAS DE RELAJACION
20. ACTIVIDADES CON TECNICAS DE BIOFEEDBACK
21. ACTIVIDADES CON TECNICAS DE GRUPO Y PSICODRAMA-DINAMICA DE GRUPOS
22. INFORMACION Y ORIENTACION PSICOSEXUAL (prevención y tratamiento)
 - PSICOPROFILAXIS DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y PRIMEROS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.
 - PROGRAMAS DE SALUD MATERNO-PATERNAL-FILIAL
 - PLANIFICACION FAMILIAR
23. ACTIVIDADES COMUNITARIAS - PSICOLOGIA PREVENTIVA (actividades de promoción y prevención de la salud, psicoprofilaxis comunitaria, educación sanitaria)
24. INVESTIGACION

Todas las actividades incluidas en la categoría 6 (Otros) se introdujeron en este ítem debido a la baja frecuencia con que se señalaban.

La pregunta nº 7 (Problemas que atiende el Centro) se presentaba abierta, por lo que los ítems utilizados en este caso han sido fiel reflejo de las contestaciones recibidas, incluyéndose al final del recuento 34 categorías para el tratamiento psicológico de problemas en niños y adultos. Esta relación se presenta más adelante en las figuras 4 y 5.

La pregunta nº 8 (Recursos de personal con los que cuenta el Centro) también fue ampliada en lo que al número de ítems se refiere: de la opción de respuesta OTROS se extrajeron 9 ítems, quedando compuesta esta pregunta por 15 categorías en total que se presentan en el cuadro 2.

CUADRO 2

RECURSOS DE PERSONAL

1. Psicólogos Clínicos
2. Psiquiatras
3. Logopedas-Foniatras
4. Médicos
5. ATS o Enfermeros
6. Terapeuta ocupacional
7. OTROS:
(Electroencefalografistas, Analistas, Monitores de Salud, Auxiliares de Clínica, Postgraduados en prácticas, Moralistas, Sexólogo, Maestro de Yoga, Parapsicólogo, Especialista en técnicas orientales, Personal Administrativo, Epidemiólogo, Matronas, Acupuntores)
8. Psicólogos (que no sean clínicos)
9. Psicólogos colaboradores
10. Pedagogos
11. Sociólogos
12. Educadores
13. Especialistas en Psicomotricidad
14. Fisioterapeutas
15. Asistentes Sociales
16. Abogados

Los profesionales incluidos en la categoría 7 OTROS, fueron reunidos en este ítem debido a la baja frecuencia con que se señalaban (apuntados sólo por 1 ó 2 centros).

La pregunta nº 9 (Relación de los nombres y apellidos de los Psicólogos Clínicos que trabajan en el Centro no ha sido utilizada en este informe.

La pregunta nº 10 (Precio por consulta) también fue ampliada a 15 ítems en base a las diversas contestaciones reflejadas en la opción de respuesta "Otros". Debido a este hecho, esta pregunta que en el modelo original sólo permitía una respuesta, se convirtió en una pregunta que admitía diversas posibilidades de respuesta. Esta información se presenta en el cuadro 3.



CUADRO 3

PRECIO POR CONSULTA

1. Gratuito
2. Menos de 500 pesetas (por consulta)
3. De 501 a 1.000 pesetas (por consulta)
4. De 1.001 a 2.000 pesetas (por consulta)
5. De 2.001 a 3.000 pesetas (por consulta)
6. De 3.001 a 4.000 pesetas (por consulta)
7. Más de 4.000 pesetas (por consulta)
8. Otras formas de pago (variables, según recursos económicos de los pacientes; distinto precio para la primera sesión o primera sesión gratuita)
9. Por diagnóstico (sin especificar)
10. Por diagnóstico (de 4.000 a 10.000 pesetas)
11. Por mensualidades (sin especificar)
12. Por mensualidades menos de 5.000 pesetas
13. Por mensualidades de 5.001 a 10.000 pesetas
14. Por mensualidades de 10.001 a 15.000 pesetas
15. Pago de cuotas (Asociaciones, Entidades, Seguridad Social, etc.)

La pregunta nº 12 (Escuela Psicológica) también incluía la opción de respuesta OTROS; sin embargo, en este caso, nos hemos limitado a analizar los 11 ítems originales, debido a que no consideramos relevantes las respuestas reflejadas en esta opción, ya que se hacía referencia a ellas con una frecuencia muy baja.

Como se verá más adelante, algunas preguntas han sido relacionadas con otras, en base a un criterio que tenía en cuenta el posible interés que podría tener esta información para los Psicólogos.

A continuación, y en primer lugar, presentaremos en forma de tabla los porcentajes de respuesta a cada una de las opciones de todas las preguntas.

En segundo lugar, comentaremos más detalladamente diversas preguntas.



2

Porcentajes totales

TABLA 2

N = 191

	Porcentajes
Subvención de un Organismo Público	10,6%
Subvención de un Organismo Privado	2,7%
No percibe subvención	67,0%
Concierto con la Seguridad Social	3,2%
No tiene concierto con la Seguridad Social	72,3%
No sabe, no contesta	4,8%

ESTA pregunta ya ha sido comentada en el capítulo de "Presentación y descripción de la encuesta". Recordamos que estos datos se presentan en la tabla 1.

Subvenciones o conciertos

Esta pregunta estaba diseñada para conocer si los Centros mantenían algún concierto con la Seguridad Social o recibían algún tipo de subvención. Los datos se presentan en la tabla 2.

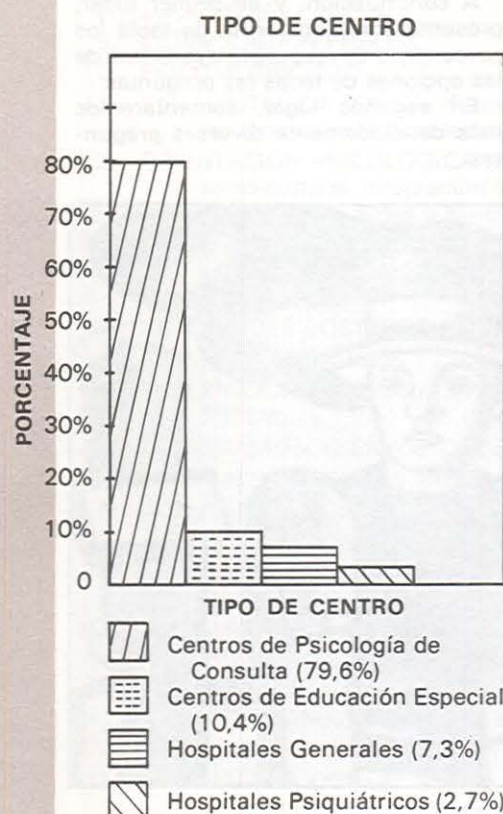
Esta pregunta admitía varias respuestas, por lo que estos porcentajes no pueden sumar 100%.

Podemos apreciar claramente que la mayoría de los Centros no cuenta con apoyo económico ni en lo que se refiere a subvenciones ni en lo referente a conciertos (ayuda que reciben muy pocos Centros).

Tipo de Centros

En la figura 1 se presentan los porcentajes que describen cómo se divide la muestra en lo que respecta al tipo de Centro.

Figura 1



N = 191

Esta pregunta admitía sólo una respuesta. Nos gustaría destacar que la mayor parte de los Centros consultados pertenecen a la categoría de Centros de Psicología de Consulta (el 79,6% del total de la muestra). Este ítem incluye los Centros que utilizan la modalidad de consulta para atender a la población madrileña, independientemente de su dependencia institucional, aunque hay que señalar que esta categoría está saturada de Centros de gestión privada, representando éstos el 81,21% del total de los Centros de Psicología de Consulta. El 18,8% de los Centros de Psicología de Consulta restantes, está formado por Centros Municipales de Salud (incluyendo servicios psicopedagógicos y demás centros de este tipo dependientes de ayuntamientos), por Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, ambos dependientes de organismos públicos, y por centros dependientes de

organismos o entidades privadas que utilizan la modalidad de consulta.

Grupos de edad que atiende

Los diferentes grupos de edad son atendidos por los Centros que componen la muestra en las proporciones que refleja la figura 2.

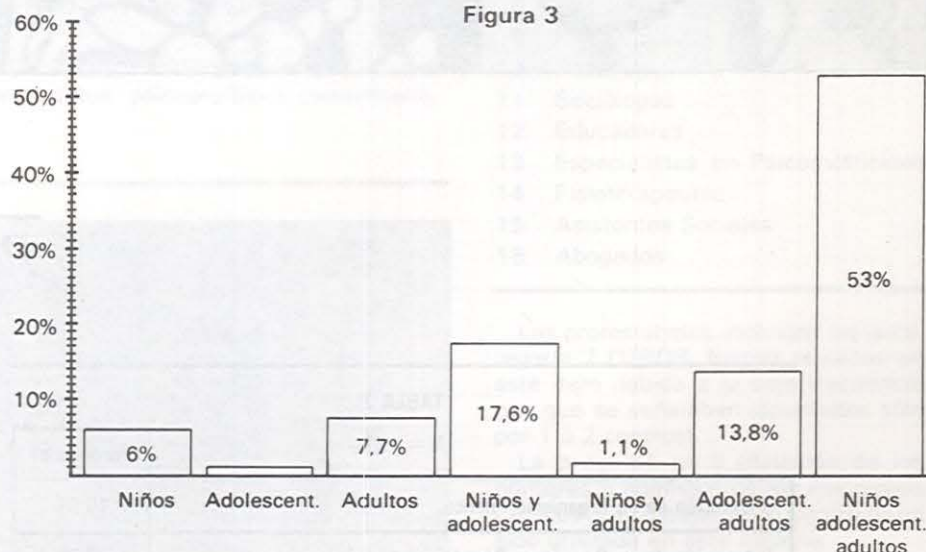
Figura 2



En la figura 3 vemos en que proporción los grupos de edad son atendidos conjuntamente y en que medida son atendidos específicamente.



Figura 3



Como podemos apreciar en la figura 3, la mayoría de los Centros suelen atender a los tres grupos de edad.

Es interesante señalar que el grupo de adolescentes, que es el más atendido según queda reflejado en la figura 2,

sólo es atendido en exclusiva en un 0,5% (1 centro), ya que la mayor parte de los Centros que prestan asistencia a este grupo de edad también atiende a alguno de los otros dos grupos.

Actividades

Como ya apuntamos antes, esta pregunta quedó ampliada a 24 categorías de respuesta. Los datos totales se presentan en la tabla 3.

TABLA 3

ACTIVIDADES	PORCENTAJES
Diagnóstico	87,4% *
Terapia	91,6% *
Reeducación de problemas de aprendizaje	52,4% *
Escuela de padres	27,7% *
Formación de postgraduados	36,6% *
Otro tipo de actividades	8,4%
Evaluación conductual	2,6%
Logopedia	7,9%
Estimulación precoz	6,3%
Psicomotricidad	5,8%
Rehabilitación física	3,7%
Orientación psicológica	14,7% *
Asistencia psicopedagógica	3,1%
Actividades docentes	4,2%
Seminarios, cursos y charlas de divulgación	6,8%
Publicaciones especializadas	1,6%
Entrenamiento de métodos de estudio	1
Informes periciales	0,5%
Técnicas de relajación	2,1%
Técnicas de Biofeedback	1,6%
Técnicas de grupo	2,6%
Información y orientación psicosexual	4,2%
Actividades comunitarias	5,8%
Investigación	2,1%
No sabe, no contesta	0

Estos porcentajes no suman 100 puesto que la pregunta admitía varias respuestas.

Podemos observar en la tabla 3 que las actividades más realizadas son todas aquellas que tienen relación con el tratamiento de diversos problemas psicológicos o con la formación de postgraduados, existiendo por ejemplo sólo 4 Centros de los 191 que componen la muestra, que se dedican a la investigación. Como vemos, de las 24 categorías sólo se presentan porcentajes superiores al 30% en los ítems siguientes:

Terapia, Diagnóstico, Reeducación de Problemas de Aprendizaje y Formación a Postgraduados.

Estos hechos nos perfilan, de alguna forma, la realidad profesional en cuanto al tipo de actividades que se realizan en Madrid en los Centros que prestan asistencia en Psicología Clínica. Hay déficits en actividades tales como publicaciones especializadas, informes periciales, actividades comunitarias, investigación, entrenamiento en métodos de estudio, información y orientación psicosexual, etc.



Hemos analizado también cuál es el porcentaje de Centros que se dedican sólo al Diagnóstico Psicológico (sin dedicarse a la terapia) encontrando sólo 10 Centros (el 5,2% del total) mientras que 181 Centros (el 94,8% del total) realizan ambas actividades.

Tipo de terapia

A la hora de contestar esta pregunta utilizamos cinco categorías. Las puntuaciones obtenidas se presentan en la tabla 4.



TABLA 4

TERAPIAS	PORCENTAJES
Terapia individual	89,4%
Terapia grupal	62,8%
Terapia de pareja	47,3%
Terapia de familia	52,1%
No hace terapia	7,4%
No sabe, no contesta	0

N = 191

Como observamos en la tabla 4, casi el 50% de los Centros afirman realizar terapia de pareja, y el 52,1% llevan a cabo el tratamiento de ciertos problemas en terapia de familia. Esto nos hace reflexionar acerca del enfoque terapéutico que se utiliza en estos Centros actualmente, aunque no debemos olvidar que los porcentajes más altos se presentan en las 2 primeras categorías, enfoques más tradicionales.

Problemas que atiende

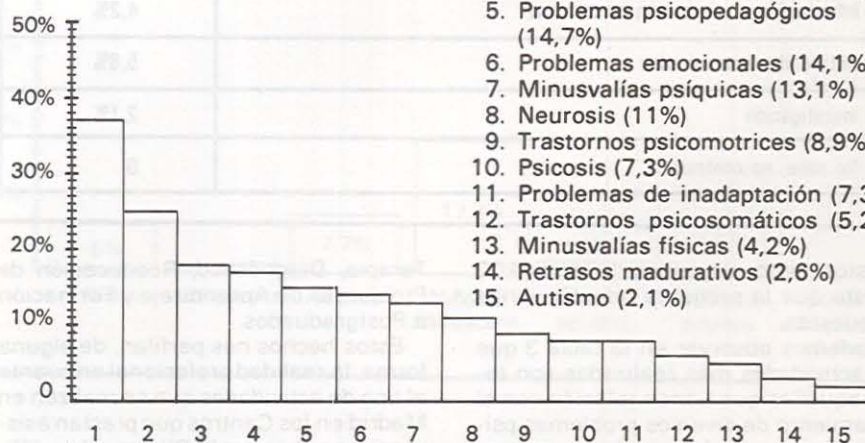
Antes de pasar a exponer los resultados, queremos advertir sobre la dificultad que encontramos a la hora de establecer las categorías, ya que no existe un consenso único a la hora de denominar los diferentes cuadros sintomáticos, lo que está determinado por las diferentes Escuelas Psicológicas de las que cada uno participa.

Por este motivo, como ya expusimos anteriormente, esta pregunta se presentaba de forma abierta en la encuesta, y los ítems han sido establecidos a posteriori, ateniéndonos fielmente a las respuestas obtenidas. Por lo tanto en la clasificación de los diferentes problemas, han participado todos los Centros de asistencia en Psicología que componen la muestra, quedando establecida una relación de 34 áreas de conflicto atendidas por la Psicología Clínica dividida entre niños y adultos.

En la figura 4, vemos cómo queda distribuida la relación de problemas atendidos en niños.

Figura 4

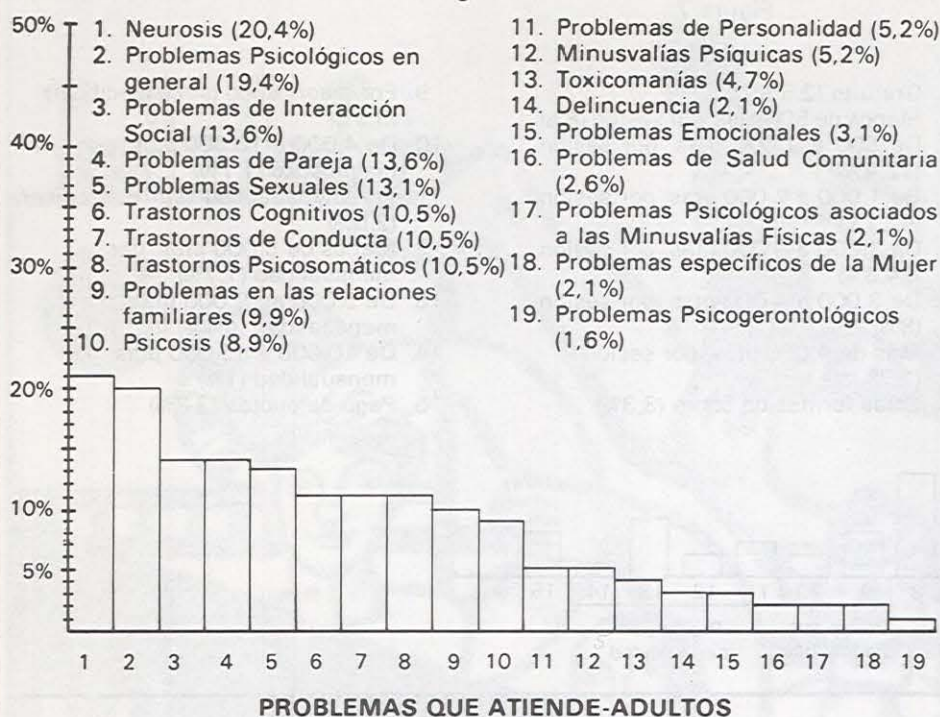
1. Problemas de aprendizaje (36,6%)
2. Trastornos de conducta (24,1%)



PROBLEMAS QUE ATIENDE - NIÑOS

En la figura 5, vemos como queda distribuida la relación de los problemas atendidos en adultos.

Figura 5



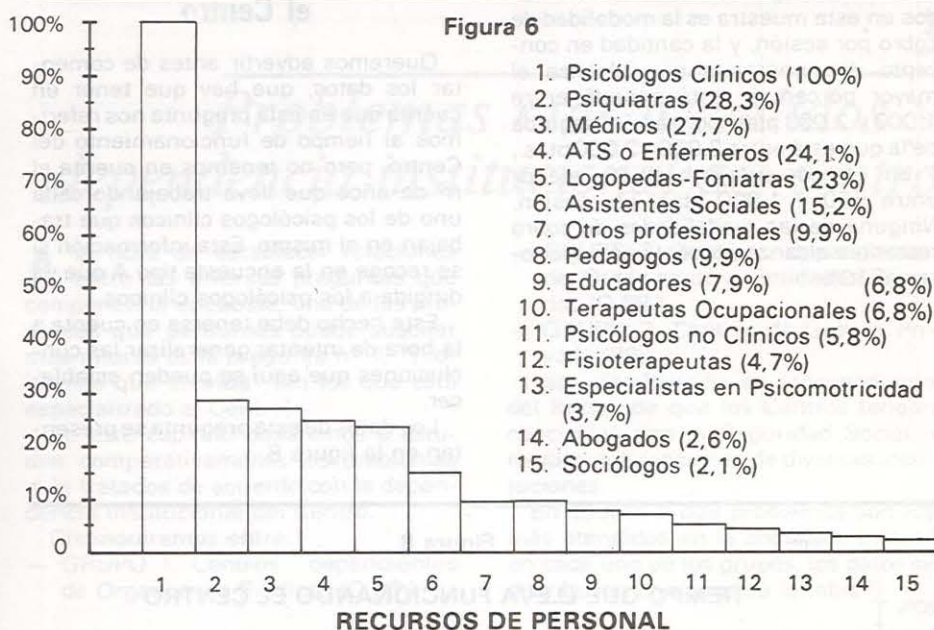
Recursos de personal

En cuanto a la dotación de profesionales con que cuentan los Centros de nuestra muestra, los datos se distribuyen como queda reflejado en la figura 6.

Hemos de señalar que el requisito imprescindible a la hora de enviar encuestas a los Centros que prestan asistencia en Psicología en Madrid y Provincia ha sido el que contasen con Psicólogos Clínicos entre sus profesionales.



Figura 6



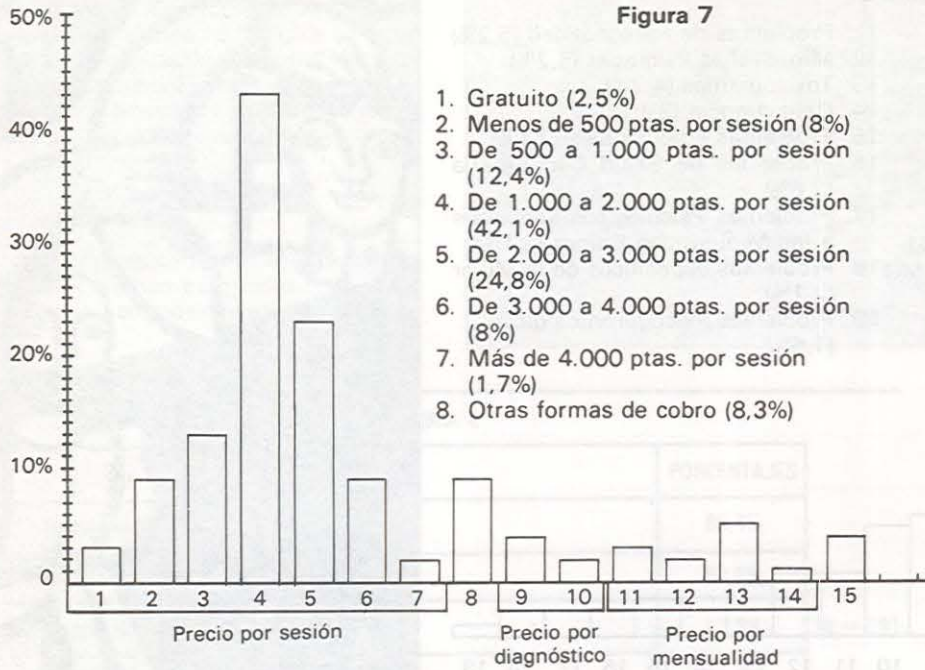
También tenemos el dato de que 59 Centros de los 191 consultados cuentan exclusivamente con la presencia de Psicólogos Clínicos, lo que supone el 30,9% del total.

Precios por consulta

Para el estudio de esta pregunta, hemos tenido en cuenta únicamente a los Centros del grupo 3, Centros de gestión privada, por lo que en éste caso el número de Centros que componen la muestra es 121.

Los resultados se distribuyen como señala la figura 7.

Figura 7



Como podemos ver, la forma de cobro más utilizada por los Centros estudiados en esta muestra es la modalidad de cobro por sesión, y la cantidad en concepto de honorarios que alcanza el mayor porcentaje está situada entre 1.000 y 2.000 ptas. por sesión, seguida de la que está entre 2.000 y 3.000 ptas., y en un porcentaje bastante menor entre 500 y 1.000 ptas. por sesión. Ninguna de las modalidades de cobro restantes alcanza porcentajes superiores al 10%.

Tiempo que lleva funcionando el Centro

Queremos advertir antes de comentar los datos, que hay que tener en cuenta que en esta pregunta nos referimos al tiempo de funcionamiento del Centro, pero no tenemos en cuenta el nº de años que lleva trabajando cada uno de los psicólogos clínicos que trabajan en el mismo. Esta información si se recoge en la encuesta tipo A que va dirigida a los psicólogos clínicos.

Este hecho debe tenerse en cuenta a la hora de intentar generalizar las conclusiones que aquí se pueden establecer.

Los datos de esta pregunta se presentan en la figura 8.

El primer comentario que podríamos hacer es que, en cuanto al tiempo de funcionamiento, las diferencias que se dan entre los Centros no son muy grandes, variando las frecuencias desde un 11% hasta un 16,2%.

También queremos comentar que los porcentajes más elevados se presentan en los dos extremos de esta pregunta, es decir hay más Centros que lleven menos de 1 año o más de 10 años.

Escuela Psicológica (Orientación teórica del Centro)

La Orientación teórica de los Centros que componen la muestra queda distribuida de la manera que refleja la figura 9.

Figura 8

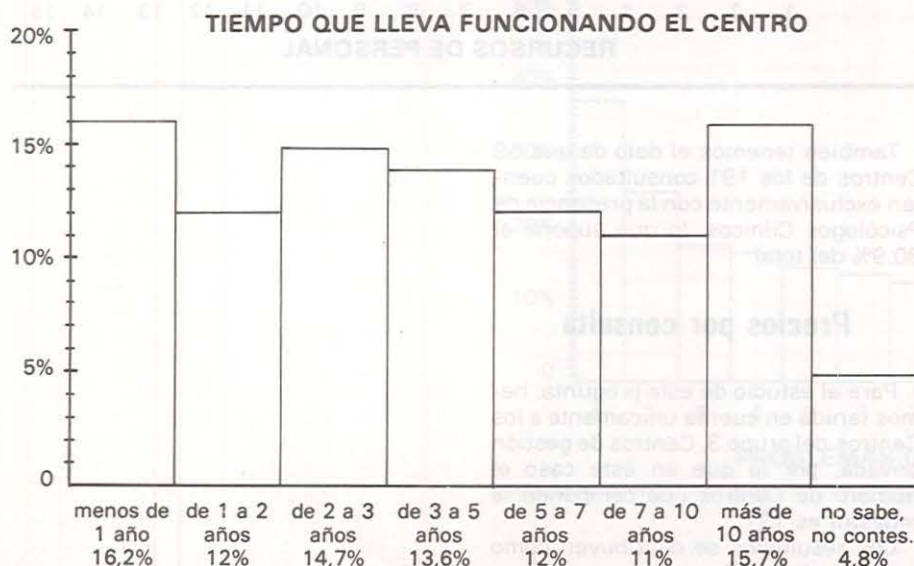
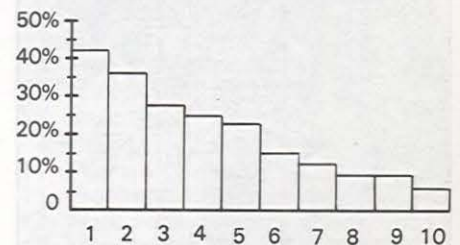


Figura 9

ESCUELA PSICOLOGICA



1. Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica (42,4%)
2. Terapia de Conducta (36,1%)
3. Terapia Cognitivo-Conductual (27,2%)
4. Eclécticos (25,1%)
5. Psicoterapias Humanistas (23,6%)
6. Psicoterapia Gestáltica (15,2%)
7. Otras terapias (12,6%)
8. Análisis Transaccional (8,9%)
9. Psicoanálisis Ortodoxo (8,9%)
10. Otros tipos de Psicoanálisis (Lacan, etc.) (5,8%)



3

Problemas más atendidos y dependencia institucional del centro

A la hora de establecer relaciones entre las diversas preguntas que componen la encuesta, una de las preguntas que pensamos puede suscitar más interés es la pregunta nº 7, "Problemas que atiende" (en los que está especializado el Centro).

En este capítulo pasaremos a estudiar comparativamente los problemas más tratados de acuerdo con la dependencia institucional del Centro.

Distinguiremos entre:

— GRUPO 1. Centros dependientes de Organismos Públicos (O.PB.)

— GRUPO 2. Centros dependientes de Organismos o Entidades Privadas (O.PR.)

— GRUPO 3. Centros de Gestión Privada (PR.)

Esta clasificación es independiente del hecho de que los Centros tengan concertos con la Seguridad Social o reciban subvenciones de diversas instituciones.

En cuanto a qué problemas son los más atendidos en la población infantil en cada uno de los grupos, los datos se distribuyen como indica la tabla 5.

TABLA 5

PROBLEMAS MAS ATENDIDOS EN NIÑOS	DEPENDENCIA INSTITUCIONAL DEL CENTRO		
	GRUPO 1 - O. PB.	GRUPO 2 - O. PR.	GRUPO 3 - PR.
	Problemas de aprendizaje (30,8%)	Minusvalías psíquicas (25,8%)	Problemas de aprendizaje (43%)
	Trastornos de conducta (25,6%)	Problemas de aprendizaje (19,4%)	Trastornos de conducta (25,6%)
	Problemas psicológicos en general (20,5%)	Trastornos de conducta Problemas emocionales Neurosis (16,1%)	Problemas psicológicos en general (19,8%)
	Problemas emocionales Minusvalías psíquicas (17,9%)	Psicosis (12,9%)	Patologías del lenguaje (19%)

Como se puede apreciar, en cuanto a los problemas más tratados en niños en cada uno de los grupos, las mayores discrepancias las presenta el grupo 2. Centros dependientes de Organismos o Entidades Privadas, cubriendo unas áreas asistenciales (Neurosis, Psicosis) que están bastante desatendidas en el grupo 1 y algo menos tratadas en el grupo 3 (Neurosis 13,2%, Psicosis 8,3%). Por otro lado, se observa que las Minusvalías Psíquicas son preferentemente atendidas en los Centros pertenecientes a los grupos 1 y 2. Otro dato interesante es que las Patologías del Lenguaje tienden a ser preferentemente más atendidas en los Centros de gestión privada (grupo 3).

Asimismo, las problemáticas infantiles más atendidas en los tres grupos son los Problemas de Aprendizaje, los trastornos de Conducta y los denominados Problemas Psicológicos en general (sin especificar).

En cuanto a las áreas de conflicto más atendidas en adultos en cada uno de los tres grupos, los datos se distribuyen de la siguiente manera:

TABLA 6₁

PROBLEMAS MAS ATENDIDOS EN ADULTOS	GRUPO 1 CENTROS DEPENDIENTES DE ORGANISMOS PUBLICOS
	Problemas psicológicos en general (25,6%)
	Problemas sexuales (17,9%)
	Problemas de salud comunitaria (10,3%)
	Otros problemas (en porcentajes inferiores al 10%)

TABLA 6₂

PROBLEMAS MAS ATENDIDOS EN ADULTOS	GRUPO 2 CENTROS DEPENDIENTES DE ORGANISMOS O ENTIDADES PRIVADAS
	Neurosis (22,6%)
	Psicosis Minusvalías psíquicas (19,4%)
	Toxicomanías Problemas de personalidad (12,9%)
	Otros problemas (en porcentajes inferiores al 10%)

TABLA 6₃

PROBLEMAS MAS ATENDIDOS EN ADULTOS	GRUPO 3 CENTROS PRIVADOS
	Neurosis (24,8%)
	Problemas psicológicos en general (20,7%)
	Problemas de pareja Problemas de interacción social (18,2%)
	Trastornos de conducta Trastornos cognitivos (15,7%)
	Problemas en las relaciones familiares (13,2%)
	Problemas sexuales (12,4%)
	Trastornos psicossomáticos (11,6%)
	Otros problemas (en porcentajes inferiores al 10%)

Podemos observar que aparecen notables diferencias entre los grupos en cuanto a los tipos de problemas más atendidos en adultos.

Mientras que en los grupos 2 y 3 las problemáticas más atendidas son las Neurosis, en el grupo 1 no son apenas tratadas. Los Problemas Sexuales son atendidos en los tres grupos, pero es en el grupo 1 donde aparecen señalados con un porcentaje mayor. En cuanto a los Problemas de Salud Comunitaria, en los Centros pertenecientes al grupo 1 donde son más atendidos, ya que prácticamente no se señalan en los grupos 2 y 3.

En lo referente a las Psicosis y las Minusvalías Psíquicas, parece que es el grupo 2 el que da una respuesta asistencial mayor a estas problemáticas, siendo muy poco señaladas en los grupos 1 y 3; lo mismo ocurre con las Toxicomanías y Problemas de Personalidad, siendo los Centros del grupo 2 los que principalmente atienden estos problemas. Los denominados Problemas Psicológicos en general (sin especificar) son preferentemente atendidos en los grupos 1 y 3. Los Trastornos Psicossomáticos, que no son de los conflictos más atendidos, son tratados en los tres grupos pero el porcentaje mayor es señalado por los Centros del grupo 3.

Los Problemas de Pareja, Problemas de Interacción Social, Trastornos de Conducta, Trastornos Cognitivos y los Problemas en las relaciones familiares son casi exclusivamente atendidos por los Centros pertenecientes al grupo 3.





Problemas más atendidos y escuela psicológica

EN este capítulo comentaremos las relaciones más notables entre los problemas más atendidos en niños y adultos y la Escuela Psicológica (Orientación teórica) a la que los Centros señalan pertenecer.

Los problemas más atendidos en niños, son tratados por las diferentes escuelas como queda reflejado en la Tabla 7.

TABLA 7

PROBLEMAS MAS ATENDIDOS - NIÑOS				
ESCUELA PSICOLOGICA	1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	2 TRASTORNOS DE CONDUCTA	3 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	4 PATOLOGIA DEL LENGUAJE
	Terapia de conducta (50%)	Terapia de conducta (54,3%)	Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica (69,7%)	Terapia de conducta (43,8%)
	Terapia cognitivo-conductual (35,7%)	Terapia cognitivo-conductual (43,5%)	Terapia de conducta (30,3%)	Psicoterapias de inspiración psicoanalítica (34,4%)
	Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica (28,6%)	Psicoterapias humanistas Eclécticos (26,1%)	Eclécticos (27,3%)	Eclécticos (31,2%)
	Eclécticos (25,7%)	Psicoterapias de inspiración psicoanalítica (21,7%)	Terapia cognitivo-conductual Psicoterapias Humanistas Otras terapias (24,2%)	Terapia cognitivo-conductual (28,1%)

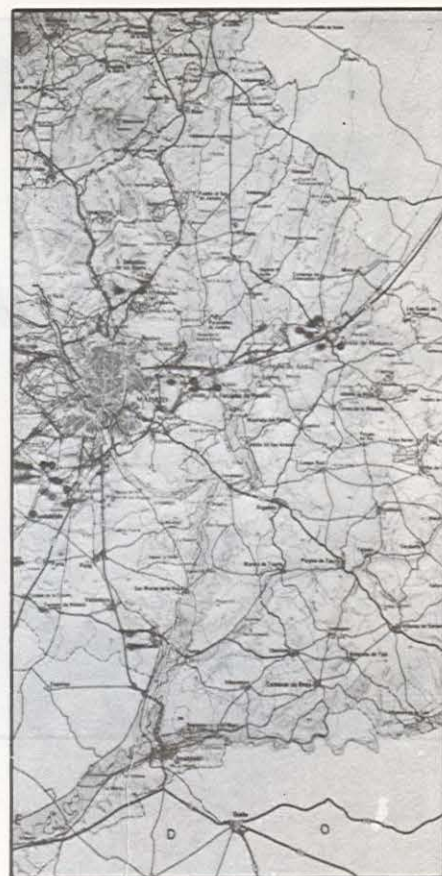
Como información adicional, creemos interesante señalar que la Neurosis y la Psicosis, aunque no son de las problemáticas más atendidas en la población infantil, son tratadas en su mayoría con Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica. El 66,7% de los Centros trata la Neurosis con esta Orientación y el 64,3% la Psicosis. Asimismo, el Au-

tismo, que resulta ser la patología infantil menos atendida, es casi exclusivamente tratado con Terapia de Conducta y Terapia Cognitivo-Conductual.

Las áreas de conflicto más atendidas en adultos quedan relacionadas con la Orientación teórica de los Centros como indica la Tabla 8.

TABLA 8

ESCUELA PSICOLOGICA	PROBLEMAS MAS ATENDIDOS EN ADULTOS				
	1 NEUROSIS	2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	3 PROBLEMAS DE PAREJA	4 PROBLEMAS DE INTERACCION SOCIAL	5 PROBLEMAS SEXUALES
	Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica (64,1%)	Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica (67,6%)	Terapia de conducta Terapia Cognitivo- conductual (46,2%)	Terapia de conducta (50%)	Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica (56%)
	Terapia de conducta Psicoterapias Humanistas (25,6%)	Psicoterapias humanistas (27%)	Psicoterapias de inspiración Psicoanalítica (30,8%)	Terapia cognitivo- conductual Psicoterapias de inspiración psicoanalítica (42,3%)	Terapia cognitivo- conductual (40%)
	Psicoanálisis ortodoxo Terapia cognitivo- conductual (20,5%)	Terapia de conducta Otras terapias (24,3%)	Psicoterapias humanistas Eclécticos (23,1%)	Psicoterapias humanistas (30,8%)	Terapia de conducta (24%)
	Psicoterapia Guestáltica (15,4%)	Psicoterapia Guestáltica Eclécticos (21,6%)	Psicoterapia Guestáltica (15,4%)	Eclécticos (23,1%)	Eclécticos Otras terapias (20%)



En los otros tipos de problemas, que no aparecen reflejados en la tabla 8 (ver apartado 2.7. figura 5), los datos están en la misma línea; la Orientación teórica de los Centros se reparte entre la Psicoterapia de Inspiración Psicoanalítica, la Terapia de Conducta y la Terapia Cognitivo-Conductual.



Problemas más atendidos y tipo de centro

EN este apartado comentaremos la relación existente entre los problemas más atendidos en niños y adultos y el tipo de Centro donde es prestada la

asistencia Psicológica a dichos problemas.

En cuanto a los lugares donde son preferentemente atendidos los problemas de la población infantil, nos encontramos con resultados interesantes. Todos los problemas son casi exclusivamente atendidos en Centros de Psicología de consulta, que a su vez suponen el 79,6% de los Centros que componen la muestra.

La relación entre los problemas más atendidos en niños y el tipo de Centro está descrita en la Tabla 9.

Las relaciones entre los otros problemas de la infancia y el tipo de Centro son semejantes a las descritas en la Tabla 9. Solamente encontramos excepciones en el campo de los problemas psicológicos asociados a las Minusvalías Físicas y Sensoriales, que son atendidos preferentemente en Centros de Minusválidos y/o Educación Especial, y en las Minusvalías Psíquicas que se hallan repartidas entre Gabinetes de Psicología de Consulta (48%) y Centros de Educación Especial (40%); en los otros Centros, esta misma problemática se trata en porcentajes inferiores al 10%.

En el caso de los adultos, los resultados son análogos; es en los Centros de Psicología de Consulta donde es atendida prácticamente la totalidad de las 5 problemáticas (Ver tabla 10).

TABLA 9

		PROBLEMAS MAS ATENDIDOS NIÑOS			
		1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	2 TRASTORNOS DE CONDUCTA	3 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	4 PATOLOGIAS DEL LENGUAJE
TIPO DE CENTRO	HOSPITAL GENERAL	4,3%	8,7%	9,1%	9,4%
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	—	2,2%	—	—
	CENTRO DE MINUSVALIDOS Y/O EDUCACION ESPECIAL	4,3%	2,2%	—	9,4%
	CENTRO DE PSICOLOGIA DE CONSULTA	90,0%	84,8%	87,9%	78,0%
	NO SABE NO CONTESTA	1,4%	2,1%	3,0%	3,2%
	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



TABLA 10

		PROBLEMAS MAS ATENDIDOS - ADULTOS				
		1 NEUROSIS	2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	3 PROBLEMAS DE PAREJA	4 PROBLEMAS DE INTERACCION SOCIAL	5 PROBLEMAS SEXUALES
TIPO DE CENTRO	HOSPITAL GENERAL	7,7%	8,1%	3,8%	8,0%	
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	5,1%	—	—	3,8%	4,0%
	CENTRO DE MINUSVALIDOS Y/O EDUCACION ESPECIAL	—	—	—	—	4,0%
	CENTRO DE PSICOLOGIA DE CONSULTA	86,6%	89,2%	92,3%	92,4%	80,0%
	NO SABE NO CONTESTA	2,6%	2,7%	3,9%	—	4,0%
	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El resto de los problemas atendidos en adultos mantienen una relación con el tipo de Centro en la misma línea que queda reflejada en la tabla 10.

Excepcionalmente, algunas patologías están más repartidas en cuanto a los lugares donde son atendidas (tabla 11).

TABLA 11

		OTROS PROBLEMAS ATENDIDOS - ADULTOS				
		MINUSVALIAS PSIQUICAS	TRASTORNOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LAS MINUSVALIAS FISICAS	TOXICOMANIAS	TRASTORNOS PSICO-SOMATICOS	PROBLEMAS DE SALUD COMUNITARIA
TIPO DE CENTRO	HOSPITAL GENERAL	10,0%	—	11,1%	20,0%	20,0%
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	20,0%	—	22,2%	—	—
	CENTRO DE MINUSVALIDOS Y/O EDUCACION ESPECIAL	10,0%	50,0%	—	—	—
	CENTRO DE PSICOLOGIA DE CONSULTA	60,0%	50,0%	66,7%	80,0%	80,0%
	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



La única problemática que no es atendida mayoritariamente en Centros de Psicología de Consulta son los Problemas Psicogerontológicos (la problemática menos atendida) que son tratados en un 66,7% en Hospitales generales y en un 33,3% en Centros de Psicología de Consulta.



Problemas más atendidos y recursos de personal del centro

TABLA 12

RECURSOS DE PERSONAL	PROBLEMAS MAS ATENDIDOS - NIÑOS			
	1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	2 TRASTORNOS DE CONDUCTA	3 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	4 PATOLOGIAS DEL LENGUAJE
	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%
	Logópedas-foniatras 41,4%	Psiquiatras 28,3%	Psiquiatras 36,4%	Logópedas-foniatras 68,8%
	Médicos 21,4%	Logópedas-foniatras 23,9%	Médicos, ATS o enfermeros 21,2%	Médicos 28,1%
	Psiquiatras 20%	Médicos, ATS o enfermeros 21,7%	Logópedas-foniatras 15,2%	Pedagogos educadores 18,8%

EN este capítulo vamos a examinar qué relaciones existen entre los problemas más atendidos en niños y adultos y los recursos de personal de los Centros; es decir, con qué dotación de profesionales cuentan los Centros para atender las diferentes problemáticas.

En la tabla 12 vemos qué profesionales están presentes en los Centros que atienden las patologías más frecuentes de la población infantil.

En el resto de las problemáticas los datos son, en términos generales, similares. Otro tipo de profesionales que son señalados en las encuestas pero que no aparecen en la Tabla 12 son los Asistentes Sociales y los Terapeutas Ocupacionales.

Como puede apreciarse, en general los recursos de personal de los Centros suelen adaptarse al tipo de problemas que en ellos se atienden.

En los adultos la relación entre estas dos categorías viene descrita en la tabla 13.

TABLA 13

RECURSOS DE PERSONAL	PROBLEMAS MAS ATENDIDOS - ADULTOS				
	1 NEUROSIS	2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN GENERAL	3 PROBLEMAS DE INTERACCION SOCIAL	4 PROBLEMAS DE PAREJA	5 PROBLEMAS SEXUALES
	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%	Psicólogos clínicos 100%
	Psiquiatras 46,2%	Psiquiatras 43,2%	Logópedas- foniatras 26,9%	Médicos 23,1%	Médicos 52%
	Médicos 25,6%	Médicos, ATS o enfermeros 24,3%	Médicos 15,4%	Psiquiatras Pedagogos 19,2%	Psiquiatras, ATS o enfermeros 32%
	ATS o enfermeros 17,9%	Logópedas- foniatras 13,5%	Psiquiatras, ATS o enfermeros 11,5%	Asistentes sociales 15,4%	Asistentes sociales y otros 20%

En la atención del resto de las áreas del conflicto, los Centros suelen contar con el tipo de profesionales descritos en la tabla 13.

Es interesante señalar que la mayor parte de los Centros cuentan con un equipo interdisciplinario a la hora de efectuar los tratamientos tanto de niños como de adultos, excepto en el 30,9% del total de los casos, en que los Centros están formados exclusivamente por Psicólogos Clínicos.



Actividades realizadas

Recursos de personal del Centro

EN este apartado comentaremos las relaciones existentes entre el tipo de actividades realizadas y los recursos de personal con los que cuenta el Centro para llevar a cabo tales actividades en primer lugar y luego las actividades realizadas y el tipo de centro.

De los Centros que realizan Terapia Psicológica (91,6% que significan 175 Centros), el 100% tiene Psicólogos Clínicos; el 29,7% incluye Psiquiatras; el 28,6% cuenta con la asistencia profesional de Médicos (excluyendo Psiquiatras); el 24,6% incluye la colaboración de ATS y el 22,9% la de Logopedas-Foniatras. Los demás profesionales incluidos en esta categoría aparecen señalados con una frecuencia baja (puntuaciones inferiores al 10%).

En cuanto a los Centros que realizan Diagnóstico Psicológico, las cifras son muy parecidas a las anteriores (variando en ± 2 puntos) por lo que no las comentaremos.

Una pequeña variación en cuanto a los recursos de personal, la hallamos en los Centros que se dedican a la Reeducción de Problemas de Aprendizaje.

Encontramos que en todos los Centros trabajan Psicólogos Clínicos; el 40% de los Centros incluye la colabora-

ción de Logopedas-Foniatras; el 24% cuenta con Médicos (exceptuando a los Psiquiatras), y, con un porcentaje de 17%, encontramos Centros que afirman contar con ATS o con Psiquiatras. El resto de los profesionales presenta porcentajes inferiores al 12%.

De los Centros que afirman dedicarse a la formación de Post-graduados (el 36,6% como ya señalábamos anteriormente), el 100% cuenta con Psicólogos Clínicos; el 41,4% incluye Psiquiatras; el 28,6% tiene Médicos colaborando en el Centro y el 22,9% cuenta con ATS. Como en los casos anteriores, el resto de los profesionales no suele trabajar en estos Centros.

Tipo de Centro

Observaremos en este apartado la relación existente entre las Actividades que realiza el Centro y el tipo de Centro. La tabla 14 nos presenta estos datos.

Debemos recordar que cuando definimos la categoría "Centros de Psicología de Consulta" incluimos los Gabinetes Privados y otros tipos de Centro como los dependientes de los Ayuntamientos de la Provincia de Madrid (Centros de Salud Municipal, Servicios Psicopedagógicos, etc.) y los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, ambos dependientes de Organismos Públicos.

TABLA 14

		ACTIVIDADES			
		TERAPIA	DIAGNOSTICO	REEDUCACION	FORMACION A POSTGRADUADOS
TIPO DE CENTRO	CENTRO DE PSICOLOGIA DE CONSULTA	79,4%	77,2%	80,0%	75,7%
	CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL	9,7%	11,2%	14,0%	8,6%
	HOSPITAL GENERAL	8,0%	8,2%	5,0%	11,4%
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	2,9%	3,4%	1,0%	4,3%
	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Comentaremos los datos que se presentan en la tabla 14. En gran medida, la mayor parte de la asistencia psicológica se realiza en los Centros de Psicología de Consulta (el 81,21% del total son Centros de gestión privada y el resto, Centros dependientes de Organismos Públicos), presentando, en esta muestra, los Hospitales Generales y los Hospitales Psiquiátricos déficits en la realización de terapias y diagnósticos psicológicos, así como en la Reeducación de problemas de aprendizaje, áreas

de gran demanda entre la población madrileña. Sin embargo no debemos olvidar el pequeño número de Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos que se incluyen en nuestra muestra.

De todas formas, si consideramos la muestra estudiada en este caso como representativa de la realidad asistencial en Psicología Clínica de Madrid capital y provincia, se podría pensar que los Organismos Públicos no cubren gran

parte de esta demanda asistencial (si exceptuamos los Centros de Salud Municipal y demás Centros dependientes de los Ayuntamientos y los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y el gran esfuerzo que están llevando a cabo para atender a la población madrileña). Esta demanda se está cubriendo en su mayor parte en los Centros privados que, por supuesto, son más numerosos que los otros Centros dependientes de Organismos Públicos.



8

Tiempo que lleva funcionando el centro

EN este apartado comentaremos el tiempo que lleva funcionando el Centro y su relación con tres factores: su dependencia institucional, la escuela psicológica y los problemas que atiende.

TABLA 15

		DEPENDENCIA INSTITUCIONAL			
		CENTROS DEPENDIENTES DE ORGANISMOS PUBLICOS	CENTROS DEPENDIENTES DE ORGANISMOS PRIVADOS	CENTROS PRIVADOS (NO DEPENDIENTES DE NINGUN ORGANISMO)	
N = 191	TIEMPO QUE LLEVA FUNCIONANDO EL CENTRO	MENOS DE 1 AÑO	10,6%	7,4%	21,5%
		DE 1 A 2 AÑOS	20,9%	4,1%	12,4%
		DE 2 A 3 AÑOS	18,3%	16,3%	14,1%
		DE 3 A 5 AÑOS	3,0%	16,3%	17,4%
		DE 5 A 7 AÑOS	—	23,3%	13,9%
		DE 7 A 10 AÑOS	8,2%	16,3%	11,7%
		MAS DE 10 AÑOS	39,0%	16,3%	9,0%
		TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
			N = 39	N = 31	N = 121

Dependencia institucional

En la tabla 15 aparecen todos los datos divididos en las 3 categorías que presentaba la pregunta dependencia institucional: 1º) Centros dependientes de Organismos Públicos, 2º) Centros dependientes de Organismos o Entidades Privadas y 3º) Centros de gestión privada, en relación con el tiempo que lleva funcionando el Centro.

Es significativo, por ejemplo que en los Centros del primer grupo, encontramos porcentajes relativamente altos en las categorías de más de 10 años (39%) y de 1 a 2 años (20,9%), observando que no hay ningún Centro que lleve de 5 a 7 años en funcionamiento.

En el segundo grupo, apreciamos el mayor porcentaje en los Centros que llevan de 5 a 7 años, con porcentajes idénticos en las categorías de 2 a 3 años, de 3 a 5 años, de 7 a 10 años y de más de 10 años. Por ello se podría considerar que, exceptuando los porcentajes más bajos de 4,1% (Centros que llevan de 1 a 2 años) y de 7,4% (en los Centros de menos de 1 año) el resto de las categorías aparecen con porcentajes bastante similares.

En la tercera categoría (Centros de Gestión Privada), el porcentaje más alto se presenta en los Centros de menos de 1 año, seguidos por los de 3 a 5 años; el resto se encuentra repartido en porcentajes similares.

Si comparamos los datos, observamos que el desarrollo de Centros con 3 años o menos de antigüedad en los Organismos Públicos, supone aproximadamente un 50% del total de los Centros existentes, lo que coincide con el crecimiento experimentado por la iniciativa privada en el mismo tiempo. Sin embargo, hay que anotar que, en términos absolutos, el número de Centros abiertos por la iniciativa privada (58) es considerablemente superior al de la iniciativa pública (19 Centros).

Esta valoración se modifica cuando consideramos los Centros más antiguos. Mientras que la iniciativa pública tiene un 47,2% de sus Centros (18 Centros) con una antigüedad de 7 años o más, la privada, para la misma antigüedad, presenta un porcentaje de 20,7% (25 Centros). Pero, de nuevo, hay que tener en cuenta que, en términos absolutos, siguen existiendo más Centros privados que públicos con más de 7 años de antigüedad.

Escuela psicológica

Comentaremos ahora los datos acerca del Tiempo de funcionamiento en relación con la Escuela Psicológica.

Queremos apuntar, en primer lugar, que ninguno de estos porcentajes puede sumar 100, ya que un Centro puede contar con varios psicólogos clínicos de diferentes orientaciones, por lo que un mismo Centro podía señalar varias respuestas.

Observamos que los Centros de menos de 1 año se reparten en porcentajes que van desde un 45,2% (Terapia de Conducta) hasta un 3,2% (Psicoanálisis

Ortodoxo y Otro tipo de Psicoanálisis). De aquí podemos deducir que, con esta antigüedad, no es frecuente encontrar Centros que realicen Psicoanálisis Ortodoxo u otro tipo de Psicoanálisis. Por el contrario, si hallamos Centros que se dedican a la Terapia Conductual (45,2%), Terapia Cognitivo-Conductual (41,9%), Psicoterapias Humanistas (35,5%), Psicoterapia de Inspiración Psicoanalítica (35,5%) o que se consideran eclécticos (30%). Por lo que respecta a los Centros con una antigüedad de entre 1 ó 2 años, apreciamos que no existe ninguno que realice Psicoanálisis Ortodoxo u Otro tipo de Psicoanálisis. El Análisis Transaccional también presenta un porcentaje bajo (4,3%). Los Centros de esta categoría suelen realizar Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica (43,5%) o Terapia de Conducta (30,4%) o son Eclécticos (30,4%) o están en la categoría de otros tipos de escuela (30,4%) o trabajan en Psicoterapias Humanistas (26,1%) o en Terapia Cognitivo-Conductual (21,7%).

En la categoría de 2 a 3 años, siguen apareciendo porcentajes bajos en Psicoanálisis Ortodoxo (7,1%) y en Otro tipo de Psicoanálisis (3,6%). Sin embargo, con este grado de antigüedad, una vez más encontramos que las Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica (39,3%), la Terapia de Conducta (35,7%), las Psicoterapias Guestrálticas (32,1%), las Terapias Cognitivo-Conductuales (28,6%) y las Psicoterapias Humanistas (28,6%) presentan los porcentajes más altos.

En lo que se refiere a los Centros de 3 a 5 años de antigüedad, observamos que el porcentaje más alto lo obtienen los Centros que se dedican a las Psicoterapias de Inspiración Psicoanalítica (53,8%), seguidos a continuación por los que utilizan la Terapia Cognitivo-Conductual (30,8%), por la Terapia de Conducta (26,9%) y por las Psicoterapias Humanistas o los Eclécticos, ambos con un 15,4%. Se vuelven a repetir los porcentajes bajos en cuanto al Psicoanálisis Ortodoxo (3,8%), presentando también porcentajes bajos el Análisis Transaccional (3,8%) y las Psicoterapias Guestrálticas (3,8%). Si analizamos ahora los Centros que llevan de 5 a 7 años en funcionamiento, observaremos que aumenta el porcentaje de Psicoanalistas Ortodoxos (17,4%), y que se iguala con la Terapia de Conducta (17,4%) y con Otro tipo de Psicoanálisis (17,4%). El porcentaje más alto se encuentra en los Centros que asumen la categoría Ecléctico (30,4%), seguidos por los que se dedican a la Terapia Cognitivo-Conductual. Un porcentaje bajo se presenta en la categoría Psicoterapias Humanistas (4,3%). Hay que señalar también que, con esta antigüedad, no existe ningún Centro que se dedique al Análisis Transaccional. Los Centros de 7 a 10 años de antigüedad presentan porcentajes más altos que

los anteriores en Psicoanálisis Ortodoxo (23,8%). Por otro lado, la categoría más señalada se refiere a los Centros que llevan a cabo Terapias de Inspiración Psicoanalítica (52,4%), seguidos por la Terapia de Conducta (33,3%), por las Psicoterapias Humanistas (28,6%) y por las Terapias Cognitivo-Conductuales o por los Centros que se denominan Eclécticos, ambos con un 23,8%. El porcentaje más bajo se encuentra en Otro tipo de Psicoanálisis (4,8%).

Los Centros más antiguos presentan un 10% en la categoría de Psicoanálisis Ortodoxo; un 50% (el porcentaje más elevado) lo hallamos en la Terapia de Conducta. Con porcentajes de 26,7%, aparecen los Centros que se incluyen en la categoría de Eclécticos y los que realizan Psicoterapias Humanistas; los que trabajan con Terapias Cognitivo-Conductuales presentan un porcentaje de 23,3%, porcentaje idéntico al de los Centros que se dedican a la Psicoterapia Guestráltica. El porcentaje más bajo lo hallamos en los Centros que señalan la categoría Otro tipo de Psicoanálisis (3,3%).

Nos parece interesante apuntar que la tendencia de los Centros en lo que respecta a la Escuela Psicológica presenta datos relevantes: por ejemplo, el 75,5% de los Centros que se dedican al Psicoanálisis Ortodoxo tienen una antigüedad de 5 años o más.

Sin embargo, no encontramos datos parecidos en cuanto al resto de las orientaciones, puesto que se reparten con porcentajes similares: por ejemplo, en el caso de las Terapias de Inspiración Psicoanalítica (ver tabla 16) donde los porcentajes varían desde un 11,6% (5 a 7 años) hasta un 17,8% (de 3 a 5 años).

TABLA 16

TERAPIAS DE INSPIRACION PSICOANALITICA		
Menos de 1 año	14,1%	N=81
De 1 a 2 años	12,8%	
De 2 a 3 años	14,1%	
De 3 a 5 años	17,8%	
De 5 a 7 años	11,6%	
De 7 a 10 años	14,1%	
Más de 10 años	15,5%	
TOTAL	100,0%	

Los Centros que se dedican a la Terapia de Conducta se reparten de la siguiente forma:

TABLA 17

TERAPIA DE CONDUCTA		N=69
Menos de 1 año	20,3%	
De 1 a 2 años	11,1%	
De 2 a 3 años	15,6%	
De 3 a 5 años	11,7%	
De 5 a 7 años	6,8%	
De 7 a 10 años	11,7%	
Más de 10 años	22,8%	
TOTAL	100,0%	

Como vemos, en esta orientación, si exceptuamos los Centros que llevan de 5 a 7 años que presentan un porcentaje más bajo, el resto se reparte entre las demás categorías de tiempo en porcentajes que no presentan grandes oscilaciones.

En el resto de las escuelas, los porcentajes también se reparten entre todas las categorías de tiempo presentando porcentajes similares.

Problemas que atiende

Pasaremos a describir las relaciones existentes entre el tiempo de funcionamiento y los problemas que trata el Centro. Consideraremos primero los problemas infantiles.

Los porcentajes que presentan los Centros que tratan Problemas de Aprendizaje nos hacen ver que el 72,8% del total de Centros que se dedican al tratamiento de esta problemática tienen una antigüedad inferior a 5 años, apreciándose también un progresivo descenso en la asistencia de estos problemas, a medida que los Centros van siendo más antiguos.

Esta misma situación se repite en cuanto a los Centros que se dedican al tratamiento de las Patologías del Lenguaje (recordemos que se trataba de problemas de lenguaje con origen físico, como las afasias) presentándose un 72% del total de Centros que prestan asistencia en este área en Centros de menos de 5 años de antigüedad.

Sin embargo, los Centros que afirman tratar neurosis infantil varían con respecto a los casos anteriores. El 76,3% del total de los Centros que cubren este área de conflicto se encuentran en Centros que tienen más de 3 años de antigüedad.

En esta misma dirección, hallamos porcentajes superiores en cuanto a los Centros que tratan Psicosis infantiles. El 92,9% del total de Centros que se dedican a este cuadro sintomático son Centros que tienen más de 3 años de antigüedad, no existiendo ningún Centro con una antigüedad inferior a 2 años que incluya este problema en su área asistencial.

Veamos ahora qué tipo de relación se establece en cuanto a los problemas tratados en Adultos. Los problemas sexuales, los problemas en las relaciones familiares, los problemas de personalidad, la neurosis, los trastornos cognitivos y los conductuales, se encuentran divididos entre todas las categorías de tiempo con porcentajes similares.

Sin embargo, podemos observar que tanto los problemas psicogerítricos como las toxicomanías y la delincuencia (que son los problemas menos tratados, en general, junto con los problemas psicológicos asociados a las minusvalías físicas) son atendidos en su mayoría por Centros que superan los 3 años de funcionamiento: los primeros están atendidos en un 100% por Centros con más de 5 años de antigüedad; los segundos están atendidos en un 88,9% por Centros con más de 3 años de antigüedad y los terceros están atendidos en un 67,7% por Centros que llevan más de 7 años en funcionamiento.

Escuela psicológica y precio por consulta

TABLA 18

ESCUELA PSICOLOGICA					
PRECIO POR CONSULTA EN PESETAS	1 PSICOTERAPIAS DE INSPIRACION PSICOANALITICA	2 TERAPIA DE CONDUCTA	3 TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL	4 PSICOTERAPIA HUMANISTA	5 ECLECTICOS
	1.000 a 2.000 (42,6%)	1.000 a 2.000 (40,5%)	1.000 a 2.000 (50%)	1.000 a 2.000 (43,3%)	1.000 a 2.000 (28,6%)
	2.000 a 3.000 (25,5%)	otras formas de pago (21,6%)	2.000 a 3.000 (18,8%)	2.000 a 3.000 (23,3%)	otras formas de pago (21,4%)
	500 a 1.000 (14,9%)	2.000 a 3.000 (16,2%)	500 a 1.000 (15,6%)	500 a 1.000 (16,7%)	500 a 1.000 (17,9%)
	Otras formas de pago (10,6%)	500 a 1.000 (10,8%)	Otras formas de pago (12,5%)	Otras formas de pago (10%)	2.000 a 3.000 (14,3%)

RECORDAMOS que para el estudio de la pregunta "Precio por Consulta" tuvimos en cuenta únicamente las respuestas del grupo de Centros de gestión privada.

En la tabla 18, vemos como se distribuye la relación entre las diferentes Escuelas Psicológicas (Orientación teórica de los Centros) más señaladas en la encuesta y los diferentes ítems de la pregunta precio por consulta.

En general, vemos que en la mayoría de las Orientaciones teóricas los honorarios se reparten entre 500 y 3.000 ptas., por sesión, concentrándose principalmente en el grupo de 1.000 a 2.000 ptas., por sesión, que es la categoría más señalada. Otra categoría bastante señalada por todas las Orientaciones es la categoría "Otras formas de pago" que incluye: precio variable según los recursos económicos de los

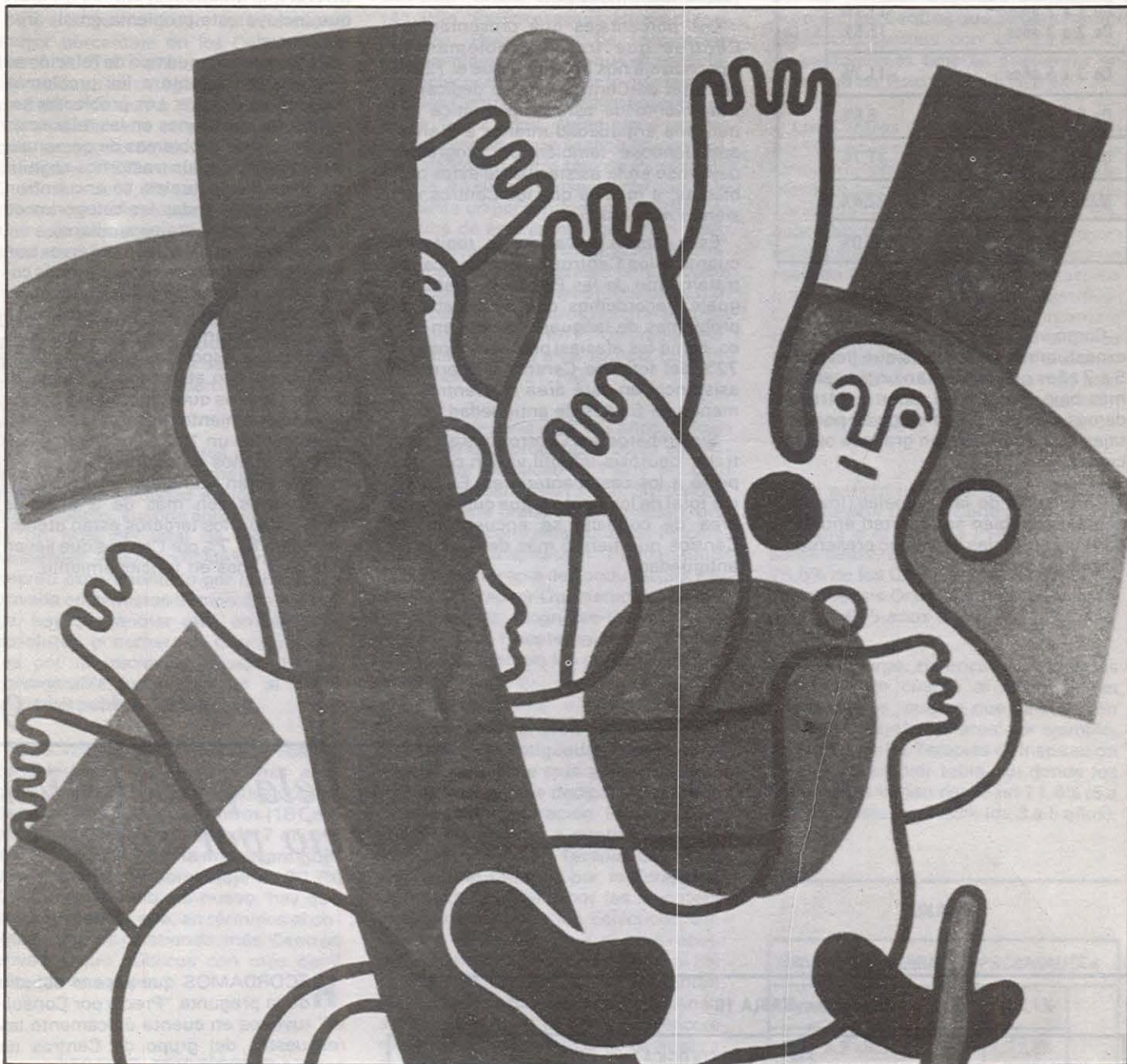
clientes, distinto precio para la primera sesión, etc.

Las Orientaciones teóricas que tienden a ser más caras, y que no aparecen en la tabla por ser señaladas en porcentajes inferiores al 10%, son el Psicoaná-

lisis Ortodoxo, el Análisis Transaccional y Otros tipos de Psicoanálisis, que principalmente señalan la categoría de 2.000 a 3.000 ptas., por sesión.

No obstante, vemos que no existe una variabilidad muy grande entre las diver-

sas Orientaciones con respecto al precio por consulta, y que el establecimiento de los honorarios depende más bien de otro tipo de variables diferentes a la Escuela Psicológica de la que cada uno participa.



10

Mapa de psicología clínica en Madrid y Provincia

EN el presente artículo vamos a exponer algunas conclusiones obtenidas del estudio de las direcciones de los Centros que componen la Guía de Recursos Asistenciales en Psicología Clínica en la Provincia de Madrid.

Hemos de observar, que los 131 Centros de diversas dependencias institu-

cionales recogidos en esta Guía, suponen una muestra representativa del total de los Centros de Asistencia en Psicología Clínica de Madrid (exactamente el 41% del total). Por este motivo indicamos la necesidad de tener esto en cuenta a la hora de interpretar los datos que expondremos a continuación.

CENTROS DE PSICOLOGIA EN MADRID CAPITAL

Seguidamente analizaremos como se distribuye la asistencia en Psicología Clínica, por los diversos distritos municipales de Madrid. Un factor que hemos tenido en cuenta, ha sido la dependencia institucional de los Centros, que-

dando recogidos éstos en tres categorías:

- Centros dependientes de Organismos Públicos (O.PB)
- Centros dependientes de Organismos o Entidades Privadas (O.PR.)
- Centros de gestión Privada (PR.)

La totalidad de los datos queda recogida en la Tabla I.

CENTROS DE PSICOLOGIA (MADRID CAPITAL)

DISTritos MUNICIPALES		NUMERO DE CENTROS			
		O. PB.	O. PR.	PR.	TOTAL
1	CENTRO	—	3	8	11
2	ARGANZUELA	—	2	8	10
3	RETIRO	2	—	2	4
4	SALAMANCA	3	6	18	27
5	CHAMARTIN	—	4	8	12
6	TETUAN	—	1	9	10
7	CHAMBERI	6	1	17	24
8	FUENCARRAL	2	1	3	6
9	MONCLOA	3	2	8	13
10	LATINA	1	1	1	3
11	CARABANCHEL	4	1	3	8
12	VILLAVERDE	—	1	2	3
13	MEDIODIA	1	—	—	1
14	VALLECAS	2	—	3	5
15	MORATALAZ	1	—	3	4
16	CIUDAD LINEAL	—	—	3	3
17	SAN BLAS	—	—	1	1
18	HORTALEZA	—	—	4	4
TOTAL		25	23	101	149

En cuanto a Centros de gestión privada se destacan notablemente los distritos de Salamanca, con 18 Centros, y Chamberí, con 17 Centros. Estas zonas parecen estar más favorecidas con la presencia de Centros privados de Psicología Clínica. A continuación encontramos, aunque con una frecuencia visiblemente inferior, los distritos de Tetuán (9 Centros); Arganzuela, Chamartín y Moncloa, con ocho centros cada uno. Por debajo del promedio encontramos los distritos de Hortaleza (4 Centros); Fuencarral, Carabanchel, Vallecas, Moratalaz y Ciudad Lineal, con 3 Centros cada uno. Y por último, bastan-



te desfavorecidos en cuanto a la existencia de Centros privados de Psicología, encontramos los distritos de Latina y San Blas, con un Centro cada uno. En el distrito de Mediodía, no hemos obtenido respuesta de ningún Centro de gestión privada.

El promedio de Centros de Psicología Clínica en los distritos municipales de Madrid es de, aproximadamente, 8 Centros por distrito, distribuyéndose según las dependencias de la siguiente forma: un Centro dependiente de Organismo Público, un Centro dependiente de un Organismo o Entidad privada y seis Centros de gestión privada.

En la provincia de Madrid hemos obtenido respuesta de 32 Centros de Psicología Clínica de diversas dependencias institucionales, que se hallan repartidos entre 15 municipios, tal y como queda reflejado en la tabla II.

CENTROS DE PSICOLOGIA (PROVINCIA DE MADRID)

MUNICIPIOS PROVINCIA DE MADRID	NUMERO DE CENTROS			
	O. PB.	O. PR.	PR.	TOTAL
ALCALA DE HENARES	1	—	4	5
ALCOBENDAS	1	—	—	1
CIEMPOZUELOS	—	2	—	2
COSLADA	1	—	—	1
FUENLABRADA	1	—	1	2
GETAFE	1	—	3	4
LAS ROZAS	1	—	—	1
LEGANES	2	—	2	4
MAJADAHONDA	—	1	1	2
MOSTOLES	3	1	1	5
PARLA	—	—	1	1
POZUELO DE ALARCON	—	1	—	1
SAN FERNANDO DE HENARES	1	—	—	1
SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS	—	—	1	1
VILLALBA	—	1	—	1
TOTAL	12	6	14	32

Como puede apreciarse, los municipios que tienden a estar mejor dotados en cuanto al número de Centros de asistencia en Psicología Clínica son los que cuentan con una densidad mayor de población.

De ésta forma encontramos los municipios de Móstoles y Alcalá de Henares con cinco Centros cada uno; Getafe y Leganés, con cuatro Centros cada uno; Ciempozuelos, Fuenlabrada y Majadahonda, con dos Centros cada uno, y los municipios de Alcobendas, Coslada, Las Rozas, Parla, Pozuelo de Alarcón, San Fernando de Henares, San Martín

de Valdeiglesias y Villalba, con un Centro cada uno de ellos.

El índice de respuesta de los Centros ubicados en los municipios de la provincia de Madrid ha sido relativamente bajo, hemos de señalar que el número de Centros es algo superior en la realidad.

Detallando un poco más los datos de la tabla I, podemos apreciar que existe bastante heterogeneidad en cuanto al número de Centros con que cuenta cada distrito municipal. Observamos una concentración más acusada en los distritos de Salamanca (27 Centros) y Chamberí (24 Centros), zonas que pare-

cen ser preferentemente elegidas para la ubicación de Centros de Psicología de diversas dependencias institucionales. Después encontramos a cierta distancia de estos dos distritos, otros que cuentan con una dotación media de Centros, así encontramos los distritos de Moncloa (13 Centros), Chamartín (12 Centros), Centro (11 Centros), Arganzuela (10 Centros), Carabanchel (8 Centros) y Fuencarral (6 Centros). Los restantes distritos presentan una frecuencia baja en Centros de Asistencia en Psicología, en esta categoría se encuentran los distritos de Vallecas (5 Centros), Moratalaz, Hortaleza y Retiro con 4 Centros cada uno, y Latina, Villaverde y Ciudad Lineal con tres Centros cada uno.

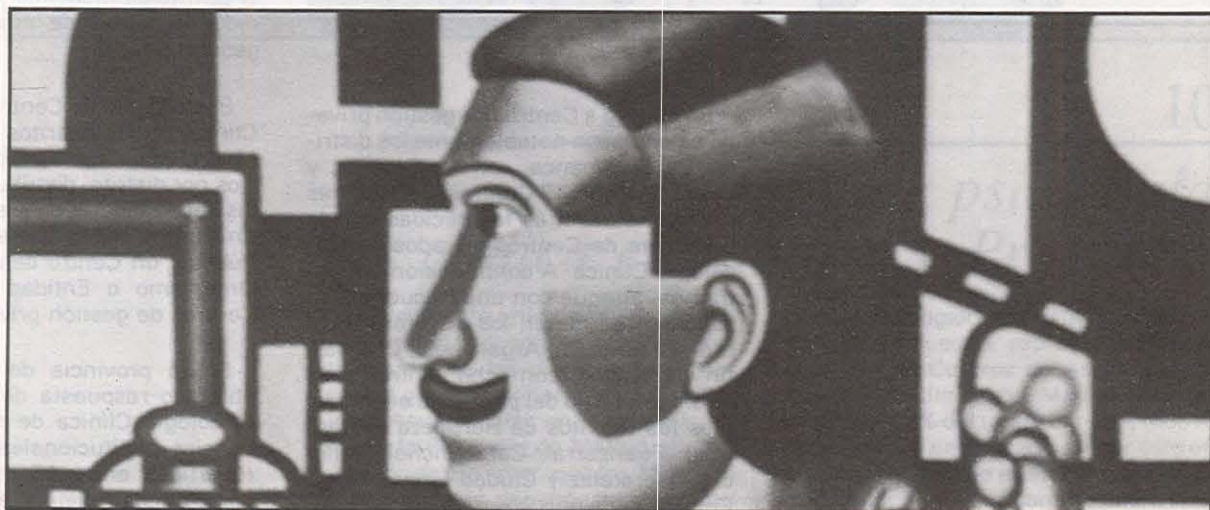
Los distritos de Mediodía y San Blas son los que más deficiencias presentan en cuanto asistencia psicológica, contando con un centro cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta la dependencia institucional de los Centros, observamos que el distrito que más Centros dependientes de Organismos Públicos (O.PB.) tiene, es el de Chamberí, que cuenta con 6 Centros, seguido del distrito de Carabanchel (4 Centros), de los distritos de Salamanca y Moncloa (3 Centros cada uno), Retiro, Fuencarral y Vallecas (2 Centros cada uno) y Latina, Mediodía y Moratalaz con 1 Centro cada uno.

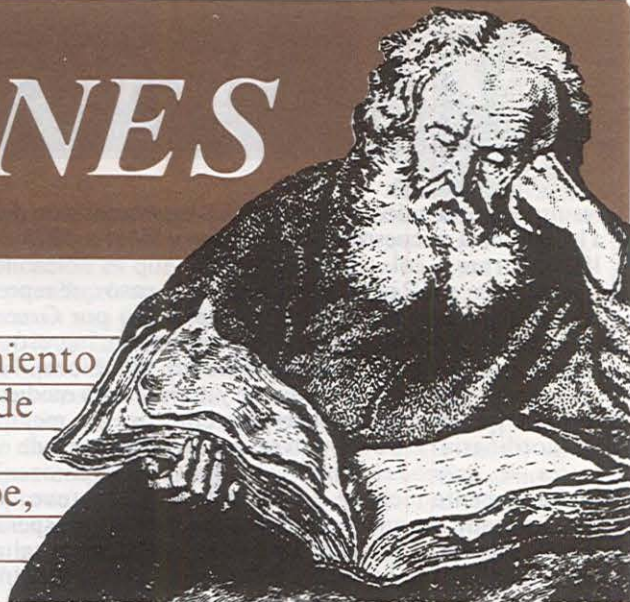
En los restantes distritos no hemos obtenido respuesta de ningún Centro incluido en esta categoría, aunque nos consta la existencia de Centros de Psicología dependientes de Organismos Públicos en algunos de ellos.

Por otra parte, el distrito que cuenta con más Centros dependientes de Organismos o Entidades Privadas (O.PR.) es el de Salamanca con 6 Centros, seguido de Chamartín con 4 Centros, el distrito de Centro con 3 Centros, Arganzuela y Moncloa con 2 Centros y los distritos de Tetuán, Chamberí, Fuencarral, Latina, carabanchel y Villaverde con 1 Centro cada uno de ellos.

En los restantes distritos no obtuvimos respuesta de ningún Centro dependiente de Organismos o Entidades Privadas.



REFLEXIONES



Un placebo es una sustancia o procedimiento que se administra con la "sugerencia" de que modificará alguna condición, pero que siendo desconocido para quien lo recibe, no tiene ninguna propiedad activa en base a la que se produzcan las reacciones en cuestión. Los autores reflexionan en las siguientes páginas sobre la psicología del efecto placebo.

COMO LLEGAR A SER UN MEJOR TERAPEUTA

Marino Pérez y José Ramón Fernández Hermida (1)

EL Efecto Placebo (EP) se define como las alteraciones psicológicas o psicofisiológicas producidas por los placebos (para consideraciones conceptuales ver Shapiro y Morris, 1978; Grünbaum, 1981). Ocurre un EP estándar cuando la administración del placebo altera algún estado del receptor de acuerdo con el cambio esperado; se trata de "efecto inductivo" en el supuesto de que el placebo influya condiciones no esperadas, pudiendo ser un caso particular que este efecto sea, incluso, paradójico, ver más adelante (Ross y Olson, 1981).

Las profesiones terapéuticas son las situaciones más

propensas a ser afectadas por este fenómeno. Se ha constatado su influencia, incluso, en cirugía. En los años 50 la angina de pecho se trataba mediante el ligamento de la arteria mamaria interna. Ante dudas acerca del impacto real de esta intervención, se llevaron a cabo experimentos de doble-ciego consistentes en intervenir a pacientes, unos de modo completo y otros sólo con la incisión (una condición de operación simulada), siendo posteriormente examinados por cardiólogos desconocedores, al igual que los pacientes, de quienes habían sido realmente intervenidos. Se encontró que ambos grupos habían mejorado por igual (Cobb y col., 1959; Diamon y col., 1960; Benson y McCallie, 1979).

Por su parte, la medicación está ampliamente afectada de EP, siendo una rutina metodológica probar los principios activos de un preparado contra condiciones semejantes excepto en que carecen del agente activo que se investiga, sin cuyo requisito no se puede estar seguro de en qué medida los

(1) Marino Pérez Álvarez es profesor de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección Psicología, de Oviedo. José Ramón Fernández Hermida es psicólogo del Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo.



REFLEXIONES

resultados obtenidos, aún siendo los esperados, son debidos a la sustancia en cuestión (cif, Shapiro y Morris, 1978; Jospe, 1978; Turner y col., 1978).

En clínica el EP ocurre "a diario". Un caso que representa esto de manera dramática es el reportado por Greenblatt (1964): Un paciente con cáncer avanzado ingresó moribundo en el hospital. Se le administró "Krebiozen" con la información de que era un nuevo y maravilloso medicamento (cosa que creían, entonces, los clínicos). La mejoría fue extraordinaria y pudo volver a casa. Después de varios meses se corrió el rumor de que el "Krebiozen" era probablemente ineficaz. El paciente recayó y tuvo que ser hospitalizado de nuevo. Allí, le recobraron las esperanzas, aunque las inyecciones que recibía eran de agua salina, de modo que se puso bastante bien y volvió a casa. Finalmente, se enteró que la Asociación Americana de Médicos negaba completamente el valor del "Krebiozen". El paciente recayó otra vez y a las cuarenta y ocho horas moría en el hospital.

De modo más general se puede decir que, en clínica (también, válido en investigación farmacológica), la medicación-placebo, cuando produce efecto, éste se adecúa a una cierta "aritmética mental" del paciente, ajustada al impacto conocido del medicamento real (que se cree que se está tomando). Así se ha visto que los placebos tomados como morfina, reducen más el dolor que si se toman como-siendo-aspirina, que la quinina-placebo reduce la presión sanguínea y la dextrodina-placebo la aumenta, que varios placebos producen más efecto que uno solo y que las curvas temporales del EP son similares a las del fármaco de referencia (Ross y Olson, 1982). Globalmente, pues, se resumiría que el placebo en la práctica médica tiende a producir efectos estándar, es decir, acordes con lo esperado por el paciente y con la lógica clínica (Ross y Olson, 1981).

Desde estas consideraciones y desde los hechos de que la historia de la medicina está plagada de "tratamientos" absolutamente carentes de propiedades específicas, a pesar de lo cual, los pacientes (se pensaba que) mejoraban y estaban contentos con los médicos, cabe decir que la historia de la medicina es, en parte, la historia del EP (Houston, 1938; Bayés, 1982). Algo de esto puede ser extendido al mundo de hoy en el que un tercio de los preparados no tienen propiedades farmacológicas específicas (Byerly, 1976), el 40-50% de los pacientes no siguen las indicaciones terapéuticas y la mitad de los que las siguen lo hacen erróneamente (Pérez Alvarez y Martínez Camino, 1983) y, donde, abundan las medicinas folklóricas y exóticas (Stanway, 1980) cada día más aceptadas (Valtueña, 1983). Sin embargo, ocurren curaciones o mejorías que, en alguna medida, van más allá de las relaciones precisas entre diagnóstico y tratamiento que se conocen en la actualidad. Un ejemplo muy trascendido es la "vitaminofilia" del paciente (y del médico) en la consulta general.

Todo esto puede conducir a sospechas muy razonables de que este fenómeno invade, también en psiquiatría y en psicología clínica. En estos ámbitos profesionales las acciones específicas son más escasas que en la práctica médica y la propia naturaleza de la intervención está más abierta a las influencias interpersonales y a la generación de esperanzas, confianzas y explicaciones "ad hoc", que es algo propio, o por lo menos, próximo al proceso psicológico base del EP. En apoyo de estas impresiones se puede argumentar que la mayoría de los 250 tipos de psicoterapias distintas, por tanto con alguna (pretendida) acción específica diferencial (Herink, 1980), no obstante, aporta parecidas curaciones y mejorías (Smith, Glass y Miller, 1980), lo que muy bien puede hacer que se piense en que sus efectos se deben más a lo que tienen de común (por ejemplo, el clima de la relación terapéutica, expectativas, confianza, sugerencias, novedad, entusiasmo del clínico, etc.) que lo que tienen de diferente.

Por su parte, las terapias conductuales que pasan por ser procedimientos rigurosos de cambio psicológico, también se sospecha de ellas que están influidas por desconocidos

"Factores inespecíficos" (Bayés, 1983). Incluso técnicas de las más solventes, pueden producir resultados en base a factores del sujeto y de la relación terapéutica y no, exclusivamente, en base al método. Así, no se descarta que la eficacia de la Desensibilización Sistemática se deba, en parte, a efectos inespecíficos, por ejemplo, expectativas de éxito o prestigio social (Kazdin y Wilcoxon, 1976).

Los resultados clínicos del "Biofeedback" no se pueden diferenciar de un EP. En el tratamiento de la cefalea tensional, los resultados "muestran que tanto los sujetos sometidos al tratamiento activo tradicional en el músculo frontal como los sujetos a los que se les administró el tratamiento placebo redujeron de forma similar y estadísticamente significativa tanto sus niveles de tensión muscular frontal como sus dolores de cabeza", incluso tres meses después de terminado el tratamiento (Bayés, 1983, p. 116). Dudas sobre lo que realmente funciona que también se pueden extender a la Economía de Fichas (Magaro, Gripp y McDowell, 1978) y al Habit Reversal (Bayés, 1982).

Estas apreciaciones pueden ser extendidas no sólo a otras técnicas cognitivo-conductuales, sino, también, a otros enfoques terapéuticos, que, como señala Frank (1974), comparten los mismos componentes accidentales inespecíficos.

Estas consideraciones no ponen en duda la eficacia clínica de las técnicas o enfoques terapéuticos en salud mental. Más bien pretenden llamar la atención sobre la influencia de factores personales y de la relación terapéutica que pueden ser curativos y que, actualmente, no son muy bien conocidos, y se los ve como un estorbo para valorar la "técnica específica". Otra llamada de atención se dirige a que "en el fondo", es decir, en la praxis clínica, las diversas técnicas de intervención se parecen más que lo que sus autores estarían dispuestos a reconocer. Dicho de otro modo, y otra vez, las numerosísimas y diferentes técnicas terapéuticas tienen más elementos en común que distintivos y su variada, aunque parecida, eficacia, pueden deberse a lo que tienen de común, porque, si no, se podría esperar que muchas no funcionaran para nada y otras estuvieran muy cerca del 100% del éxito, lo que no es el caso (cif. Frank, 1974).

Psicología del efecto placebo

Psicología ha interesado como fenómeno en sí mismo relevante. Como se puede derivar del apartado anterior, lo que sea el EP lo habrá que buscar en algún proceso psicológico relacionado con las interacciones sociales de la relación terapéutica. En este sentido, una de las aproximaciones más consistentes explica el EP en base a la teoría de las Expectativas y de la Atribución (Ross y Olson, 1981). En general, se entiende que en la base del fenómeno están las expectativas de las que dispone el paciente y/o adquiere en la terapia acerca de lo que (más probablemente) pueda ocurrir, de manera que, en adelante, tiene la situación preparada para atribuir algún cambio, o sensación de él, a la acción del clínico.

La trascendencia de las expectativas y de la atribución en el contexto clínico ha sido investigada por los psicólogos sociales. Es clásico, en este sentido, el experimento de Schachter y Singer (1962) sobre las emociones. Estos investigadores inyectaron adrenalina a sus sujetos, pero a un grupo se les informó de lo que habrían de esperar, que podrían ser efectos colaterales como temblor, latir el corazón con fuerza, enrojecerse y acalorarse la cara, en realidad una descripción del efecto de la adrenalina. Al otro grupo no se le dijo nada especial sobre efectos secundarios. Todos eran voluntarios que participaban en un experimento sobre los efectos de un "compuesto vitamínico llamado suproxina" sobre la visión. A continuación, pasaron a una sala donde encontraban a alguien "compinchado" con el experimentador. Para unos era un individuo bastante

MIENTRAS que en las Ciencias Biomédicas el EP interesó como variable a controlar, en



simpático, que lo estaba pasando bien y que era participativo e invitativo. Otros tenían que cumplimentar un cuestionario "enojante", una de cuyas preguntas era: "¿Con cuántos hombres (además de su padre) ha tenido su madre relaciones extramaritales?", 4 ó menos ..., de 4 a 9 ..., 10 ó más En aquella sala, el individuo que estaba allí daba muestras de agitación creciente, hasta que rompió el cuestionario, se encolerizó y marchó. El diseño estaba dispuesto de manera que había cuatro grupos experimentales: el informado en la sala de euforia y simpatía, el informado en la sala de cólera y enojante, y, a su vez, el no informado-euforia y el no informado-cólera.

Todos tenían la misma condición biológica, pero cambiaban las expectativas (lo que se les había informado) y el contexto social. Los resultados fueron éstos: los sujetos informados se dedicaban con toda calma a su tarea, en cualquiera de las dos situaciones, mientras que los no informados tendían a seguir el comportamiento del "compinche", devolviéndose, entonces, eufóricos y animados o enfadados e irritados, según el compañero. La explicación es que el grupo informado espera sus sensaciones y las atribuye (correctamente) al medicamento, dedicándose a su tarea e ignorando la rareza del ambiente, mientras que el otro se encontraba con síntomas inesperados y sin explicación previa, quedando su atribución abierta a las influencias de la situación (entendiendo, bien que su excitación es enojo y molestia o bien euforia, según las claves del sitio).

Otro experimento sobre expectativas/atribución relevante a la clínica es el de Storms y Nisbett (1971). Este experimento es paradigmático para el estudio del EP, entre otras cosas, porque muestra un efecto paradójico, consistente en que el placebo afectó condiciones no esperadas y, además, en la dirección, en principio, contraria a la lógica clínica. Estos efectos inductivos paradójicos ocurren más frecuentemente en clínica psicológica que en la médica que, como se dijo, tiende a aparecer el EP estándar. Por esto tiene un interés especial este experimento.

Los sujetos de este experimento (Storms y Nisbett, 1971) eran individuos insomnes (reclutados para "examinar los efectos de la actividad corporal sobre los sueños") a los que se les administraron pastillas-placebo poco antes de ir a dormir. A unos se les informó que las pastillas elevarían su activación y a otros que les relajaría. La medida dependiente fue la latencia para quedar dormidos.

El resultado fue que los individuos con expectativas de ver aumentada su activación durmieron más rápido que de

habitual, mientras que quienes esperaban que la pastilla fuera relajante, tardaron más en dormir que de costumbre. La explicación es que los individuos con la expectativa de que la pastilla elevaría su arousal, a la hora de ir a dormir encontraron una justificación externa y neutra (la pastilla) a la que atribuir la activación de aquel momento, en realidad, la de siempre, con lo que no se preocuparía por el insomnio, interrumpiéndose, así, la de siempre, con lo que no se preocuparía por el insomnio, interrumpiéndose, así, el circuito de preocupación por no dormir — no dormir — más preocupación por no dormir, etc., que caracteriza al insomne (Monroe, 1967). Por su parte, los individuos que esperaban relajación, al encontrarse con que la pastilla no redujo su arousal cuando "ya debería estar haciendo efecto", podrían inferir que su insomnio es más serio y grave que lo que suponían, con lo que retroalimentaría el circuito de no dormir.

Entonces, el EP puede ser visto como una actividad propia de un paciente "procesador de información social" que dispone de una teoría de los acontecimientos que le afectan, que elabora expectativas sobre lo que ocurrirá e interpreta los datos de algún modo que estima apropiado. O, aún más, puede ser caracterizado como un "psiquiatra o psicólogo intuitivo", en el sentido de que trata de explicar la conducta, de deducir inferencias acerca del medio ambiente y de predecir los acontecimientos y las acciones de la gente. Se basa en diversas fuentes de datos, tiene un particular estilo de almacenar información y de recuperarla y aplicarla en un momento dado (Lambert, 1980, p. 49).

Efectivamente, las situaciones en que se da EP son proclives para estos procesos. Así, experimentos que carecen de los requisitos metodológicos de "doble-ciego" son propicios para que el paciente desarrolle, en base a su conocimiento anterior, o intuya de la situación, lo que se espera que ocurra. Por ejemplo, el "conocimiento común" del poder analgésico de la morfina, o de que a más medicación más efecto, o de que todo medicamento se toma su tiempo en dar resultados y que estos se disipan después, facilita las expectativas adecuadas de un placebo que se toma como tal. En otros casos, es el propio clínico quien puede transmitir de modo más o menos sutil lo que se espera que pase, según el conocido fenómeno del "efecto del experimentador", consistente en que los experimentadores inintencionalmente transmiten a los sujetos las hipótesis del experimento (cif. Alvira y col., 1979 p. 17 y ss.).

Las situaciones clínicas son explícitas en generar expectativas de manera que el paciente sabe lo que debe ocurrir.

Bibliografía

MARINO PEREZ y JOSE RAMON FERNANDEZ HERMIDA

"Cómo llegar a ser un mejor terapeuta"

Revista "Papeles del Colegio, Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 13, febrero 1984. Págs. 27 a 31.

Alvira, F.; Avia, M. D.; Calvo, R., y Morales, F. J. Los dos métodos de las ciencias sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.

Bayés, R. El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 18, 259-280, 1982a.

Bayés, R. Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: Éxito didáctico, éxito terapéutico, pero, ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología*, 9, 107-120, 1982b.

Bayés, R. Influencias de los factores inespecíficos en terapia del comportamiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 1, 109-122, 1983.

Benson, H. y McCallie, D. P. Angina pectoris and the placebo effect. *The New England Journal of Medicine*, 300, 1424-1429, 1979.

Byerly, H. Explaining and exploiting

placebo effects. *Perspectives in Biology and Medicine*, 19, 423-426, 1976.

Cobb, L. A.; Thomas, G. I.; Dillard, D. H.; Merendino, K. A., y Bruce, E. A. An evaluation of internal-mammary-artery ligation by double-blind technic. *The New England Journal of Medicine*, 260, 1115-1118, 1959.

Dimond, E. G.; Kittle, C. F., y Crockett, J. E. Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris. *American Journal of Cardiology*, 5, 483-486, 1960.

Frank, J. D. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Nueva York: Schocken Books, 1974.

Goldstein, J. D. Opioid peptides (endorphins) in pituitary and brain. *Science*, 193, 1081-1086, 1976.

Greenblatt, M. Controls in clinical research. Informe no publicado, Tufts University School of Medicine, 1964 (ref.

REFLEXIONES

Recuérdese, aquí, el caso de Greenblatt (1964), citado antes. Por lo demás, el contexto hospitalario tiene muchos componentes que pueden contribuir en la elaboración de expectativas (Frank, 1974).

En las psicoterapias y en la modificación de conducta (y otras técnicas de otros enfoques), el establecimiento de expectativas y de juicios atribucionales forma parte del propio proceso terapéutico.

Ahora bien, se requiere de algún mecanismo que dé cuenta de cómo las Expectativas/Atribución producen la alteración resultante, habida cuenta que el efecto, a veces, es un cambio fisiológico real. Ross y Olson (1981, 1982) invocan cinco mecanismo intermediarios entre las Expectativas y el resultado final.

El placebo (una pastilla o una sesión terapéutica) pueden hacer al individuo introspectivo y atento a pequeños cambios (que ocurren continuamente) e interpretar como positivas sensaciones somáticas ambiguas, que de otro modo pasarían desapercibidas (sería un cambio más percibido que real). Otro proceso puede tener que ver con el conocido "efecto de la demanda" (cif. Alvira y col., 1979, p. 17 y ss.), consistente en que los sujetos responden de acuerdo con lo que estiman que el investigador o el clínico esperan o desean que ocurra, lo que implica un cambio en el reporte y no un cambio real. En el caso de una mejoría sintomática puede ocurrir que la toma de un placebo, que para el paciente es un medicamento (u otra intervención profesional), reduzca la ansiedad que, como es sabido, agrava las dolencias, con lo que se aliviarían las molestias (lo que supone un cambio real interpretado como una mejoría básica).

Dos explicaciones implican que las expectativas producen cambios corporales reales a través de uno u otro de los siguientes procesos. Se ha invocado el condicionamiento clásico para entender las respuestas placebo como siendo respuestas condicionadas en relación a experiencia previa con verdaderos medicamentos. Hay evidencia en investigaciones con animales que establece que las respuestas generadas por la inyección de morfina (u otra sustancia) se elicitán, más tarde, con la sola presencia de la jeringuilla y frotación con alcohol (que funcionan como estímulos condicionados). Proceso que, también, ocurre en el hombre. El famoso caso Tom, de Wolf (1950) mostraba respuestas de hiperfunción gástrica, calambres abdominales y diarrea ante estímulos previamente asociados con la aplicación de prostigmia (que produce tales manifestaciones). Otro ejemplo, los bebedores habituales de té refieren, inmediatamente

que lo toman, que les influencia los tiempos de reacción, antes que la cafeína pueda producir su efecto farmacológico, lo que, también, puede ocurrir en los que refieren efectos inmediatos a la aspirina, aún antes que fuera absorbida por la corriente sanguínea. Sin embargo, el mecanismo del condicionamiento clásico no es necesariamente general: la experiencia con medicamentos podría capacitar al individuo para discriminar preparados no activos y, entonces, no generan las respuestas condicionadas.

La reducción del dolor mediante placebo se ha explicado en base a que las expectativas podrían activar el sistema endorfinico reduciendo, así, el dolor. El descubrimiento de las endorfinas (Goldstein, 1976) como mediadores cerebrales de la percepción del dolor —un estímulo doloroso activa el sistema endorfinico reduciendo el dolor— sugiere que en las expectativas del placebo podría ocurrir lo mismo. Levin y col. (1978) sostienen esta hipótesis ya que el preparado "naloxone", un bloqueador de las endorfinas y, por tanto, que evita su efecto analgésico, atenúa el efecto reductor del dolor cuando se aplica un placebo con expectativas analgésicas en dolor dental postoperatorio, que de otro modo derivaría en alivio. De todos modos, hay controversia en cuanto a la interpretación de estos resultados y en el momento presente sólo es razonable especular con la intrigante relación entre expectativas y liberación de endorfinas (Ross y Olson, 1982, p. 450).

El uso intencionado del efecto placebo

TANTO para el investigador clínico como para el terapeuta, tiene que ser inquietante, si no incómodo, reconocer que sus resultados (significativos) pueden deberse, en alguna medida, a factores inespecíficos del sujeto y de la situación y no, enteramente, a la técnica que aplica, en la que cree y de la que "conoce" su fundamento.

Sin embargo, visto de otro modo, puede resultar interesante conocer estos hechos y pensar en aprovecharlos en el trabajo profesional. Es decir, el EP no tiene, necesariamente, que ser un estorbo a evitar, por el contrario, podría incorporarse intencionalmente para producir y/o mejorar resultados clínicos.

Las bases conceptuales en las que se apoyaría su uso a propósito, tienen que ver con la noción implícita de "sujeto procesador de información social" o, dicho de otro modo, con la "teoría de la personalidad" que tiene el paciente. Dicha teoría o estilo de procesar información influye en las

Bibliografía

- en R. Rosenthal y L. Jacobson: *Pygmalion en la Escuela. Expectativas del maestro y desarrollo intelectual del alumno*. Madrid. Marova, 1980, orig. 1968 (p. 29 de la ed. esp.).
- Grünbaum, A. The placebo concept. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 157-167, 1981.
- Haley, J. *Strategies of Psychotherapy*. Nueva York. Grune and Stratton, 1963.
- Haley, J. The art of being a failure as a therapist. *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 691-695, 1969.
- Herink, R. (ed.). *The Psychotherapy Handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. Nueva York, New American Library, 1980.
- Hoch, P. H. Aims and limitations of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 112, 321-327, 1955.
- Houston, W. R. Doctor himself as therapeutic agent. *Annals of Internal Medicine*, 8, 1416-1425, 1938.
- Jospe, M. *The Placebo Effect in Healing*. Lexington, Mass.: Heath, 1978.
- Kazdin, A. E., y Wilcoxon, L. A. Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758, 1976.
- Lambert, J. *Psicología Social*. Madrid. Pirámide, 1982 (orig. 1980).
- Lazarus, R. A. *Behavior Therapy and Beyond*. Nueva York. McGraw-Hill, 1971.
- Levine, J. D.; Gordon, N. C., y Fields, H. L. The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 2, 654-657, 1978.
- Magaro, P. A.; Gripp, R., y McDowell, D. J. *The Mental Health Industry. A Cultural Phenomenon*. Nueva York. Wiley, 1978.
- Monroe, L. J. Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 255-264, 1967.
- Pérez Alvarez, M., y Martínez Camino, J. R. *Medicina Conductual: La comunicación médico-paciente. Aceptado para su publicación en Medicina Clínica*, 1983, en prensa.
- Ross, M., y Olson, J. M. An Expect-



conductas, reacciones y actividades subsiguientes y, por tanto, en sus problemas psicopatológicos.

Entonces, de lo que se trataría sería de que el clínico atiende y conozca (más) las expectativas y juicios atribucionales de su paciente y adecúe a ellos sus estrategias terapéuticas (cosa que, naturalmente, no siempre sería lo más razonable). Muchos pacientes tienen una idea particular de su problema, una imagen ideal del terapeuta y unas expectativas sobre el procedimiento al que le gustaría responder (Hock, 1955; Solvey y Milechnin, 1958). El clínico, entonces, daría cumplimiento a este modelo del paciente haciendo que su estilo, procedimiento, explicaciones y acciones terapéuticas coincidan o se parezcan a lo que espera el cliente. De modo que el terapeuta tiene que hacerse (adecuarse) a la medida del paciente, conforme a un "sistema de psicoterapia flexible y personalista" (Lazarus, 1971, cap. II).

Una caracterización frívola de esta supuesta "técnica placebo" podría consistir en un montaje sofisticado e indiosincrático de uso en exclusiva. Por ejemplo, alguien que prevea y confíe en aparatos, cables, gráficos electrónicos, podría disponérsele un contexto que respondiera a esto. Otro que crea que lo (único) que le puede ayudar es un diván, la interpretación de sus sueños y la asociación libre, debería ser tratado con este procedimiento (si el terapeuta no puede responder a estas expectativas, debería remitirlo a otro clínico). Eventualmente, alguien que estime que lo que necesita es que le escuchen, que le dejen hablar y que el terapeuta no se meta en su vida, pues, éste debería presentarse pasivo, silencioso, reflexivo, inactivo y cauteloso, a pesar de que estos puedan ser los cinco factores que garantizan el fracaso dinámico (Haley, 1969), quizá, para la mayoría de los pacientes.

Si el cliente no tiene definida "su terapia", por lo menos tiene una imagen de "psiquiatra" o de "psicólogo" y de sus quehaceres, lo que ya es base para el establecimiento de expectativas terapéuticas. Por lo demás, las técnicas al uso específicas pueden revestirse de "placebo" mediante lo "adecuadas que son para su caso", "nuevas", "experimentadas" y, además, "usted es una persona razonable (aquí puede ponerse otra palabra, según lo que sea mejor visto por el individuo, tal como, inteligente, práctico, más seguro de lo que cree, hábil, calculador, con facilidad para aprender, experimentalista...) que se va a adecuar muy bien a este procedimiento" o "que el procedimiento se va a adecuar muy bien a usted".

Los efectos a la inversa como aquellos del experimento de Storms y Nisbett, citado, pueden darse en intervenciones terapéuticas que inciden en una condición ("haga usted esto"), pero que afectan a otra más básica. En la "técnica de prescribir el síntoma" (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) se manda al paciente que aumente los síntomas que (él cree que) son espontáneos y automáticos, pero, en realidad, disminuyen. En términos del EP, esto se vería como una inferencia cognitiva del tipo de que "si yo puedo hacer adrede mis síntomas, entonces mi enfermedad no es tan grave como pensaba y, además, soy capaz de controlarlos", lo que puede reiniciar otras expectativas nuevas de autoeficacia; de todos modos, hay otras explicaciones (cif. Haley, 1963, p.m., Watzlawick y col., 1967, p. 220 de la ed. esp.).

Los "juegos que juegan los analistas transaccionales", también, pueden ser entendidos en este contexto de sacar provecho o reactivar recursos que están en el paciente, mediante trucos, supuestos y habilidades de diverso tipo (ver Shepard y Lee, 1975).

Dicho a modo más ponderado, de lo que se trata es de que el clínico atiende más a la "psicología intuitiva" del paciente, lo que equivale a reaprovechar sus propios recursos y a reconducir los cambios terapéuticos en línea recta con sus expectativas. Es decir, se trata de reconocer y aprovechar "principios curativos" que están en el sujeto, de modo que un nombre, quizá, más apropiado para este asunto sería el de Efecto del Sujeto.

Es este un buen momento para llamar la atención acerca de que el EP puede afectar, también, o sólo, al terapeuta. El terapeuta tiene una serie (a veces muy larga) de expectativas de su terapia y, entonces, puede interpretar cosas del cliente como siendo efecto de su técnica, cuando, en realidad esas cosas puede que no existan o que existan por otras razones. Para decirlo de modo rápido y gracioso, recuérdese el famoso chiste en el que una rata después de una sesión de aprendizaje en una "caja de Skinner", dice a otras ratas que tiene condicionado al investigador, porque cada vez que ella presiona la palanquita, el otro le da la comida.

Surgen tres problemas éticos, como mínimo:

- a) El engaño que implican algunas de estas intervenciones.
- b) Manipulación y uso de la ingenuidad del paciente.
- c) Utilización del "arte terapéutico" y el "ver qué pasa", siendo que el paciente contrata, en general, servicios profesionales que se suponen están fundados, experimentados y de los que se conocen sus riesgos y alcance.

Bibliografía

- tancy-Attribution Model of the effects placebos. *Psychological Review*, 88, 5, 408-437, 1981.
- Ross, M., y Olson, J. M. Placebo effects in medical research and practice. En J. R. Eiser (ed.), *Social Psychology and Behavioral Medicine*. Nueva York: Wiley, 1982.
- Schachter, S., y Singer, J. E. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399, 1962.
- Shapiro, A. K., y Morris, L. A. The placebo effect in medical and psychological therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 2. ed., Nueva York: Wiley, 1978.
- Shepard, M., y Lee, M. Los Juegos que Juegan los Analistas. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Smith, M. L.; Glass, G. V., y Miller, T. I. *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1980.
- Solvey, G., y Milechnin, A. Conering the criterion of recovery. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 6, 1-9, 1958.
- Stanway, A. *Alternative Medicine. A Guide to Natural Therapies*. Londres: Mac Donalds y Jane's, 1980.
- Storms, M. D., y Nisbett, R. E. Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328, 1971.
- Turner, J. L.; Gallimore, R., y Fox-Henning, C. An annotated bibliography of placebo research. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 33 (Ms. n.º 2063), 1980.
- Valtueña, J. A. Acupuntura, fitoterapia y otras heterodoxias. *El País*, 6 de nov. de 1983, p. 35.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H., y Jackson, D. D. *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder, 1981 (orig. 1967).
- Wolf, S. Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects-The pharmacology of placebos. *Journal of Clinical Investigation*, 29, 100-109, 1950.

EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA

Colegio Oficial de Psicólogos - Delegación de Madrid. C/ Fernández de los Ríos, 87-4º dcha. (Madrid-15).

20, 22, 27 y 29 de Febrero y 5, 7, 12 y 14 de Marzo de 1984.

19 a 21,30 horas.

IMPARTIDO POR: M. José Carrasco. Psicólogo Clínico del Centro IAMCO.

PROGRAMA:

- Enfoque conductual de la relación de pareja.
- Procedimientos de evaluación: Entrevista, Cuestionarios, Métodos de observación y auto-observación.
- Comunicación y resolución de problemas.
- Técnicas de ajuste de la pareja.
- Tratamientos de las disfunciones sexuales masculinas.
- Tratamientos de las disfunciones sexuales femeninas.

NOTA: El curso tendrá un mínimo (15) y un máximo de plazas (25). La matrícula se hará por riguroso orden de inscripción. En caso de no llegar al mínimo previsto, el Colegio podrá suspenderlo. No se admiten reservas por teléfono.

INFORMACION: Secretaría del Colegio de 17 a 20 horas de lunes a viernes.

PRIMER CONGRESO DE ORIENTACION ESCOLAR Y PROFESIONAL

**La orientación ante la reforma de las enseñanzas medias
y el empleo juvenil
1 al 5 de mayo**

- 1.— **La orientación ante la reforma de las enseñanzas medias.**
Lázaro González García, María Luisa Sánchez Gómez, Carmen Calvo Romerales, María Hernández, Concepción Vico, Rafael Morales y César Galán.
- 2.— **Orientación y empleo.**
Valeriano Baillo, José Saez, Antonio Guerreiro, Carlos Prieto, Javier Romeo y Stuart Conger.
- 3.— **Función y formación del orientador.**
Pilar García Villegas, Irene García y Adalberto Fernández.
- 4.— **Sistemas y medios de información escolar y profesional.**
Hans-Dieter Malsbender, Jesús Asensi, Luis A. del Blanco, Manuel López y Fernando Segundo.
- 5.— **Orientación y procesos de aprendizaje.**
Juan Delval, Mario Carretero y Angel Lázaro.
- 6.— **Tendencias actuales de la investigación en orientación.**
David Tiedeman, José María Prieto, Nicolás Seisdedos, Miguel Bertrán-Quera y Julio Carabaña.

Patrocina: Dirección General de Enseñanzas Medias e Instituto Nacional de Empleo (INEM).

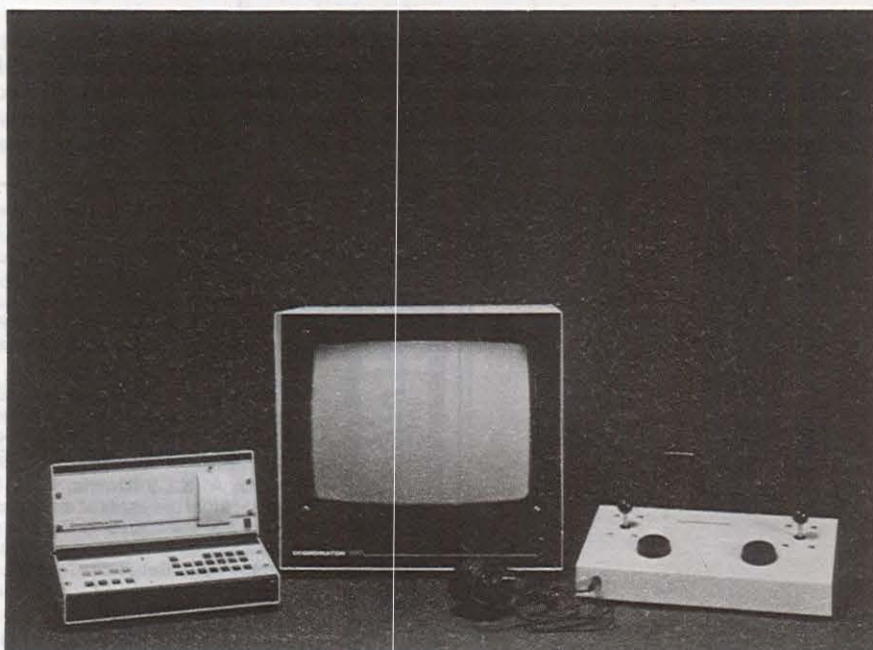
Información: Llamando al teléfono: 244 44 53.

BARNI, S.A.

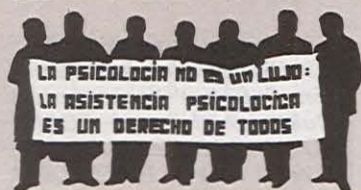
Tamarit, 70
Tel. (93) 223 14 36
BARCELONA-4

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

COORDINATOR "2.000"



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



La profesión



LUGAR DE LA PSICOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD

La Ley de Reforma Universitaria prevee que el Ministerio de Educación y Ciencia determine las áreas de conocimiento. La Ley asigna a las áreas de conocimiento varias funciones: constituirse en criterio sustantivo para la creación, modificación y fusión de departamentos, incluso de ámbito interfacultativo; adscribir al profesorado, tanto presente como futuro, a una de esas áreas (del área será de donde surgirán las comisiones que juzguen la idoneidad del profesorado), y actuar como guía para el establecimiento de las directrices de los planes de estudio. De lo dicho se deduce la importancia de la estructuración de los saberes académicos en esas áreas de conocimiento.

En el conjunto de áreas de conocimiento se incluyen los contenidos científicos de todas las asignaturas de cada plan de estudios, a fin de que quede claramente delimitada, para cada departamento, la respectiva responsabilidad docente. En cuanto a las plazas de profesorado, las áreas de conocimiento definen su denominación a efectos de la convocatoria de las plazas a concurso y de la composición de la comisión que ha de juz-

gar tales concursos; la referencia de las denominaciones de las plazas será siempre un área de conocimiento (y no una asignatura).

La Secretaría de Estado de Universidades e Investigación ha elaborado un proyecto de estructuración de las áreas de conocimiento. En él, el conjunto de las áreas se ordena en seis secciones: 1) Humanidades; 2) Ciencias Jurídicas; 3) Ciencias Sociales; 4) Ciencias de la Salud; 5) Ciencias Experimentales, y 6) Ingenierías y Enseñanzas Técnicas. Cada una de estas secciones recubre campos científicos determinados.

En la sección de Humanidades aparece el campo científico Psicología al lado de Filosofía, Filología, Ciencias de la Educación, Bellas Artes, profesorado de EGB, traductores e intérpretes y biblioteconomía y documentación.

En total, el proyecto ministerial enumera 152 áreas de conocimiento.

Para no ser exhaustivo vamos a citar las que tienen que ver directamente con nuestra profesión. Las encontramos en dos secciones: en la de Humanidades y en la de Ciencias Sociales.

En la sección de Humanida-

des se encuentran las siguientes: 14) "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia".

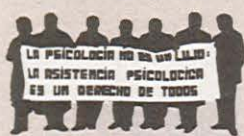
14. PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y PSICOTERAPIA:

1. "Psicodiagnóstico" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 2. "Psicología" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Medicina); 3. "Psicología (psicodiagnóstico)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 4. "Psicología (psicología diferencial)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 5. "Psicología (psicología patológica)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 6. "Psicología de la personalidad" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 7. "Psicología diferencial (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 8. "Psicología experimental y diferencial" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 9. "Psicología general (psicología diferencial)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 10. "Psicopatología" (Psicología, Filoso-

fía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 11. "Psicopatología (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras).

15. PSICOLOGÍA BÁSICA:

1. "Fundamentos Biológicos de la Conducta (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 2. "Fundamentos Biológicos de la Educación" (Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 3. "Fundamentos biológicos de la personalidad (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 4. "Fundamentos biológicos de la personalidad y Psicofisiología (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 5. "Historia de la Psicología" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 6. "Percepción y motivación" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 7. "Psicología (Psicología experimental)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Medicina); 8. "Psicología (Historia de la psicología)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 9. "Psicología (Historia de la psicología)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 10. "Psicología (psicofisiología)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 11. "Psicología (psicología experimental)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 12. "Psicología (psicología fisiológica)" (Psicología, Filosofía y



Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 13. "Psicología Aplicada" (Ciencias de la Información); 14. "Psicología del aprendizaje" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 15. "Psicología experimental" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 16. "Psicología experimental (a término)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 17. "Psicología fisiológica" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 18. "Psicología General" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 19. "Psicología (psicología del pensamiento y del lenguaje)" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras); 20. PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACION: 1. "Psicología (psicología del niño y del adolescente)" (Facultad de Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación); 2. "Psicología (psicología evolutiva y diferencial)" (Facultad de Psicología, Filosofía y Letras y Filosofía y Ciencias de la Educación); 3. "Psicología de la educación" (Facultad de Psicología, Filosofía y Letras y Filosofía y Ciencias de la Educación); 4. "Psicología evolutiva" (Facultad de Psicología, Filosofía y Letras y Filosofía y Ciencias de la Educación); 5. "Psicología" (Facultad de Medicina y Psicología y Filosofía y Ciencias de la Educación); y 17. PSICOLOGIA SOCIAL: 1. "Psicología" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Ciencias Políticas y Sociología); 2. "Sociología (psicología social)" (Ciencias Políticas y Sociología); 3. "Psicología social" (Psicología, Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Ciencias Políticas y Sociología); 4. "Sociología (psicología social)" (Ciencias Políticas y Sociología).

En la sección de Ciencias Sociales encontramos el área 37. "Métodos y técnicas de investigación social": 37. METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL: 1. "Métodos y técnicas de investigación social" (Facultades Políticas y Sociologías); 2. "Sociología (métodos y técnicas de investigación social)" (Facultades Políticas y Sociología); 3. "Fundamentos

de Psicología matemática (a término)" (Facultad Psicología); 4. "Psicología experimental" (Facultad Psicología); 5. "Psicología (psicología experimental)" (Facultad Psicología); 6. "Psicología (experimental)" (Facultad Psicología); 7. "Psicología (psicología matemática)" (Facultad Psicología); 8. "Psicología (psicología matemática I)" (Facultad Psicología); 9. "Psicología (psicología matemática II)" (Facultad Psicología); 10. "Psicología (psicometría)" (Facultad Psicología); 11. "Psicología experimental (a término)" (Facultad Psicología); 12. "Psicología matemática (a término)" (Facultad Psicología); 13. "Psicometría (a término)" (Facultad Psicología); 14. "Metodología" (Facultad Ciencias de la Educación); 15. "Pedagogía experimental" (Facultad Filosofía y Ciencias Educación); 16. "Pedagogía experimental y diferencial" (Facultad Filosofía y Ciencias Educación); 17. "Pedagogía experimental y diferencial (fundamentos biológicos de la personalidad y biopatología infantil y juvenil)" (Facultad Filosofía y Ciencias de la Educación); 18. "Sociología (metodología y sistemática de las Ciencias Sociales)" (Facultades Política y Sociología).

ALGUNAS SUGERENCIAS

El Ministerio ha sometido a consulta formal su propuesta. Recogemos a continuación algunas sugerencias relativas a la profesión psicólogo que han llegado a nuestro poder.

En primer lugar, tiene interés las propuestas aprobadas por unanimidad en la Junta de Facultad de Psicología de la Universidad Complutense (Somosaguas). Entre otras cosas, la propuesta aprobada por la Junta de Facultad el 9 de enero dice:

"Errores y ausencias de carácter técnico: 1) En la sección c) Ciencias Sociales, área de conocimiento número 36, ANTROPOLOGIA, en el punto 1) 'Antropología', en el paréntesis debe explicarse la plaza de Antropología de la Facultad de

Psicología (Universidad Complutense) y por tanto el citado punto debería quedar redactado en los siguientes términos:

1. 'Antropología' (Filosofía y Ciencias de la Educación, Filosofía y Letras, Psicología, Geografía e Historia, Biológicas y Ciencias).

2. En el área de conocimiento número 9, FILOSOFIA DEL DERECHO, MORAL Y POLITICA, en el punto 3) 'Ética y Sociología', en el paréntesis debe explicarse la plaza de adjuntía de Ética y Sociología de la Facultad de Psicología (Universidad Complutense) y por tanto el citado punto 3) debería redactarse en estos términos: 3. Ética y Sociología (Filosofía y Ciencias de la Educación, Psicología, Filosofía y Letras).

3. En el área 11) 'Lógica, Filosofía e Historia de la Ciencia' habría que añadir la plaza de 'Lógica' de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense.

4. En el área 8) FILOSOFIA habría que añadir la plaza de Historia de la Filosofía de la Facultad de Psicología (Universidad Complutense).

5. Se modifica el área 37. METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL en los siguientes términos:

a) Nombre: 'Metodología de las Ciencias del Comportamiento'.

b) Asignaturas en el área, modificaciones:

— Quitar la asignatura 17 Pedagogía Experimental y Diferencial (Fundamentos biológicos de la personalidad y biopatología infantil y juvenil). El motivo es que el contenido de esta asignatura difiere radicalmente de las demás asignaturas que integran el área, ya que no es de carácter metodológico. Por tanto, bajo ningún concepto puede ser incluida en este área.

c) Asignaturas que deben ser incluidas en otras áreas además de en ésta:

— N.º 16 'Pedagogía experimental y diferencial'. Incluir-la también en un área de contenido pedagógico o diferencial.

— N.º 15 'Pedagogía experimental', debe ser incluida también en un área de contenido pedagógico.

— Las tres asignaturas siguientes: N.º 1 'Métodos y técnicas de investigación en las ciencias sociales', N.º 2 'Sociología (métodos y técnicas de investigación social)', y

N.º 18 'Sociología (Metodología y Sistemática de las Ciencias Sociales)' deben ser incluidas en el área de SOCIOLOGIA (N.º 39 de la Sección C) o en el área de PSICOLOGIA SOCIAL (Sección A, N.º 17).

Las propuestas de este apartado C se fundamentan en el hecho de que el contenido de las plazas citadas en él puede no ser metodológico, sino pedagógico, social o sociológico. En consecuencia sería razonable dar a sus titulares la opción a integrarse en el área más afín a su especialización real.

Denominación de las áreas de conocimiento.

Se proponen las siguientes áreas y denominaciones en sustitución de las que en el Anteproyecto figuran con los números 14, 15, 16, 17 y 37:

1. Psicología General: Incluye todas las plazas que corresponden al número 15 del Anteproyecto a excepción de las que figuran en el área de PSICOBIOLOGIA que se propone a continuación.

2. Psicobiología: Se incluyen las plazas que con los números 1, 2, 3, 4, 10, 12 y 17 figuraban en el área de PSICOLOGIA BASICA del Anteproyecto. En el caso de no constituir un área autónoma se prefiere su vinculación al área de PSICOLOGIA GENERAL en lugar de su vinculación a un área médica o biológica.

3. Psicología Social: Corresponde sin modificación al área 17 del Anteproyecto.

4. Metodología de las Ciencias del Comportamiento: Supone un cambio de denominación del área 37 del Anteproyecto e incluye todas las plazas allí incorporadas a excepción de la número 17.

5. Psicología de las diferencias individuales: Incluye las siguientes plazas:

a) Del área 14 los números 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9.

b) Del área 17 los números 1, 2, 4 y 5.

6. Psicología Clínica: Incluye las siguientes plazas del área 14 del Anteproyecto: números 2, 5, 10 y 11.

7. Psicología Educativa.

8. Psicología Industrial."

Por otra parte, los vocales de Psicología del Trabajo de la Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos, de la Junta de la Delegación de Cataluña del Colegio y de la Junta de la Delegación de Madrid, elaboraron un escrito di-

rigido a Carmen Virgili, secretaria de Estado de Universidades e Investigación, en el que entre otras cosas se afirma lo siguiente:

1.º La lectura de los títulos de las áreas 14, 15, 16, 17 y 37 (que afectan concretamente a las Facultades y Secciones de Psicología) nos permite constatar que las especialidades de Psicología Clínica (área 14) y Educativa (área 16) están contempladas. La tercera gran especialidad de nuestra profesión, la Psicología del Trabajo, no ha sido consignada en ninguno de los títulos que enuncia el citado proyecto.

2.º Si se tiene en cuenta el ámbito del desarrollo de la Psicología en España esta especialidad es justamente la más antigua. Durante los últimos treinta años, por ejemplo, ha sido éste el sector profesional que más contratos laborales efectivos, por parte de Entidades Privadas y algunas Públicas, ha cosechado sin ningún tipo de incidentes y conflictos, con el reconocimiento explícito de la labor desarrollada en el seno de las Empresas y Centros de Trabajo.

3.º El reciente I Congreso de Psicología del Trabajo celebrado en Madrid el pasado mes de abril con cerca de 1.000 participantes y 150 comunicaciones en torno a las actuaciones reales de los Psicólogos desde la perspectiva Industrial y Organizacional, ha demostrado que éste es un sector vivo, solvente y productivo con especial incidencia en la mejora de las condiciones psicológicas y sociales de los trabajadores y las organizaciones. Incluso se contó con la asistencia de representantes empresariales y sindicales para debatir los problemas comunes en que el psicólogo del trabajo interviene activamente para su abordamiento sistemático y científico de cara a su solventación.

4.º Es cierto que no existen aún plazas de Psicología del Trabajo en las Universidades españolas, pero este vacío es un indicador más del distanciamiento habido entre las necesidades de la Sociedad y los planteamientos exclusivamente académicos que han prevalecido hasta ahora al planificar la docencia en las Universidades.

Por ello nos vemos precisados a elevar la siguiente PRO-

PUESTA N.º 1: El epígrafe *Psicología del Trabajo* (que reagrupa en Europa las denominaciones de *Psicología Industrial*, *Ocupacional* y de las *Organizaciones*) debe figurar explícitamente en el título de alguna de las áreas de conocimiento a impartir en las Facultades de Psicología.

Por otro lado queremos señalarle a la Administración cuál es el marco disciplinar en el que se desenvuelve esta especialidad profesional en el seno de la Psicología Científica.

5.º Desde la perspectiva histórica la Psicología Diferencial y la Psicología Industrial han compartido un marco disciplinar común, tanto en cuanto a la metodología seguida como a los contenidos investigados.

6.º Los problemas peculiares que aborda el Psicólogo en la esfera laboral tienen que ver predominantemente con la evaluación de personas (selección, clasificación de personal) o de puestos (análisis de tareas, profesiogramas, etcétera) teniendo en cuenta las diferencias individuales, las similitudes y la probabilidad de ajustes.

7.º El segundo bloque de tareas del Psicólogo en la vertiente del trabajo tiene que ver con la predicción del incremento en el rendimiento, la satisfacción laboral, la adecuación hombre-máquina, accidentabilidad, horarios idóneos, etc., siguiendo esquemas y enfoques que comparte con la Psicología Diferencial.

8.º Sólo al establecer el contexto de la intervención Psicológica, se toma en consideración el marco de la Psicología Social y a su aplicación al problema de cada organización. Esta perspectiva se asume como encuadre de referencia para un quehacer interdisciplinar situando al sujeto humano en conexión con los grupos a los que se circunscribe en el seno de la empresa o centro de trabajo.

9.º Una revisión de los textos más clásicos, así como los más recientes ponen de relieve que su perspectiva común es el de la Psicología Diferencial Aplicada, equiparando ambos enfoques. Incluso en los manuales como el *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Dunnette, Nueva York, 1976), el *Works and Contradictions in Work Psychology* (De Wolff,

Londres, 1980) y el libro de consulta del *Psicólogo Industrial* (B. F. Lomov, Moscú, 1982) aparece un predominio de modelos, contenidos y métodos que se centran en el estudio y seguimiento de las diferencias individuales o grupales y su tratamiento en el seno de la organización o en el ajuste interactivo hombre-máquina.

10.º Una lectura atenta de las Actas del I Congreso Nacional de Psicología del Trabajo ya mencionado da como resultado una amplia gama de ponencias, mesas redondas, etcétera, que ponen bien a las claras que los Psicólogos del Trabajo que están contratados por las Empresas y Entidades españolas se desenvuelven con preferencia en el contexto de la evaluación y prevención a partir de las diferencias individuales aunque teniendo en mente su reubicación psicosocial según las peculiaridades, objetivos, innovaciones y reconversiones sociotécnicas de cada organización laboral.

11.º Son muy contados los contratos y puestos de trabajo que surgen para realizar estudios e intervenciones desde la perspectiva psico-social exclusiva en el mundo laboral. De hecho una Psicología de las organizaciones está más bien ligada a la Sociología Industrial con la que es más afín en sus esquemas de análisis. El Psicólogo del Trabajo hecha mano de la Sociología y Antropología pero su quehacer en la esfera laboral le ubica en la evaluación, predicción y planificación del rendimiento y satisfacción laboral.

12.º Los enfoques ergonómicos se elaboraron y surgieron al estudiar las diferencias sistemáticas en cuanto tiene que ver con la interacción y adaptación hombre-puesto-máquina, dejando muy en segundo plano las perspectivas más psicosociales a las que obviamente también se remite.

Por estos motivos damos curso a nuestra PROPUESTA N.º 2: La Psicología del Trabajo debe ir vinculada con la Psicología Diferencial de un modo preferente aunque sin desvincularla de los nexos de reciente elaboración e incipiente aplicación con la Psicología Social.

13.º En la Universidad Complutense de Madrid y en la Universidad Central de Barcelona se imparten ya en la ac-

tualidad cursos (con plazas no dotados) de Psicología del Trabajo y las asignaturas que le son afines, constituyendo una especialidad.

14.º En los nuevos planes de estudio al planificar el segundo ciclo se programan nuevas asignaturas específicas para este tipo de ejercicio profesional. Esto va a conllevar la paulatina adscripción de profesorado a esta nueva especialidad con el inconveniente de que son muy pocos los profesores titulares y cate-dráticos que al presente tienen un conocimiento explícito de este sector.

Por este motivo para salir al paso de la posible interferencia de criterios evaluadores escuetamente académicos hacemos llegar nuestra PROPUESTA N.º 3: Que en las valoraciones para la idoneidad o incorporación del nuevo profesorado que se presenten a esta área se tenga en cuenta tanto su currículum académico como la experiencia, publicaciones o actividades laborales en temas propios y concomitantes con la práctica profesional en Psicología del Trabajo.

Por último, también hemos tenido conocimiento de un documento elaborado por Fede de Orense que expresa desacuerdos con el proyecto de la administración.

"Acerca del desacuerdo de los profesores de Escuelas Universitarias de Formación del Profesorado de EGB, contra el borrador que la Dirección General de Universidades está elaborando Decreto de Áreas de Conocimiento, para hacerlo saber a las comisiones y organismos implicados:

1.º Si en las Universidades se aplica el criterio de que cada Área General se desglosa después en asignaturas concretas, también debe hacerse lo mismo en Escuelas de EGB, haciendo constar además del nombre de la asignatura su Didáctica. Ej.: Geografía y su Didáctica.

2.º Donde se encuentra la aberración más grande es en el caso de la Psicología, que siendo el Departamento que en los últimos tiempos está consiguiendo el mayor número de asignaturas y de profesorado, no sólo se queda sin ningún área específica, sino que ni siquiera aparece recogida ninguna de sus materias. Tampoco puede quedar en



modo alguno incluida en la asignatura de Filosofía, pues en la actualidad esta materia ya dejó de existir en la realidad en las Escuelas (no de nombre). Todo ello se pretende aclarar en los siguientes puntos:

— Existe un informe de la Comisión Permanente de Universidades de 19-1-82, en la que desaparece la Cátedra de Filosofía y se desdobra en dos: Psicología Educativa y Sociología de la Educación.

— Hay una orden del 12-3-79 publicada en el Boletín Oficial del Estado, por la que la Cátedra antigua de Filosofía se desdobra en (1) Psicología, (2) Sociología.

— Existen Facultades de Psicología.

— Existe un Colegio Profesional independiente de Psicólogos, pero no de Filósofos.

— Las asignaturas que actualmente se imparten son: Psicología de la Educación, Psicología del Aprendizaje, Psicología Evolutiva, Psicología del niño Preescolar, Sociología de la Educación, Psicomotricidad y sólo hay una que se denomina Filosofía de la Educación.

— En encuestas realizadas a maestros el 92 por 100 de ellos exige asignaturas y conocimientos de Psicología Infantil y sólo un 8 por 100 opta por Filosofía.

— La nueva reforma que se pretende para las Escuelas Universitarias supone una mayor ampliación en su currículum Psicopedagógico. Esto no se conseguirá si hoy sólo se contempla la Filosofía y no la Psicología.

— Las únicas oposiciones que se realizaron desde hace muchos años fueron presididas por filósofos (psicólogos no podía haber) aprobando a los filósofos y suspendiendo a los psicólogos (doctores), produciéndose la grandísima paradoja que, una vez numerarios, ni estos ni los catedráticos imparten enseñanzas de Filosofía, sino de Psicología, porque así lo exigen los maestros y las asignaturas.

— Si en este momento tan oportuno, al crear las Áreas de Conocimiento, no hay quien se dé cuenta de esta trampa, la paradoja se seguirá manteniendo para siempre.

Por todo ello parece de natural justicia el crear en estas Escuelas el Área de Psicología, con las asignaturas anteriormente citadas, dado de

que en ella se centra el mayor número de materias."

Por su parte, una Junta Extraordinaria de la Facultad de Psicología de Barcelona aprobó la siguiente resolución:

"Solicitud de protesta por la filosofía que ha inspirado las áreas de conocimiento, el procedimiento utilizado para su consulta y discusión y el escaso margen de tiempo concedido.

Asimismo, y por lo que respecta a la disciplina de Psicología, se pide la eliminación de las Secciones, y, en el caso de que permanezcan, el no ser incluidos en la de Humanidades. Los Departamentos de Psicología General, Psicología Experimental y Psicología Evolutiva solicitan ser incluidos en la Sección de Ciencias Sociales (pidiendo que en la denominación se añada "y del Comportamiento"), mientras que el Departamento de Psicología Fisiológica y la mayoría del alumnado se inclinan por la de "Ciencias de la Salud".

A su vez esa Junta acordó remitir al rectorado las propuestas elaboradas por los distintos departamentos y que reproducimos a continuación.

Departamento de Psicología general.

1. Solicitar que las plazas de contenido psicobiológico (área 15: 1, 2, 3, 4, 10, 12 y 17) se engloben en un área independiente denominada "Psicobiología".

2. Solicitar que las plazas de contenido experimental (área 15: 8, 11, 15 y 16) se adscriban al área de "Métodos y Técnicas de Investigación Social" (área 37).

3. Solicitar que el área denominada "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia" (área 14) pase a denominarse "Personalidad y Evaluación".

4. Solicitar que se adscriban también en el área "Psicología social" (área 17) las plazas "Métodos y Técnicas de Investigación Social" (37.1), "Sociología de la comunicación humana" (39.13), "Opinión pública" (39.14) y "Teoría de la Comunicación social" (40.17).

Departamento de Psicología experimental.

1. Propuesta de denominaciones alternativas del área "Métodos y Técnicas de investigación social" (área 37):

a) "Métodos y Técnicas de investigación conductual y social".

b) "Métodos y Técnicas de investigación social y del comportamiento".

2. Las disciplinas "Psicología Experimental" y "Psicología (Experimental)", deben figurar sólo en el área "Métodos y Técnicas de investigación social" (área 37) y no en la de "Psicología Básica" (área 15).

3. La disciplina "Metodología" incluida en el área "Métodos y Técnicas de Investigación social" (área 37) debe corresponder a la Facultad de Psicología además de la ya indicada Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.

Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial.

1. La asignatura de "Psicología Diferencial" y sus análogos deben desaparecer del área de "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia" (área 14) y deben pasar a la de "Psicología Evolutiva y de la Educación" (área 16).

2. La disciplina "Psicología" (Facultad de Medicina, Psicología y Filosofía y Ciencias de la Educación) debe desaparecer del área "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia" (área 14) y de la de "Psicología Evolutiva y de la Educación" (área 16) y debe pasar al área de "Psicología Básica" (área 15).

3. Solicita la inclusión de la cátedra "Psicología (Psicología Evolutiva)" que está dotada y ocupada por oposición y que no figura en el área correspondiente, al área "Psicología Evolutiva y de la Educación" (área 16).

4. Solicita el cambio de denominación del área "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia" (área 14) en "Personalidad, Evaluación e Intervención".

Departamento de Psicología Fisiológica.

1. Adscripción a una nueva área denominada "Psicobiología" de las siguientes materias: "Fundamentos Biológicos de la Conducta (a término)" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras); "Fundamentos Biológicos de la Educación" (Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras); "Fundamentos Biológicos de la Personalidad (a término)" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras); "Fundamentos Biológicos de la personalidad y Psicofisiología (a término)" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación.

Filosofía y Letras); "Psicología (Psicofisiología)" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras); "Psicología (Psicología Fisiológica)" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras); y "Psicología Fisiológica" (Psicología. Filosofía y C. de la Educación. Filosofía y Letras).

Dicha propuesta de enmienda coincide además con la formulada por todos los Catedráticos Numerarios de Psicología Fisiológica y Agregados Numerarios de Fundamentos Biológicos de la Conducta, en un escrito firmado en Madrid recientemente.

2. La plaza de "Psicopatología" debe mantenerse en el área "Personalidad, Evaluación y Psicoterapia" (área 14), y también en el área solicitada de nueva creación denominada "Psicobiología".

Por último, reunidos en Madrid todos los catedráticos numerarios de Psicología Fisiológica y los Agregados Numerarios de Fundamentos Biológicos de la Conducta aprobaron el siguiente escrito:

1) Que tanto por razones de contenido teórico, de metodología científica y por sus específicos campos de aplicación, así como por razones de tradición histórica y de progresivo desarrollo actual, debería crearse un "área de conocimiento" propia que englobara las siguientes asignaturas existentes en los vigentes planes de estudio:

— Fundamentos Biológicos de la Conducta, I y II.

— Fundamentos Biológicos de la Personalidad.

— Fundamentos Biológicos de la Educación.

— Psicología Fisiológica.

— Psicofisiología.

— Psicología Comparada.

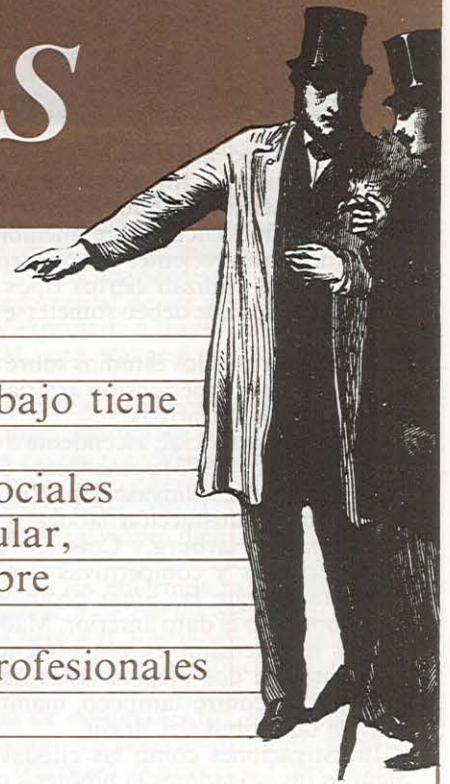
— Etología.

más otras afines que pudieran crearse en futuros planes de estudio.

2) Una denominación que parece universalmente aceptada para esta área es la de PSICOBIOLOGÍA.

Firman el escrito: Antonio Guillaumon (Catedrático de la UNED), Silverio Palafox (Catedrático de la Complutense), Dionisio Pérez (Agregado de la Complutense), Amadeo Puerto (Catedrático de Granada), Francisco Rodríguez (Agregado de la Autónoma), Miguel Sánchez Turet (Catedrático de Barcelona) y Vicente Simón Pérez (Catedrático de Valencia).

EXPERIENCIAS



Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de muerte. El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer una revisión actualizada del estado de la investigación sobre los factores psicosociales asociados a la enfermedad cardiovascular, en particular, e informar los resultados de una investigación que sobre esta área de la medicina comporamental ha venido realizando la autora con la contribución de otros profesionales de la medicina y la salud pública.

FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ARTERIAL ESENCIAL

María Inés Menotti de Salas, Jaime Villarreal, Javier Salcedo y María Ferrer (1)

EN las últimas cuatro décadas se han realizado numerosos estudios que buscan indentificar los factores emocionales antecedentes o consecuentes a la enfermedad cardiovascular en general, y a la hipertensión arterial esencial, en particular. Estos estudios se pueden agrupar en tres categorías diferentes: *los factores externos* y el *estrés*; *los factores de Riesgo Asociado*; y el estudio de las *características psicodinámicas* y *los mecanismos adaptativos* relacionados con ella.

Factores externos y el estrés

VAN Heijnenjen y Treurniet (1965) señalaron el rechazo de la persona amada y la pérdida de prestigio como elementos que preceden a la enfermedad coronaria. Por su parte, Wyler (1971) propuso una relación positiva y significativa entre la magnitud de los cambios de

vida y la seriedad de la enfermedad cardiovascular: Sales (1969) identifica el exceso de trabajo como elemento antecedente a la enfermedad coronaria; Green y Cols. (en Jenkins, 1976) afirman que la muerte repentina por enfermedad CVC está precedida por periodos de depresión seguidos por abruptos aumentos de trabajo, estados emocionales e ira; finalmente, sin pretender hacer exhaustiva la revisión, Russek (1967) encontró que las situaciones de tensión prolongada, asociadas con incremento de la responsabilidad en el trabajo, precedieron a la enfermedad cardiovascular en el 91% de los sujetos jóvenes estudiados por él.

En una perspectiva diferente, orientada a la identificación de rasgos modales de estilo de vida, Friedman y Roseman (1959) señalaron como característica de los pacientes afectados por enfermedad coronaria, la presencia de impulsividad, elevada necesidad de logro, impaciencia, nerviosismo, tensión muscular, sensación de estar bajo presión y agresividad reprimida. Este conjunto de rasgos fue denominado por los autores *patrón ostensible de conducta tipo A*, en contraposición a un *patrón de conducta tipo B*, caracterizado por un estilo de vida carente de tensión o agresión excesiva. Es de anotar que estos rasgos indican sólo el tipo de enfrentamiento que los sujetos adoptan con respecto a su mundo, el que se infiere de las conductas observables pero que no describe, ni explican, la dinámica psicológica subyacente.

Otro de los factores que ha sido identificado como un elemento importante en la etiología de la hipertensión arterial y de la enfermedad cardiovascular ha sido el *estrés*.

Dentro del programa de investigación de factores psico-

(1) **María Inés Menotti de Salas**, Investigadora responsable del trabajo, es Psicóloga de la Universidad Javeriana, Máster en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; actualmente trabaja en el Departamento de Salud Mental del Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia, colabora con el Programa de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, y con el Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Militar, Bogotá, Colombia. **Jaime Villarreal**, es Médico Psiquiatra dedicado a la investigación cardiovascular. El análisis estadístico fue realizado por el Psicólogo **Javier Salcedo** en el Instituto SER de Investigaciones de Bogotá, y en la Universidad de los Andes, en Bogotá, Colombia. **Cecilia Ferrer** es Licenciada en Enfermería y parte de esta investigación se adelantó en la Clínica Cardiovascular Santa María, en Medellín, Colombia, bajo su supervisión.

sociales y salud adelantado por la OMS (1975) se señala cómo las epidemias hipertensivas están asociadas con situaciones de estrés continuo; estas se presentan por ejemplo, con mayor frecuencia, entre miembros de grupos minoritarios, emigrantes recientes de zonas rurales a zonas urbanas y entre quienes realizan ciertos tipos de trabajo, particularmente aquellos que deben someterse a intensidades elevadas de ruido.

Son numerosos los estudios sobre el efecto del estrés en la causación de la hipertensión arterial. Reseñaremos los más recientes y significativos.

La movilidad social, ascendente o descendente fue señalada por Keegan (1973) como factor de riesgo de enfermedad hipertensiva y cardiovascular, particularmente cuando se asocia con insatisfacción laboral y problemas familiares. Por su parte, Harburg y Cols. (1973) establecieron que las zonas urbanas y competitivas tienen mayores índices de hipertensión que las áreas productoras de menor estrés. Corroborando el dato anterior, Maddocks (1961) estableció que la hipertensión es virtualmente inexistente entre los habitantes de dos alejadas islas del Pacífico; Lowenstein (1961) no encontró tampoco, manifestaciones de hipertensión en dos tribus del Brasil.

Investigaciones como las citadas han hecho plantear a algunos investigadores la hipótesis de que el aumento de la presión arterial correlativa al avance cronológico de las personas sea consecuencia de procesos críticos de aculturación y del fenómeno contemporáneo llamado "civilización", que corresponde, por lo menos en lo que al incremento de la urbanización toca, al modelo del desarrollo urbano industrial.

Cruz-Coke y Cols (1964) acuñaron el término *nicho ecológico* para referirse a la baja presión arterial encontrada en ciertos grupos alejados de las exigencias de los centros urbanos y en donde las tradiciones y las normas permanecen constantes. Estos autores observaron que cuando los habitantes de estos grupos se vieron precisados a migrar a zonas urbanas, manifestaban sintomatología hipertensiva. En la misma línea, Henry y Cassell (1969), partiendo de la revisión de dieciocho estudios epidemiológicos sobre hipertensión arterial, encontraron como característica común, en ellos, que el no aumento de la presión arterial, con la edad, está relacionado con una cultura estable en donde la permanencia de las normas y no los cambios es lo importante.

La relación que existe entre el estrés *ocupacional* y el incremento de la presión arterial también ha sido analizado: En su revisión sobre el tema, Surwit y Col. (1982) presentan

los resultados de diversas investigaciones en las que se pone de manifiesto cómo la actividad laboral estresante constituye un hipertensor. Así, Cobb y Rose (1973) encontraron un importante aumento de casos de hipertensión entre controladores de tráfico aéreo; además la incidencia era mayor en los sujetos que desempeñaban su actividad en áreas de intenso tráfico aéreo que en aquellos que desempeñaban la misma actividad en áreas de poco tráfico.

Por su parte Kasl y Cobb (1970) encontraron mayores cifras de presión arterial en personas que sabían que iban a perder su empleo que entre aquellas que estaban sometidas a un período de adaptación laboral. También encontraron que los desempleados tienden a mayores índices de hipertensión arterial esencial que quienes tienen un empleo.

En forma de resumen de lo revisado hasta aquí, es pertinente señalar que las investigaciones a las que se ha hecho referencia ponen de manifiesto dos aspectos importantes que deben ser tomados en consideración en la etiología de la hipertensión arterial esencial y en la enfermedad cardiovascular: en primer lugar los cambios en el estilo de vida consecuentes a procesos de aculturación, particularmente cuando éstos implican exigencias de adaptación al medio urbano y, en segundo lugar, el papel que desempeña el estrés y la exigencias laborales cuando estas se presentan aunadas a características del trabajo, como la competitividad y la inestabilidad.

Factores de Riesgo Asociados

EL tabaquismo, la inmoderada ingesta de sal, la dieta mal equilibrada, la obesidad, el sedentarismo y el estrés, del cual ya hablamos, constituyen los factores de Alto Riesgo considerados por los especialistas como precipitadores de la enfermedad hipertensiva arterial esencial. Edad, sexo y raza son tenidos en cuenta: a mayor edad, mayor riesgo de hipertensión y de ECV; aparentemente los hombres corren mayor riesgo que las mujeres de contraer la enfermedad; igualmente, parece ser que la raza negra, en EEUU, es más propensa que la blanca a la enfermedad, los hijos de padres hipertensos tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad.

Características Psicodinámicas y Mecanismos Adaptativos

AUN cuando las investigaciones no han llegado a un acuerdo con relación al papel que desempeñan los rasgos de personalidad como factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial y de la ECV, no se puede negar la importancia que tienen en el análisis y comprensión del problema.

MARIA INES MENOTTI DE SALAS, JAIME VILLARREAL, JAVIER SALCEDO Y MARIA FERRER

"Factores psicosociales y enfermedad hipertensiva arterial esencial".

Revista "Papeles del Colegio, Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 13, enero 1984. Págs. 37 a 44.

Bibliografía

Alexander, F. Psychoanalytic study of a case of essential Hypertension; *Psychosomatic Medicine*, 1939, I, 139-152.

Birkenhager, W.H. Investigación de la hipertensión: un punto de vista; *Medicinas*, 1980, Nov. Vol. 1 (1) 6-8.

Bonami, M., Rime, B. Approche Exploratoire de la personnalité precoronarienne par l'analyse standardisée de données projectives thématiques; *Journal of Psychosomatic Research*, 1972, Apr. Vol. 16 (2), 103-113.

Bruhn, I., Chandler, B. Lynn, T. Y Wolf, S. Social characteristics of Patients with Coronary Heart Disease; *American Medical Science*, 1966, 251 629.

Cobb, S. y Rose, E. Hypertension, Peptic Ulcer and Diabetes in Air traffic

Controllers, *Journal of the American Medical Ass.*, 1973, 224: 489-492.

Cleveland, S.E., Johnson, D.L. Personality Pattern in Young Males with Coronary Disease, 1962, *Psychosomatic Medicine*, 24: 600-610.

Croog, S.H., Levine, S. Social status and subjective perceptions of 250 men after myocardial infarction y *Public health review*, 1969, 989-997

Cruz-Coke, R., Echeverry, R., y Nagel, R. Influence of migration on blood pressure of Easter islanders; *Lancet*, 1964, 1169: 695-699.

Chesney, M., Eaglestone, Y. y Rosenman, R. The Type A Structure Interview: A Behavioral Assessment in the Rough, *Journal of Behavior Assessment*, Vol 2, N.º 4, 1980.

DeFrenne, D y Mertents, C. L'eva-

EXPERIENCIAS

Posiblemente fue Alexander el primero en señalar la relación entre los aspectos emocionales y la enfermedad hipertensiva esencial (1939). Dicho autor describió la personalidad del paciente hipertenso en términos de un conflicto permanente entre sus impulsos hostiles y sus necesidades pasivo - dependientes.

Otros autores han descrito al hipertenso como alguien incapaz de expresar ira o descontento, que en ocasiones adopta una conducta obsequiosa como medida de control contra tales sentimientos. (Schapiro y Cols., 1975, en Surwit et al. pág. 134). El papel de la represión de la ira ha aparecido una y otra vez en las investigaciones realizadas, no sólo con hipertensos arteriales esenciales sino, en general, con los enfermos cardiovasculares (Jenkins, 1976; Dongier, 1974; Gómez y Usler, 1974; Bonami y Rime, 1972, 1974; Reisel, 1969; Cleveland y Johnson, 1962).

Al analizar los mecanismos de defensa involucrados, Hackett y Cols. y Wynn y Van Der Valk (en Jenkins 1976) han encontrado que los pacientes con patología de ECV hacen uso exagerado de la negación y la represión. Estos planteamientos son congruentes con los de Croog y Levine (1969) relativos a la tendencia del enfermo CVC a utilizar mecanismos defensivos poco sofisticados, como la exagerada negación.

Por su parte, Dongier (1974) encontró que la represión, el control rígido de las emociones, el pensamiento pragmático, la fantasía pobre y las defensas típicas del tipo obsesivo-compulsivo se dan en forma característica en este tipo de pacientes. Estos rasgos fueron comprobados por Gómez y Usler (1974) aplicando el Rorschach a hipertensos esenciales. Bonami y Rime (1972) identificaron elevados índices de autocontrol y rigidez en la sujeción a las normas, utilizando el mismo procedimiento.

Con propósitos semejantes Jenkins y Cols. (1969) aplicando el Inventario de Personalidad de California (CPI) pudieron establecer una correlación positiva entre el aumento de lípidos y la personalidad concienzuda, moralista, escrupulosa y trabajadora. Determinaron, además, que la correlación era negativa y significativa con los niveles de autoaceptación del sujeto.

Examinando pacientes psiquiátricos afectados por angina de pecho, Lovell y Verghese (en Jenkins 1976) establecieron características de compulsividad exagerada y un super yo altamente desarrollado. Por su parte, Reisel (1969) informó sobre rasgos obsesivo-compulsivos y marcadas tendencias a reprimir la agresividad. Rasgos semejantes y componentes anales fueron encontrados por Cleveland y Johnson (1962).

Labilidad emocional y quejas de tipo hipocondríaco fueron establecidas a través del MMPI y del 16PF por Ostfeld y Cols. (1964). Además, encontraron como rasgos característicos de los anginosos e infartados, la sugestionabilidad y la suspicacia.

Morales (1975) encontró que sujetos de ambos sexos, afectados por enfermedad coronaria prematura presentaban, además, perturbaciones de la vida sexual y rasgos compulsivos.

El análisis psicodinámico de treinta sujetos varones, mayores de 56 años, afectados por infarto del miocardio (Van Heijnengen y Treurnier, 1966) indicó que este tipo de pacientes se caracteriza por una necesidad urgente de trabajar —adición al trabajo— y por la tendencia a dominar al otro como una defensa contra una pasividad subyacente enmascarada. Kohle y Simón (1970) encontraron en sus pacientes necesidades orales reprimidas y anales retentivas, inhibidas e insatisfechas.

La hipertensión en varones negros ha sido asociada con sentimientos de impotencia y frustración por las limitaciones correspondientes a su condición social en EEUU. (Naditch, 1974; en: Surwit y Cols, 1982). Así mismo este cuadro hallado en mujeres entre los 45 y los 55 años de edad y con conductas características del patrón Tipo A ha sido relacionado con estados de apresuramiento, agresividad y excesiva compulsividad (Shekelle, y Cols., 1976). También hay evidencia de correlaciones existentes entre hipertensión

arterial lábil y rasgos hipocondríacos, histéricos e impulsivos (Ostfeld y Lebovits, 1960).

Vanthier (1974) encontró que sus pacientes afectados por enfermedad CVC se caracterizaban por una concepción de la vida muy superyóica, en la que primaba un ideal del Yo poco funcional, a pesar de las apariencias, y en los que se daba una necesidad fundamental de ser amado, necesidad ésta poco verbalizada y expresada a través de una hiperactividad comportamental, una imagen de sí rígida y un autoconcepto pobre.

Algunos trabajos realizados para comparar grupos de control con grupos de hipertensos arteriales con el propósito de detectar posibles rasgos psicológicos característicos de estos últimos, no han arrojado diferencias significativas entre unos y otros (Surwit, y Cols., 1982). Sin embargo, un análisis general de las investigaciones dirigidas a la identificación de rasgos de personalidad característicos de los hipertensos esenciales y de los enfermos cardiovasculares permiten deducir la existencia de ciertos elementos comunes: dificultad en ajuste personal, fuerza yóica disminuida, características asociadas a conductas neuróticas (Hatburg y Cols., 1964; Kasl y Cobb, 1970; Pilowsky y Cols., 1973) como la rigidez, la falta de espontaneidad, la tendencia a utilizar mecanismos adaptativos poco sofisticados como la exagerada negación y represión (Gómez y Usler, 1974; Groog y Cols., 1971; Dongier, 1974) y las conductas obsesivo-compulsivas (Reisel, 1969; Rime y Bonami, 1973; Cleveland y Johnson, 1962; Gómez y Usler, 1974; Dongier, 1974).

Esta revisión del estado actual de la investigación quedaría incompleta si no mencionamos las críticas que se les han hecho y las recomendaciones que han sido formuladas para futuras investigaciones.

Jenkins (1976) al referirse al *Patrón Ostensible de conducta Tipo A* señala como éste describe un cuadro comportamental observable en el enfermo CVC, pero ignora la dinámica subyacente a este tipo de enfrentamiento con el mundo e insiste en la necesidad de profundizar en este aspecto y de tener en cuenta los factores sociales, culturales y psicológicos que definen el espacio complejo en el cual evoluciona la enfermedad CVC, no sólo como un fenómeno individual, sino como un problema de salud pública.

Madkoff y Parsons (en Del Dowiakowski y Luminet, 1969) hacen críticas metodológicas serias a las investigaciones realizadas hasta la fecha, de entre las cuales sobresalen las siguientes: deficiencia en los procedimientos de recolección de datos dado que los grupos de sujetos escogidos carecen de representatividad de la población; deficiencia en la definición de los criterios de trabajo e investigación y característica retrospectiva de las investigaciones, lo que impide establecer la personalidad premórbida de los pacientes. Surwit y Cols (1982) hacen críticas metodológicas semejantes.

Por su parte, Del Dowiakowski y Luminet (1969) señalan que la enfermedad cardiovascular es multideterminada y que tal hecho ha sido en la mayoría de las investigaciones descuidada.

Finalmente, Dongier (1973, 1974) es enfático en señalar su escepticismo sobre un perfil específico y único de la personalidad del enfermo CVC y, aunque algunos patrones neuróticos de reacción parecen prevalecer en él, pueden estar presente también en otras categorías diagnósticas. Su pregunta, básica, es si estos rasgos están presentes en los sujetos *antes* de aparecer la enfermedad o si constituyen una reacción secundaria a la condición cardiovascular. Para él la respuesta metodológica está en los estudios proyectivos.

Como intentos metodológicos llevados a cabo para resolver estas críticas Dongier (1973-1974) cita los trabajos de Rosenman y Cols. (1964, 1966a a 1966b, 1967 y 1970) quienes han tratado de enfocar el problema desde un punto de vista longitudinal-proyectivo, en términos de patrones conductuales; a Ostfeld y Cols. (1964), quienes dentro del mismo enfoque longitudinal, han trabajado con pruebas de personalidad y, finalmente, a Jouve y Cols. (en Dongier 1974) quienes han intentado identificar la presencia de

EXPERIENCIAS

algunos rasgos de personalidad típicos que estén presentes con anterioridad a la enfermedad.

A estas críticas, enumeradas en párrafos anteriores, queremos añadir un comentario de orden metodológico observado en los trabajos que hemos revisado: hasta el momento no hemos encontrado un trabajo que busque relacionar las características psicodinámicas y los mecanismos adaptativos con los patrones ostensibles observados y los factores de riesgo asociados. Más aún, no hemos visto tampoco un trabajo que busque relacionar los resultados en muchas ocasiones semejantes —a pesar de estar inscritos en marcos teóricos diferentes— y que trate de trazar una hipótesis explicativa de ello. Más bien, lo que se observa es una tendencia a trabajar independientemente dentro de esquemas o marcos teóricos particulares —enfoque dinámicos, descripciones comportamentales, categorías gnosológicas— que limitan las posibilidades de una contrastación metodológica y sistemática entre las diversas investigaciones que permita abrir paso a la formulación de nuevas hipótesis sobre el problema.

Resultados de una investigación

EL trabajo que vamos a presentar informa los resultados de la primera fase de investigación estudio piloto y primera revisión con miras a precisar, mejor, las características de personalidad y estilo de vida del hipertenso arterial esencial, dentro del marco crítico señalado anteriormente.

En el estudio piloto se utilizaron dos grupos así: 22 pacientes hipertensos arteriales esenciales, mitad hombres mitad mujeres, de nivel socio-económico heterogéneo, escolaridad mínima aceptada secundaria aprobada, pero la mayoría eran profesionales, cuyas edades fluctuaban entre los 18 y los 50 años de edad y un grupo control compuesto por 23 sujetos, elegidos al azar y cuya distribución por sexo, nivel socioeconómico, escolaridad y edad eran semejantes al del grupo hipertenso y en quienes se descartó enfermedad hipertensiva y/o cardiovascular.

En cuanto a los instrumentos, se eligió la versión española del *California Psychological Inventory (CPI) "Configuración Psicológica Individual"* de Gough (1957) que está compuesto por 480 reactivos. A través de 18 subpruebas mide el estilo de relación interpersonal, la capacidad empática, el estilo de participación social, la agresividad, la impulsividad, la necesidad de logro, la autoaceptación, el estilo de autocontrol, el respeto a las normas, los niveles de eficiencia y productividad, la tolerancia, la flexibilidad y la preocupación por la imagen de sí mismo.

Las razones fundamentales que condujeron a esta elección fueron las siguientes:

- Permite la contrastación con los resultados de otros estudios sobre enfermedad cardiovascular (Jenkins y Col., 1969).
- Las categorías que dieron origen a los reactivos fueron extraídos de situaciones sociales cotidianas, básicamente de situaciones de interacción. Además, evidencia aspectos del comportamiento interpersonal presentes en todas las culturas y posee relación directa e integral con múltiples y generales formas de interacción interpersonal (Gough, 1975), por lo tanto, ofrece mediciones que conservan su validez en aplicaciones interculturales.
- Carece de restricciones para su aplicación individual o colectiva.
- Ha sido utilizada, en su versión española, en varios países latinoamericanos, en serios trabajos de investigación con resultados satisfactorios (Magargee, 1971).

El procedimiento fue el siguiente: el grupo de hipertensos esenciales estuvo constituido por pacientes remitidos por cardiólogos con las siguientes características: presión diastólica igual o mayor que 160 mmHg y sistólica igual o mayor que 95 mmHg, o en los que se diera una de las dos presiones extremas (OMS, 1980). Se incluyeron en el grupo sólo aquellos pacientes que se encontraron en el momento de diagnóstico entre los 18 y los 50 años.

En la primera sesión se les explicó el motivo por el cual habían sido enviados a evaluación psicológica, se les comunicó el propósito y significado investigativo de ésta y se elaboró una anamnesis. Terminada se aplicó el CPI.

Con los sujetos del grupo de control se procedió en forma semejante. Se eligieron sujetos al azar, se les explicó el motivo del estudio. Si aceptaban colaborar se procedía a descartar enfermedad hipertensiva y/o cardiovascular; se verificaba edad y escolaridad y se aplicaba el test.

Tras las notas metodológicas anteriores podemos pasar a exponer los resultados.

Los puntajes del CPI y las comparaciones inter-grupo fueron llevados a cabo por medio de un análisis discriminante, que permite el análisis en conjunto y simultáneo de un grupo de variables independientes (variables de personalidad) con una variable dependiente (hipertensión arterial esencial); además permite seleccionar las combinaciones que maximizan la diferencia inter-grupos. Se seleccionaron para el análisis aquellos factores que tuvieran una F mayor o igual a 3 con un nivel de significación de p 0.05.

Bibliografía

luation de la propension Psychologique aux affections cardiovasculaires, *Acta Psychiatrica Belgica*, 1974, Mar Vol 74 (2) 134-175.

Del Dowiakowski, M.L., Luminet, D. Psychosomatic Investigation of 32 cases of myocardial infarction, *Acta Neurologica et psychiatrica*, Bélgica, 1969, febrero, Vol 69 (2), 78-89.

Dongier, M. Psychosomatic aspects in myocardial infarction in comparison with angina pectoris. En H. Musaph (Ed.) *Proceedings of Psychosomatic Medicine*, Amsterdam, 1973: Mechanism in symptom formation, N.Y.: S. Karger, 1974, VII, 303 p.

Dongier, M. Psychosomatic Aspects in Myocardial Infarction in Comparison with Angina Pectoris, *Psychoterapy and Psychosomatics*, 1974, Vol. 23 (1-6) 123-131.

Friedman, M., Rosenman, R.H. Association of specific Behavior Pattern with blood and Cardiovascular Finding, blood cholesterol level, blood clotting time, Incidence of Arcus Senilis and clinical Coronary Artery Disease; *Journal of American Ass.*, 1959- 169: 1286-1296.

Gómez, L. P. y Usler, M. C. Revisión Psicológica de un grupo de hipertensos esenciales, *Revista Javeriana*, 1974, XVI (1) 16-22.

Gough, H. An Interpreter's Syllabus for the C.P.I., en *Advances in Psychological Assessment*, 1968, Mc. Reynolds Ed., Vol. 1.

Gough, H. California Psychological Inventory, *Consulting Psychological Press*, 1957, Palo Alto, California, USA.

Gough, H. Configuración Psicológica Individual. Editorial El Manual Moderno, 1980, México, D.F.

Harburg, E., Erfurt, J.C., Hayens-teins, L.S., Chape, C., Schull, W.J. y Schork, M.A. Socio-Ecological stress, suppressed hostility, skin color and black-white male blood pressure; Detroit, *Psychosomatic Medicine*, 1973, 35: 276-296.

Henry, J.P. y Cassel, J.C. Psychosocial factors in essential hypertension, *Psychoterapy and psychosomatics* 1970, 18: 341-348.

Hurst, I., y Loque, R. The clinical Recognition and medical Management of coronary arteriosclerotic

EXPERIENCIAS

TABLA 1

Análisis discriminante

Variable	Nombre	F	Significación
V 11	Buena impresión	18.79453	0.0001
V 16	Empatía	14.99498	0.0000
V 15	Eficiencia intelectual	14.14527	0.0000
V 3	Sociabilidad	12.01057	0.0000

Como se puede apreciar en la Tabla, sólo cumplieron con el criterio de selección preestablecido los siguientes factores de personalidad: la V11. *Deseo de dar una buena impresión*, la V3. *Sociabilidad*, la V15. *Eficiencia intelectual*, la V16. *Capacitación de los aspectos psicológicos del otro* (empatía).

La V11 (*Deseo de dar una buena impresión*) caracteriza a las personas que ponen énfasis particular en la búsqueda de aceptación social (deseabilidad social) por medio de esfuerzos por presentarse de acuerdo a las exigencias normativas del medio, tal como estas son percibidas por la persona.

La V3 (*Sociabilidad*) mide los diferentes grados de participación social. Los puntajes más altos identifican a los individuos descritos como expansivos y participativos que buscan y disfrutan de la interacción social. Los puntajes bajos identifican a quienes evitan involucrarse en situaciones sociales y que temen o sienten disgusto por dichas situaciones.

La eficiencia intelectual (V15) en palabras de Gough (1968) "es una medida sutil de inteligencia, en la que la palabra eficiencia tiene como significado la facilidad y efectividad con la que un individuo es capaz de dirigir sus esfuerzos y aplicar sus habilidades" (Pág. 17).

La V16 (*Capacitación de los aspectos psicológicos del otro -empatía-*) identifica a los individuos que tienen interés por comprender las motivaciones subyacentes -no las aparentes- del otro.

TABLA 2

Coefficiente estandarizado de la función canónica discriminante

Variable	Nombre	Valor
V 3	Sociabilidad	0.38335
V 11	Buena impresión	0.90838
V 15	Eficiencia intelectual	-0.061905
V 16	Empatía	-0.68584

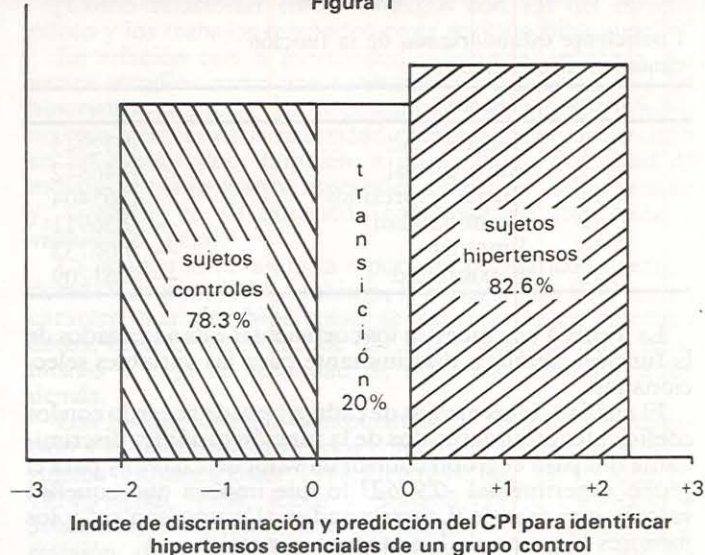
La Tabla 2 nos muestra los coeficientes de la función canónica discriminante, estandarizados, para las variables seleccionadas.

El análisis de las medidas de cada grupo, de acuerdo con los coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante dió para el grupo de control un valor de -1.03615 y para el grupo de hipertensos 1.3483, lo que indica que aquellos valores que son mayores que cero corresponden al grupo de hipertensos y los menores, al grupo de no hipertensos.

El grado de traslapamiento entre el grupo control y el grupo de hipertensos esenciales osciló entre 1 y -1 haciéndose claramente discriminante para los valores mayores y menores de este intervalo. El índice general de predicción fue del 80%: el modelo identificó el 82.6% de los casos de hipertensión (19 casos) y el 78.3% de controles (18 casos). En la zona de traslape quedaron el 17.3% de casos.

Estos resultados nos animaron a realizar una *primera revisión* del estudio pero seleccionando la muestra, ya no en la capital del país, sino tomándola de una ciudad industrializada del interior con miras a buscar rasgos de personalidad comunes y no privativos de un sólo lugar. Igualmente bajamos la exigencia de escolaridad a primaria completa ya que la idea era verificar si la prueba podría utilizarse con la menor restricción posible.

Figura 1



Primera revisión

EN esta ocasión utilizamos 31 sujetos y 33 hipertensos arteriales con características semejantes a las del estudio piloto antes descrito. El método empleado fue semejante al del estudio piloto.

Los resultados fueron los siguientes: Los puntajes del CPI y las comparaciones intergrupo fueron llevadas a cabo, también, por medio de un análisis discriminante. De igual manera se seleccionaron para el análisis aquellos factores que tuvieran un F igual o mayor que 3 con un nivel de significación mayor de p 0.005.

TABLA 3

Análisis discriminante

Variable	Nombre	F	Significación
V 16	Empatía	14.383	0.00009
V 17	Flexibilidad	11.659	0.00009
V 12	Comunalidad	9.197	0.00009
V 11	Buena impresión	7.905	0.00009
V 9	Autocontrol	3.727	0.00009
V 3	Sociabilidad	3.234	0.00009

En la Tabla 3 podemos ver como en esta revisión cumplieron con los criterios de selección establecidos las siguientes variables: Variable 11, *deseo de dar buena impresión*. Variable 3, *sociabilidad*. Variable 16, *captación de los aspectos psicológicos del otro*. Variable 9, *autocontrol*. Variable 12, *comunalidad* y Variable 17, *flexibilidad*.

Las variables 11 y 3 discriminaron positivamente; las variables 9, 12, 16 y 17 discriminaron negativamente.

Las variables 11 —deseo de dar buena impresión— la Variable 3 —sociabilidad— y la Variable 16 —captación de los aspectos psicológicos del otro— ya fueron definidas en el estudio piloto.

La Variable 8 —autocontrol— valora "el grado y la adecuación del control sobre sí mismo, sobre la impulsividad y el manejo personal de la libertad". Puntajes bajos indican tendencia a la explosividad, inadecuación en el control de sí mismo e impulsividad.

La variable 12, *Comunalidad*, "indica el grado en que las reacciones y las respuestas de una persona corresponden al patrón modal (común) establecido". Los puntajes bajos indican tendencia a mostrarse o a querer hacerlo de manera especial y distinta como lo hacen los demás miembros del grupo.

La Variable 17, *Flexibilidad*, indica el grado de "adaptabilidad y flexibilidad de una persona en su pensamiento y comportamiento social". Los puntajes bajos indican rigidez y poca adaptación.

EXPERIENCIAS

TABLA 4

Coefficiente estandarizado de la función canónica discriminante

Variable	Nombre	Valor
V 3	Sociabilidad	0.32945
V 9	Autocontrol	0.46842
V 11	Buena impresión	0.65404
V 12	Comunalidad	— 0.56911
V 16	Empatía	— 0.66733
V 17	Flexibilidad	— 0.61209

La Tabla 4 nos muestra los coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante para las variables seleccionadas.

El análisis de las medias de cada grupo, de acuerdo con los coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante dió para el grupo control un valor de 1.03921 y para el grupo experimental -0.97623 lo que implica que aquellos valores mayores de 0 corresponden al grupo control y los menores al grupo de hipertensos esenciales.

El grado de translapamiento entre los dos grupos oscila entre 1 y -1 haciéndose claramente discriminante para los valores mayores y menores de este intervalo.

El índice de predicción es de 84.38% así: 83.9% (26 ss) normales y 84.8% (28 ss) hipertensos arteriales esenciales.

TABLA 5

Coefficientes estandarizados de la función canónica discriminante

Variable	Nombre	Grupo I	Grupo II
V 11	Buena impresión	0.90838	0.65404
V 16	Empatía	— 0.68584	— 0.66733
V 3	Sociabilidad	0.38335	0.32945
V 15	Eficiencia intelectual	— 0.61905	—
V 9	Autocontrol	—	— 0.46842
V 12	Comunalidad	—	— 0.56911
V 17	Flexibilidad	—	— 0.61209

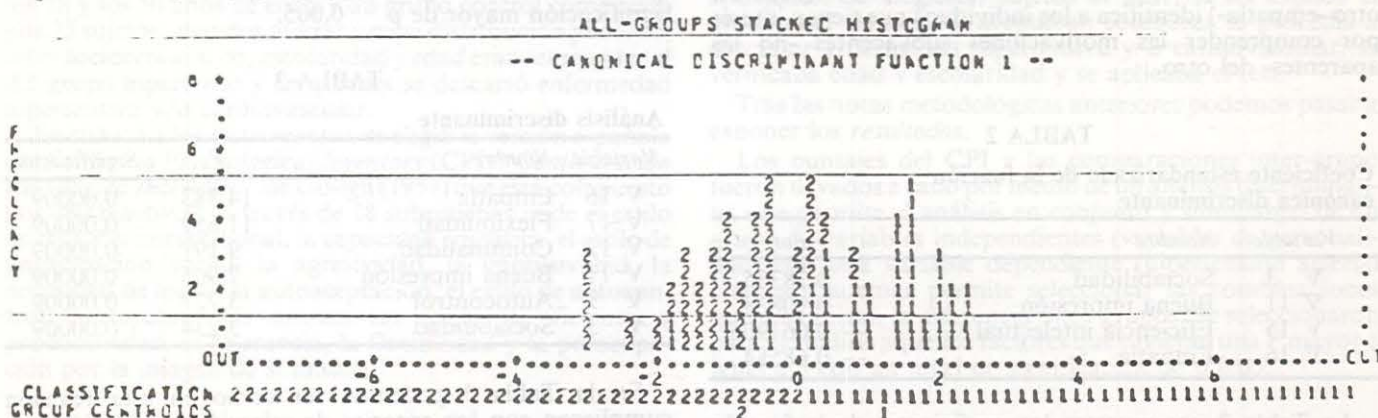
Discusión

AL analizar los resultados en el estudio piloto encontramos que la necesidad de causar buena impresión en los demás se constituye en factor de alto poder discriminativo entre el hipertenso arterial esencial y aquel que no lo es; de manera consecuente el factor empatía discrimina negativamente, fenómeno comprensible si profundizamos en el significado que éste tiene en la prueba "búsqueda y comprensión de las motivaciones no aparentes del otro": no parece posible ahondar en las necesidades no aparentes del otro cuando estamos preocupados por causarle buena impresión. El factor sociabilidad, tercer factor que discrimina en este estudio, nos indica que los hipertensos arteriales esenciales

SYMBOLS USED IN PLOTS

SYMBOL	GROUP	LABEL
1	1	AGROPALIS
2	2	HIPERTENSOS

GRAFICA 1



Bibliografía

heart disease. *The Heart*, 1974, Ed. Mc. Grawhill.

Jenkins, C. D., Recent Evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease, *New England Journal of Medicine*, 1976, apr Vol. 294 (18) 987-994.

Jenkins, C. D., Recent Evidence supporting psychologic and social risk factors coronary disease: Part II, *New England Journal of Medicine*, 1976 may. Vol. 294 (19) 1033-1038.

Jenkins, C. D., Psychologic and social precursors of coronary disease, *New England Journal of Medicine*, 1971 (4) 244-255.

Jenkins, C. D., Psychologic and social precursors of coronary disease, *New England Journal of Medicine*, 1971 (6) 307-317.

Kasl, S. V. y Cobb, S., Blood pressure changes in Men undergoing loss Job; A preliminary report, *Psychosomatic Medicine*, 1970 (32) 19-38.

Keegan, D. C., *Psychosomatics: Toward an understanding of cardiocascu-*

lar disorders, *Psychosomatics*, 1973, XVI (6) 321-324.

Kohle, K., y Simon, C., Psychodynamic aspects in young patients suffering from peripheral vascular occlusions, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1970 (18) 313-320.

Lowenstein, F. W., Blood pressure in relation to age and sex in the tropics and sub-tropics: a review of the literature and an investigation on two tribes of Brasil Indians, *Lancet* I, 1961 (7173) 389-392.

Maddocks, I., Possible absence of essential hypertension in two complete pacific Island populations, *Lancet*, 1961 (7199) 396-399.

Megargue, E., *Métrica de la Personalidad*, 1971, Vol. 1, Ed. Trillas, México.

Morales, M., Pruebas psicológicas en la consulta de medicina interna, *Tribuna médica de Colombia*, 1975, LII (2) 606.

Morales, M., Pruebas psicológicas en la consulta de medicina interna, *Tribuna médica de Colombia*, 1975, LIV (5) 633.

EXPERIENCIAS

desean y necesitan una activa e intensa participación social. Ahora bien, si relacionamos este factor con la necesidad de causar una buena imagen de sí y la discriminación negativa del factor empatía tenemos que la sociabilidad no debe ser interpretada, por lo menos en estos sujetos, como una búsqueda de gratificaciones derivadas de las relaciones interpersonales sino como una necesidad de alcanzar aceptación y visibilidad social. El factor eficiencia intelectual discriminó negativamente lo cual debe interpretarse en esta muestra, no como un signo de carencia o limitaciones de la agudeza mental sino como dificultad para canalizar, fácil y efectivamente, los esfuerzos y habilidades, por lo menos en aquellas áreas cargadas de connotación emocional.

En la revisión encontramos que se repiten los hallazgos del estudio piloto en cuanto a la necesidad, de los sujetos hipertensos, de *causar una buena impresión en los demás*, a la *búsqueda de aceptación y visibilidad social* y a la *limitación para captar las motivaciones no aparentes del otro* (empatía).

En esta revisión desaparece la V15, eficiencia intelectual, como variable discriminatoria. Una explicación plausible para ello está en que la primera muestra estuvo compuesta, en su mayoría, por profesionales activos y, en esta replicación, al bajar el nivel de escolaridad, el 45% de la muestra estuvo conformado por sujetos que no tenían secundaria aprobada y se desempeñaban en áreas de trabajo técnico y para-profesional.

En esta revisión, al aumentarse la muestra, entraron también, como variables discriminatorias las variables 17 —flexibilidad— 19 —autocontrol— y 12 —comunalidad— de manera negativa. Las dos primeras, tomadas en conjunto indican poca flexibilidad, poca adaptabilidad junto a una tendencia a reaccionar de manera impulsiva y explosiva que en ocasiones se suprime de manera drástica e inarmónica.

La variable 12, comunalidad, nos indica que en esta muestra, de hipertensos existe una tendencia a querer aparecer como sujetos singulares, diferentes a los demás.

¿Cómo relacionar estos hallazgos con los del estudio piloto y los trabajos reseñados en la revisión bibliográfica?

En relación con la asertividad subnormal señalada por varios estudios como una constante de la personalidad del hipertenso la encontramos confirmada, en nuestro estudio no sólo a través de la necesidad de causar buena impresión en los demás sino, también, a partir de su necesidad de mostrarse como sujetos especiales, diferentes del promedio y, también, en su búsqueda constante de aceptación y visibilidad social.

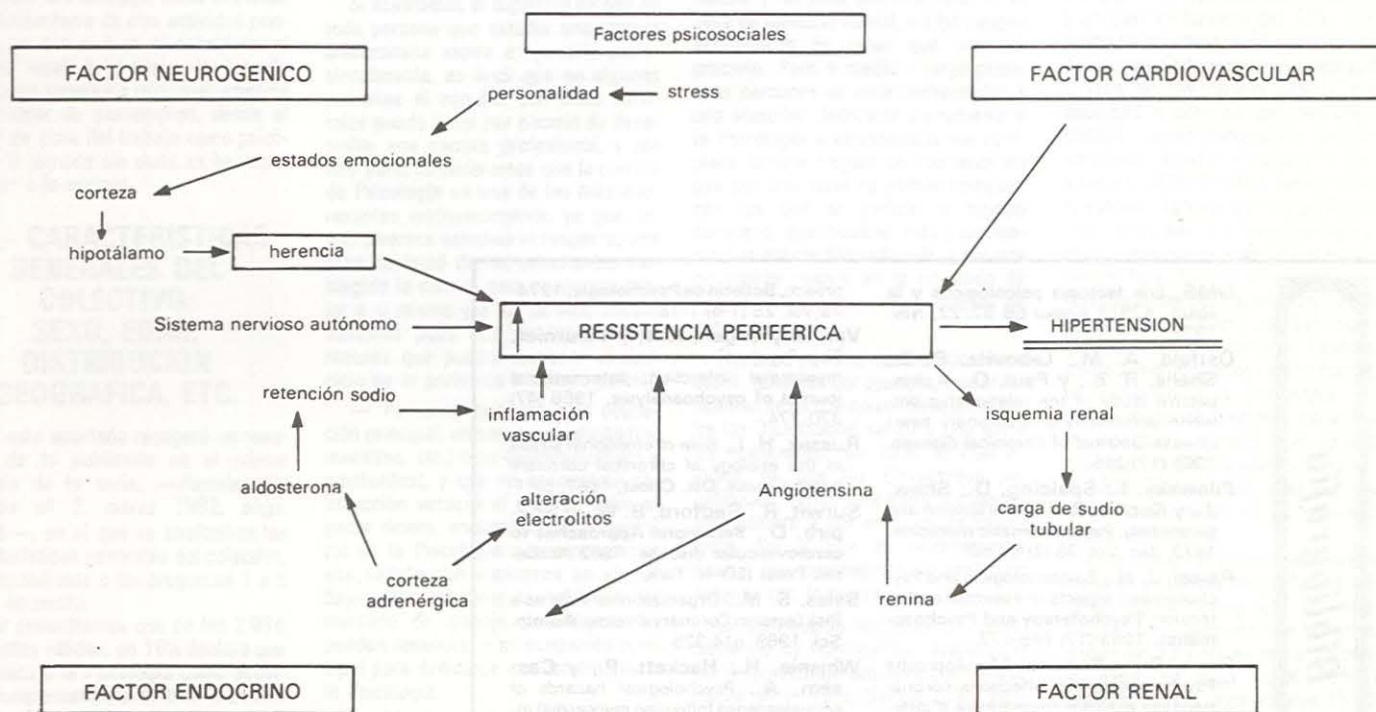
La imagen infravalorada reportada por varios investigadores (Vanthier, 1974; Jenkins, 1968; Dongier, 1974) como característica del hipertenso se expresaría, en nuestros datos, bajo la necesidad de dar una imagen positiva de sí mismo y bajo la necesidad de mostrarse diferente a los demás.

Los rasgos obsesivo-compulsivos, la represión, la negación y la rigidez identificados como característicos de éstos sujetos (Gómez y Usler, 1974; Groog y Cols., 1971; Dongier, 1974; Reisel, 1969; Rime y Bonami, 1973; Cleveland y Johnsons, 1962) también se encuentran en los sujetos de la revisión dentro de las características medidas por las variables *autocontrol* (Variable 12) y *flexibilidad* (Variable 17).

En relación a los resultados obtenidos por Jenkins y colaboradores (1976) sobre la relación entre elevación de lípidos y rasgos de baja autoestima, rigidez, escrupulosidad y moralismo medidos con esta misma prueba, encontramos que no se contradicen sino que más bien que se confirman.

Nuestros hallazgos contrastados con las investigaciones reseñadas al comienzo de este trabajo permitirían adicional al modelo de Friedman (1971, en Surwit y Cols., 1982), sobre el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, los *factores psicosociales* como un factor más que a través del estilo de personalidad y la reactividad particular al stress induce directamente sobre los estados emocionales que inician en ciclo neurogénico.

PATOGENIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL



Adición al Modelo de Friedman (1971) de los Factores Psicosociales como Desencadenantes del Ciclo Neurogénico (Menotti de Salas, Villarreal, 1983).

EXPERIENCIAS

Para terminar quisiéramos señalar, la consistencia de las 3 variables discriminatorias que se repiten en ambos estudios: *el deseo de causar buena impresión, la búsqueda de aceptación y visibilidad social y la dificultad para percibir las motivaciones no aparentes del otro*, y a la congruencia de éstos resultados con los de otras investigaciones reseñadas, ya que esto nos permite pensar que, en principio, estamos ante un posible modelo predictor de rasgos de personalidad y estilo de vida asociados a la hipertensión arterial esencial.

De igual manera queremos resaltar el alto índice predictor del modelo alcanzado en los dos estudios.

Nuestro esfuerzo investigativo está orientado a precisar la utilidad y la validez del instrumento como *método de comprensión de la personalidad y del estilo de vida del hipertenso arterial esencial y de la predicción de la morbilidad del mismo*.

De poder comprobarse que esta prueba nos permite diferenciar sujetos hipertensores arteriales esenciales de los que no lo son habremos conseguido un instrumento económico, objetivo, transcultural y con mínimas limitaciones en su aplicación que invaliden sus resultados. En este sentido estaríamos superando la dificultad que tiene la *entrevista estructurada* para predecir personalidad *TIPO A* y *TIPO B* de Friedman y Rosenman, (Chesney y Cols, 1980), por una parte y, por otra, tendríamos información suficiente para iniciar programas educativos de carácter eminentemente psicoprofiláctico a temprana edad, en el seno de la familia que es donde se gestan los patrones de comportamiento y estilo de vida que más tarde van a ser parte de la personalidad del individuo. Responderíamos, así, a los planteamientos de la OMS (1983) en relación al diseño de programas educativos de carácter psicoprofiláctico.

Ahora bien, la investigación de la cual hemos dado cuenta en este trabajo constituye apenas un estudio piloto inicial cuyos resultados permiten proyectar el programa de investigación en nuevas líneas.

El primer proyecto de continuación está representado por una réplica o revisión de ésta que se está llevando a cabo en Medellín con la Fundación Santa María de la Providencia, entidad dedicada al estudio y prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Otra línea que se hace prioritaria, es la réplica o revisión con diferentes cuadros gnosológicos (postinfartos del miocardio, angina pectoris, incremento de niveles de lípidos, etc.) de manera tal que se establezca diferencias entre rasgos de personalidad y tipos de enfermedad, en caso de que las hubiera. Esta investigación permitirá además esclarecer los resultados obtenidos por Jenkins y Cols. (1968) en relación con el incremento de lípidos.

Una tercera línea de investigación estaría representada por los estudios con otros cuadros clínicos (p.e. carcinomas, úlceras gástricas, hipoglicemia, etc.), con miras a dilucidar, como sugiere Dongier (1973) si los factores psicosociales que se han encontrado asociados a la enfermedad cardiovascular y a la hipertensión arterial esencial se encuentran en otros cuadros clínicos o si, por el contrario, son privativos de las enfermedades cardiovasculares.

De particular importancia en el análisis de las relaciones entre factores de personalidad y manifestación de cuadros clínicos es el diseño de estudios longitudinales que permitan precisar si los rasgos son premórbidos o si son consecuencia del estado de patología, lo que constituirá una quinta línea de investigación.

Finalmente, sobre la base de las investigaciones sugeridas y, particularmente si estas permitieran el aislamiento de un patrón de personalidad característico del hipertenso arterial esencial se sentarían bases sólidas para el diseño de programas profilácticos —fundamentalmente de carácter educativo— desde edades tempranas y en el seno del núcleo familiar, que representan el momento y circunstancia en la cual se gestan los mecanismos adaptativos que definen el estilo de vida, como ya lo habíamos señalado.

Bibliografía

OMS, Los factores psicológicos y la salud, A29/8 Anexo EB 57/22, Nov. 1975.

Ostfeld, A. M.; Lebovitz, B. Z.; Shelle, R. B., y Paul, O., A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease, *Journal of chronic disease*, 1964 (17) 265.

Pilowsky, I.; Spalding, D.; Shaw, J., y Korner, P. J. Hypertension and personality, *Psychosomatic medicine*, 1973, Jan. Vol. 35 (2) 50-56.

Reisel, J. H., Epidemiological and Psychosomatic aspects in essential hypertension, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1969 (17) 169-177.

Rime, B., y Bonami, M., Approche Psychologique des affections coronariennes: analysis comparative d'interviews de vingt patients atteints d'infarctus du myocarde, *Acta Psychiatrica Belgica*, 1972 (72) 29-45.

Rime, B., y Bonami, M., Myocardial infarction and personality: metodological problems of the differential ap-

proach, *Bolletín de Psychologie*, 1974-75 Vol. 28 (1-6) 1-18.

Van Heijningen, Kits, y Treurniet, N., Psychodynamic factors in acute myocardial infarction, *International journal of psychoanalysis*, 1966 (47) 370-374.

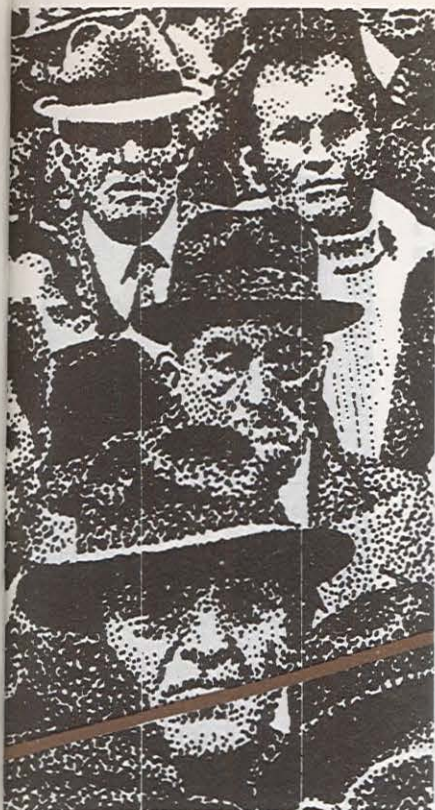
Russek, H. I., Role of emotional stress in the etiology of chronic coronary heart disease, *Dis. Chest*, 1967, 52:1.

Surwit, R.; Redford, B. W., y Shapiro, D., *Behavioral Approaches to cardiovascular disease*, 1982 Academic Press (ED) N. York.

Sales, S. M., Organizational Role as a Risk factor in Coronary disease, *Admin. Sci*, 1969, q14:325.

Whisnie, H.; Hackett, P., y Cassem, A., Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction, *JAME*, 1971, feb. Vol. 215 (8) 1292-1296.

Wyler, A.; Masuda, M., y Holmes, T. Magnitude of Life events and seriousness of illness, *Psychosomatic medicine*, 1971, Vol. 33 (2) 115-122.



La situación laboral de los psicólogos (4)

Análisis del subempleo cuantitativo: Psicología actividad complementaria

Adolfo Hernández Gordillo

Secretario del Colegio Oficial de Psicólogos

El plan del presente artículo es continuar el análisis del subempleo, iniciado en el número 8 de *"Papeles del Colegio"*, de marzo de 1983. En aquel primer artículo sobre el análisis del subempleo en nuestra profesión (número citado págs. 39-44), describimos el subempleo cualitativo y el subempleo cuantitativo, si bien éste sólo en el aspecto de jornada laboral reducida.

Continuaremos, pues, en este otro la descripción del subempleo cuantitativo estudiando el colectivo de psicólogos que ejercen la Psicología como actividad complementaria de otra actividad principal.

En el artículo ya citado definíamos el subempleo cuantitativo como aquel trabajo con tiempo menor del normal, bien por tener menos horas por jornada o por tener menos jornadas por año.

Según lo anterior consideramos que es un caso de subempleo cuantitativo el ejercer la Psicología como actividad complementaria de otra actividad principal, ya que si bien al considerar el tiempo total de trabajo, la jornada laboral es superior a la normal, y habría que hablar de pluriempleo, desde el punto de vista del trabajo como psicólogo, la jornada sin duda es bastante inferior a la normal.

1.— CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL COLECTIVO: SEXO, EDAD, DISTRIBUCION GEOGRAFICA, ETC.

En este apartado recogeré un resumen de lo publicado en el primer artículo de la serie, *—Papeles del Colegio* nº 2, marzo 1982, págs. 31-48—, en el que se analizaban las características generales del colectivo, correspondiente a las preguntas 1 a 9 de la encuesta.

Nos encontramos que de las 2.916 encuestas válidas, un 16% declara que se dedica a la Psicología como actividad complementaria de otra actividad principal. Es un apartado importante ya que se sitúa en un segundo lugar ex-aequo con el porcentaje de parados. Como es obvio esta situación es menos

mala que la de parado, ya que por el contrario, aquí el problema es el "exceso de trabajo"; asimismo es menos mala que la de los psicólogos que sólo se dedican a otra ocupación, ya que aquí al menos hay unas horas de ejercicio de la profesión.

Si aceptamos el supuesto de que no toda persona que estudia una carrera universitaria aspira a ejercerla profesionalmente, es decir que en algunas personas el estudiar con fines culturales puede estar por encima de desarrollar una carrera profesional, y por otra parte consideramos que la carrera de Psicología es una de las más interesantes intrínsecamente, ya que según diversos estudios al respecto, una gran cantidad de los estudiantes han elegido la carrera para conocerse mejor a sí mismo y a los demás, encontraremos pues dos de las posibles razones que pueden explicar el ejercicio de la profesión a tiempo parcial.

— Personas que con otra ocupación principal, universitaria (abogados, maestros, etc.) o no (administrativos y empleados), y que no encuentran satisfacción vocacional en ella, salvo el ganar dinero, encuentran en el ejercicio de la Psicología a tiempo parcial esa satisfacción intrínseca en el trabajo, pero que ante la debilidad del mercado de trabajo psicológico, no pueden renunciar a su ocupación principal para dedicarse exclusivamente a la Psicología.

— Mujeres, que no pueden compatibilizar su papel en el hogar y la familia con una jornada laboral completa y con horario rígido.

En muchos casos, sobre todo para aquellas personas que estudiaron Psicología teniendo ya un trabajo (profesor de EGB, administrativo), el ejercer la Psicología como actividad complementaria es un punto de partida que les permite ir adquiriendo experiencia y creando una clientela, en el caso de ejercicio liberal, sin los riesgos económicos de tener que vivir en precario. Pero a medio y largo plazo, esas personas se verán enfrentadas a una elección: dedicarse plenamente a la Psicología o abandonarla por completo, porque llegará un momento en que por una parte no podrán competir con los que se dedican a tiempo completo, que tendrán más experiencia y se habrán formado más, y por otra no podrán resistir en la situación de "pluriempleo", con lo que supone de coste personal.

Entrando ya en la descripción de los datos, tenemos por ejemplo, que el fenómeno se da con mayor frecuencia entre los Diplomados, un 20%, que entre los licenciados, un 15%, lo cual es lógico ya que los Diplomados por definición tienen otra carrera superior previamente a sus estudios de Psicología, por lo que es relativamente normal que compaginen su profesión anterior con la nueva.

La distribución territorial del fenómeno no es homogénea, destacando por un porcentaje bastante inferior a la media ($\bar{X} = 16\%$) Galicia (3%), Euskadi (4%) y Andalucía (9%). A su vez por encima de la media destacan Cataluña (19%) y sobre todo Valencia/Baleares (23%).

Una de las causas de esa diversidad reside en el porcentaje desigual de psicólogos que además poseen otra titulación superior o media. Así si el 67% del total de los encuestados no contesta a la pregunta de si posee otra titulación, en Galicia ese porcentaje sube al 74%, en Andalucía es del 73% y en Euskadi-Navarra del 69%. Por el contrario en Valencia/Baleares el 38% de los colegiados posee otra titulación.

Otra de las causas estaría en la debilidad o potencia del mercado de trabajo. Así en Andalucía y Galicia el porcentaje de paro entre los psicólogos supera el 30%. Es decir, los psicólogos ni pueden trabajar como psicólogos a nivel principal o complementario, ni como nada, ya que no hay trabajo de ningún tipo. A tener en cuenta que en Andalucía hay dos Facultades, Sevilla y Granada, y en Galicia una, Santiago. En Euskadi-Navarra ocurre el fenómeno inverso: hay muy pocos psicólogos que se dediquen a la Psicología como actividad complementaria, porque hay muchos que la ejercen como actividad principal: un 68% (estando la media en el 48%). En este caso, a su vez, hasta muy recientemente no ha habido Facultad en la zona.

La distribución por promociones presenta tres bloques bien diferenciados, salvo alguna excepción. Un primer bloque, correspondiente a las promociones del 79 y 80, en que el porcentaje, débil, se sitúa en el 13%. Un segundo bloque, promociones 75 a 78, en que el porcentaje, alto, se sitúa en torno al 19%. Un tercer bloque, promociones 71 a 74, en que el porcentaje vuelve a descender al 13% (salvo la excepción de la promoción del 78: un 19%). Veamos la tabla para derivar algunas conclusiones:

Tabla 1. Año de finalización de la carrera y modalidad de la actividad psicológica

%	(A) Total trabajo como Psicólogo (B + C)	(B) Psicología Actividad Principal	(C) Psicología Actividad Complementaria	(D) No trabajo como Psicólogo
1971	78	66	12	22
1972	84	71	13	16
1973	86	67	19	14
1974	85	72	13	15
1975	84	62	22	16
1976	79	62	17	21
1977	72	53	19	28
1978	72	54	18	28
1979	50	37	13	50
1980	33	20	13	67
TOTAL	64	48	16	36

Quizás las columnas más interesantes a observar son las "A" y la "D".

Si nos detenemos en la columna "A" observaremos que tras dos primeros años muy duros, a partir del 3er. año tras finalizar la carrera casi 3/4 partes trabaja como psicólogo, y que ese porcentaje va subiendo paulatinamente hasta alcanzar el máximo de 86% (1973). Sólo rompería la progresión la primera promoción de licenciados, 1971, que quizás tuviera peculiaridades en su composición o que encontró dificultades especiales que desanimó a más compañeros de ejercer como psicólogos.

La historia de cada promoción es única, y probablemente no sería adecuado extraer generalizaciones, ya que cada vez el mercado está más saturado, y por ello si a una promoción le costó "X" años alcanzar un techo, a lo mejor a una que termine ahora ni en el doble de años alcanza el techo de la anterior. Por lo mismo no creo que haya razones definidas para explicar por qué la disminución en 5 puntos del apartado del no trabajo psicológico del 76 al 75 se incrementa en la Psicología Actividad Complementaria, y sin em-

bargo del 75 al 74 el incremento en 10 puntos del apartado Psicología Actividad Principal se deba en sus nueve décimas partes a la disminución del apartado Psicología Actividad Complementaria.

Como era de esperar el porcentaje de mujeres que se dedica a la Psicología Actividad Complementaria es menor que el de hombres, a pesar de su mayor peso en el Colegio: las mujeres suponen un 59% de los colegiados, pero sólo un 48% de los que se dedican a la Psicología como Actividad Complementaria. Hay que tener en cuenta que de los colegiados varones el 69% se dedica a la Psicología en alguna medida, frente al 61% de las mujeres, y dado que el porcentaje de los que se dedican a la Psicología Actividad Principal es muy similar (49% varones, 47% mujeres), es justamente en este apartado de Psicología Actividad Complementaria donde se produce la diferencia, que reaparecerá a la inversa en los porcentajes de paro.

Respecto a la variación de los porcentajes según grupos de edad, observemos la Tabla 2.

Tabla 2. Psicología actividad complementaria y grupo de edad

%	N	Psicología Act. Compl.	% Sobre el grupo de edad
Hasta 25 años	32	23	11
26-30	32	29	14
31-35	18	20	18
36-45	13	18	22
Más de 45	5	11	33

La primera observación que salta a la vista es que se observa una regla en la tabla: hay una relación directa entre la edad y la Psicología Actividad Complementaria; a mayor edad más fácil es que se ejerza la Psicología complementaria a otra ocupación. Así mientras entre los menores de 25 años sólo

el 11% está en esta situación, entre los mayores de 45 alcanza el 33%. Lógicamente hay una posible explicación a estos datos: el 60% de los Diplomados tiene más de 36 años (el 37% tiene de 36 a 45, y un 23% más de 45 años). Como por definición los Diplomados tienen que tener otra carrera, ese dato junto a la edad, es el que explica ese incremento regular que aparece en la tabla.

Por el contrario entre los Licenciados, más jóvenes, menos de un 30% posee otra carrera, y de ese 30% un 15% son maestros. De ahí que de ejercer un trabajo principal no psicológico, salvo el de la enseñanza, tenderá a ser administrativo. De lo anterior se podría deducir que a un abogado-psicólogo, por ejemplo, no le compense renunciar a la abogacía para dedicarse a tiempo completo a la Psicología, con un estatus y una remuneración en términos generales menor. A un administrativo si que le compensará en cuanto las circunstancias se lo permitan dedicarse de lleno a la Psicología.

En relación a los seguros médicos-sociales, sólo un 11% de los que se dedican a la Psicología a nivel complementaria carecen de seguros, y el 68% tienen seguridad social plena. Pensemos que entre los que se dedican principalmente a la Psicología un 20% carecen de seguros y sólo el 51% tiene Seguridad Social. Como es obvio esa mayor afiliación a la Seguridad Social se debe a la otra ocupación y no a la Psicología.

Asimismo y en relación al porcentaje de sindicación, mientras sólo el 5% de los que se dedican principalmente a la Psicología están afiliados a algún sindicato, entre los que se dedican complementariamente se suben cuatro puntos, alcanzando un 9%.

2.— DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD PSICOLOGICA: AREA, LUGAR DE TRABAJO, ETC.

En este apartado haremos un breve repaso de aquellos aspectos que pueden ayudarnos a conocer en qué consiste esa Psicología Actividad Complementaria a la que se dedican el 16% de los colegiados encuestados: área o sector, lugar de trabajo, tipo de actividad, relación laboral-clase de contrato, etc.

2.1. Area de Actividad

Tabla 3. Psicología actividad complementaria (P.A.C.) y área de actividad

%	N total = 1869	N P.A.C. = 469
Industrial	10	9
Social	3	4
Pedagógica-Escolar	39	45
Educación Especial/Minusvalía	14	12
Delincuencia	2	3
Clínica	38	31
Otros	6	6
No contesta	3	4

2.2. Tipo de Actividad

Tabla 4. Psicología actividad complementaria (P.A.C.) y tipo de actividad

% (Total $\leq$ 100, cabía más de una respuesta)	N Total = 1869	N P.A.C. = 469
Examen, valoración y formación de personal	9	8
Higiene, Seguridad, Clima Laboral	2	1
Ps. de la Organización, Comercial y Marketing	3	3
Terapia individual o de grupo	30	23
Psicodiagnóstico	35	26
Reeducación (lenguaje y otros)	24	23
Orientación escolar y profesional	25	25
Psicopedagogía	19	23
Otros	8	7
No contesta	5	8

El dato más destacable es la ruptura del equilibrio escolar-clínica, pasando escolar a la cabeza 14 puntos por encima de la clínica. Como ya hemos comentado y veremos detenidamente más adelante, esto se debe a esa gran cantidad de profesores de EGB-psicólogos que compatibilizan ambas profesiones. Al mismo tiempo muchos psicólogos ejercen de profesores en enseñanza media, y dado el horario reducido de la enseñanza, complementan su jornada dedicándose a la Psicología. En el caso de la Delegación de Madrid (206 colegiados P.A.C.) se acorta la distancia: un 44% se dedica a la escolar, pero a la clínica se dedican a su vez un 39%. En el caso de Cataluña (164 P.A.C.), esos porcentajes son del 41% y el 26%.

Respecto a las promociones de licenciados, en ninguna se rompe la preeminencia de la escolar. En las que se da una mayor distancia son la de 1973 (66% escolar, 7% clínica), 1974 (57% y 26%) y 1976 (56% y 24%). En las que hay menor distancia serían 1978 (45% y 42%), 1972 (35% y 29%), 1975 (47% y 40%) y 1980 (40% y 31% respectivamente (nota ningún N $\leq$ 100).

En el caso de los Diplomados adquiere un mayor peso el área industrial.

El sexo introduce variaciones: así los hombres se dedican más a la Psicología Industrial (14%) que las mujeres (5%). Las mujeres se dedican más a la clínica (34%) y a la educación especial (15%) que los hombres (29% y 10% respectivamente). Finalmente la escolar es más masculina (51% hombres, 40% mujeres).

Por edades también se marcan diferencias. A mayor edad mayor porcentaje dedicado a la Psicología Industrial de un 8% los menores de 25 años a un 30% los mayores de 45. A menor edad mayor importancia del área de educación especial-minusvalía (de un 19% entre los menores de 25 a un 6% entre los mayores de 45). En el área clínica la meseta se sitúa entre los 31 a 45 años, alcanzando su máximo (37%) en el grupo 36-45 años, mientras que en la escolar la meseta se sitúa de los 26 a los 35 años, alcanzando su máximo (53%) en el grupo 31-35 años.

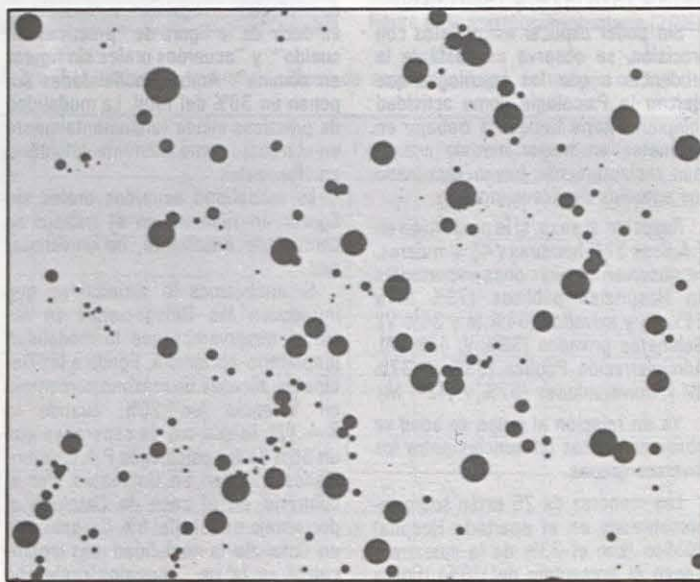
En resumen los hombres de menos de 25 años se dedican principalmente a la pedagógica y la clínica (36% en cada caso). Las mujeres menores de 25 a la clínica (35%), escolar (33%) y educación especial (21%). Los hombres entre 26 y 30 años a la escolar (60%) y clínica (28%). Las mujeres 26-30 a la escolar (43%) y clínica (26%). Los hombres de 31 a 35 a la escolar (61%) y clínica (22%). Las mujeres 31-35 a la escolar y clínica (41% en cada caso). Los hombres de 36 a 45 a la escolar (48%), clínica (29%), industrial (15%) y delincuencia (8%). Las mujeres de 36-45 a la clínica (58%) y escolar (42%). Finalmente los hombres de más de 45 años, a la escolar (39%), industrial y clínica (32% en cada caso). Las mujeres a la escolar (56%).

Se mantiene la consistencia en torno a las actividades ligadas a la Psicología Escolar-Psicopedagogía, con disminución de las actividades más clínicas en relación al total. Sin embargo se observan diferencias entre Madrid y Cataluña. Así en Madrid se colocan como las actividades más desarrolladas la terapia individual (27%), el psicodiagnóstico (26%) y la Orientación Escolar (23%). En Cataluña, por el contrario, la actividad más desarrollada es la de psicopedagogía (29%) seguido de la reeducación (25%), y el psicodiagnóstico (25%).

En función de las promociones de Licenciados varía curiosamente el ranking de las actividades más frecuentemente desarrolladas. En tres promociones, el número 1 lo ocupa el psicodiagnóstico (1977: 40%; 1972 y 1978: 35%). En otras tres la Orientación Escolar (1971 y 1974: 43%; 1973: 38%). En dos la terapia individual (1975: 35%; 1980: 24%). Y en otras dos, finalmente, la reeducación (1976: 35%; 1979: 28%).

Vamos a repasar cuáles son las tres actividades más frecuentemente reali-

	1º	2º	3º
1º.— 1971.—	Orientación Escolar (43%),	Psicopedagogía (29%),	Terapia individual (21%)
2º.— 1972.—	Psicodiagnóstico (35%),	Terapia individual (29%),	Orientación Escolar (24%)
3º.— 1973.—	Orientación Escolar (38%),	Psicopedagogía (31%),	Psicodiagnóstico (21%)
4º.— 1974.—	Orientación Escolar (43%),	Reeducación (30%),	Psicodiagnóstico (30%)
5º.— 1975.—	Terapia individual (35%),	Psicodiagnóstico (30%),	Orientación Escolar (20%)
6º.— 1976.—	Reeducación (35%),	Psicopedagogía (26%),	Orientación Escolar (21%)
7º.— 1977.—	Psicodiagnóstico (40%),	Psicopedagogía (38%),	Reeducación (31%)
8º.— 1978.—	Psicodiagnóstico (35%),	Terapia individual (29%),	Reeducación (29%)
9º.— 1979.—	Reeducación (28%),	Psicodiagnóstico (20%),	Orientación Escolar (20%)
10º.— 1980.—	Terapia individual (24%),	Reeducación (21%),	Psicopedagogía (21%)



zadas en cada promoción de Licenciados:

Si pasamos de la promoción al sexo, observaremos que entre los hombres las dos actividades más realizadas son: la Orientación Escolar (33%) y el Psicodiagnóstico (28%), mientras que entre las mujeres son: la Reeducación (27%) y el Psicodiagnóstico (24%). En ambos sexos las actividades 3ª y 4ª ex-aequo son la Psicopedagogía y la Terapia individual.

Por grupos de edad, los menores de 25 años realizan la Reeducación (31%) y la Terapia individual (27%); los de 26-30 años, la Reeducación (29%) y el Psicodiagnóstico (26%); los de 31-35 la Orientación Escolar (30%) y la Psicopedagogía (26%); los de 36-45, la Orientación Escolar (38%) y el Psicodiagnóstico, y los mayores de 45, la Orientación Escolar (32%) y el examen y valoración personal (26%).

Si mezclamos sexo por edad, el

único grupo donde las preferencias varían significativamente es en el grupo 31-35 años donde los hombres se dedican preferentemente a la Orientación Escolar (41%) y la Psicopedagogía (31%) mientras las mujeres a la Terapia individual (26%) y a la Reeducción (23%).

2.3. Lugar de trabajo

Tabla 5. Psicología actividad complementaria (P.A.C.) y lugar de trabajo

%	N total = 1869	N P.A.C. = 469
Administración Pública	11	10
Empresa Privada	18	17
Hospitales o Clínicas Públicas	6	6
Hospitales o Clínicas Privadas	3	2
Centros de Investigación y/o Universidad	8	4
Centro Público de enseñanza no universitario	11	17
Centro Privado de enseñanza no universitario	11	12
Gabinete privado, colectivo o individual	35	29
Otros	6	6
No contesta	4	5

La proporción sector público/privado varía sólo ligeramente: entre los que se dedican a la psicología, ya sea principal o complementariamente, es de 35 a 65; entre los "Psicología actividad complementaria", es de 38 a 62, es decir aumenta ligeramente el trabajo en el sector público pasando de representar 1/3 a 2/5.

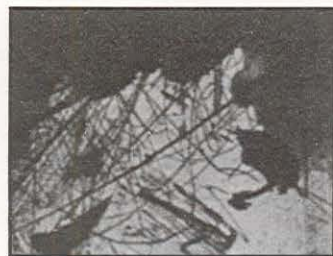
Los tres ámbitos de trabajo donde la variación es mayor son los gabinetes (6 puntos menos), Centro público de enseñanza no universitario (6 puntos más) y Universidad (4 puntos menos).

El menor peso de los Gabinetes vendría dado por el menor porcentaje de psicólogos clínicos entre los que se dedican a la psicología actividad complementaria como vimos en la tabla 3: allí eran 7 los puntos de diferencia aquí son 6.

El mayor peso de los centros públicos de enseñanza no universitario vendría dado por tres causas complementarias: el mayor peso de la Psicología Escolar (6 puntos en ambos casos), el caso frecuente de aquellos profesores de EGB, funcionarios que además son psicólogos, y a quienes el claustro autoriza a dedicar algunas horas al trabajo orientador y finalmente, una práctica cada vez más extendida consistente en que las Asociaciones de Padres de Alumnos ante la grave insuficiencia de la red de orientación pública (SOEV e Institutos de Orientación Educativa y Profesional) contratan con fondos propios a un psicólogo a tiempo parcial.

Respecto a los 4 puntos menos en Universidad, quizás podría ser explicado por la tendencia creciente de la Universidad a exigir dedicación exclusiva a su profesorado.

La diferencia más significativa entre Cataluña y Madrid, es que el 20% de los psicólogos P.A.C. catalanes traba-



jan en centros públicos de enseñanza no universitarios, frente al 12% de los madrileños. Por el contrario el 19% de los madrileños trabajan en centros privados de enseñanza no universitarios frente a ninguno de los catalanes.

En relación a las promociones hay algunas cifras llamativas. Así en Hospitales públicos y privados prácticamente sólo trabajan psicólogos de las promociones de 76 en adelante. Como es obvio estaríamos ante la presencia de los "asistentes voluntarios", que supone para muchos recién licenciados la única oportunidad de ir adquiriendo experiencia práctica. Por el contrario en Universidad predominan los de las primeras promociones.

Finalmente, en el apartado de Gabinetes Privados ($\bar{X} = 29\%$), destacan por debajo las promociones de 1972 (12%), 1973 (10%), y por encima 1975 y 1978 (37%) y 1980 (36%).

Sin poder explicar estos datos con precisión, se observa no obstante la tendencia a que los psicólogos que ejercen la Psicología como actividad complementaria tienden a trabajar en Gabinetes en mayor medida cuanto más recientemente hayan terminado sus estudios de licenciatura.

Respecto al sexo, si la proporción en P.A.C. es 52% hombres y 48% mujeres, se observan desviaciones importantes en Hospitales públicos (79% M y 21% V) y privados (64% M y 36% V), Gabinetes privados (58% V, 42% M), Administración Pública (63% V, 37% M) y Universidades (57% V, 43% M).

Ya en relación al grupo de edad se observan ciertas diferencias entre los diversos grupos.

Los menores de 25 están sobrerrepresentados en el apartado Hospital Público (son el 23% de la muestra y tienen el porcentaje del 36%) (figura

del asistente voluntario). Al grupo 26-30 le sucede lo mismo en el apartado Gabinete privado (29% de la muestra, en este apartado 34%); el grupo 31-35 está, por su parte sobrerrepresentado en Universidad (del 20% pasan a suponer el 29%) y Centro público de enseñanza no universitario (suponen un 24%); el grupo 36-45 (18% de la muestra) está sobrerrepresentado en varios apartados: Hospital privado (36%), Centro privado de enseñanza (26%) y Administración Pública y centro público de enseñanza (24%); finalmente los que tienen más de 45 (11%) están netamente sobrerrepresentados en Universidad (24%), Empresa privada (15%) y Administración Pública (14%).

2.4. Relación Laboral — Clase de Contrato

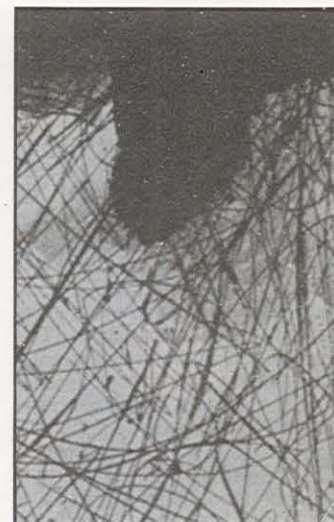
Tabla 6. Total actividad Psicología, Psicología actividad complementaria y relación laboral

%	N total = 1869	N P.A.C. = 469
Propietario, accionista	15	12
Funcionario público	12	14
Contrato escrito con plazo definido	11	6
Contrato escrito sin plazo	18	14
Contrato verbal, figurando en nómina	6	6
Acuerdos orales, sin figurar en nómina	21	24
Becario	1	1
Realizando prácticas sin percibir sueldo	6	12
Otros	5	4
No contesta	10	12

Dado que estamos en el capítulo de análisis del bloque psicología actividad complementaria, no entramos en el análisis de la columna 1, sino que la incluimos en la tabla como referencia a la hora de facilitar la interpretación de los datos de la columna 2. Si hubiera que resumir la tabla diríamos que como era de esperar, dado el carácter de "complementario", hay un incremento de los apartados de modalidades de contratación irregulares e inestables, es decir de la figura de "prácticas sin sueldo", y "acuerdos orales sin figurar en nómina". Ambas modalidades suponen un 36% del total. La modalidad de prácticas incide fundamentalmente en el trabajo como asistente voluntario en Hospitales.

La modalidad acuerdos orales sin figurar en nómina, en el trabajo en centros de enseñanza, no universitarios.

Si analizamos la variabilidad que introducen las Delegaciones en las cifras, observamos que la modalidad propietario-accionista, ligada a los Gabinetes, alcanza un máximo porcentaje en Valencia (un 25%, cuando la $\bar{X} = 12$), lo que era de esperar ya que un 35% de los psicólogos P.A.C. valencianos trabajan en Gabinetes. Por el contrario en el caso de Cataluña el porcentaje es sólo del 8%. Sin embargo en Cataluña la modalidad más significativa es la de "acuerdos orales no



figurando en nómina", explicable desde la importancia del área escolar en la zona.

Como en las demás variables, la promoción de pertenencia introduce cambios significativos, si bien desde la realidad del predominio en casi todas de la modalidad "acuerdos orales no figurando en nómina". En un rápido repaso nos encontramos que en la de 1972 predomina contrato escrito indefinido (41%); 1973, funcionario público (41%) y acuerdos orales (31%); 1974, acuerdos orales (39%) y propietario accionista (17%); 1975, funcionario público (21%), y acuerdos orales (19%); 1976, acuerdos orales (26%), y propietario accionista (18%); 1977, acuerdos orales (31%) y propietario accionista (17%); 1978, realizando prácticas sin sueldo (20%), propietario-accionista (18%); 1979, acuerdos orales (27%), realizando prácticas sin sueldo (16%); y, finalmente, 1980, acuerdos orales (27%), y realizando prácticas sin sueldo (20%). Los tres únicos becarios a su vez pertenecían a esta última promoción.

Las variables sexo por edad introducen a su vez notables variaciones. Así en el grupo de edad de menores de 25 años, si bien los acuerdos orales ocupan el porcentaje más elevado en ambos sexos (36% V, 35% M), el segundo lugar es muy distinto: propie-

SITUACION LABORAL

tario accionista varones (25%) y realizando prácticas sin sueldo en mujeres (24%). En el grupo 26-30, ocurre un fenómeno similar: primer lugar para acuerdos orales (30% V, 19% M), y segundo lugar diferente: propietario-accionista en varones (19%), realización de prácticas sin sueldo en mujeres (17%); en el grupo 31-35 varían las cosas: en varones el primer y segundo lugar lo ocupan la modalidad de fun-

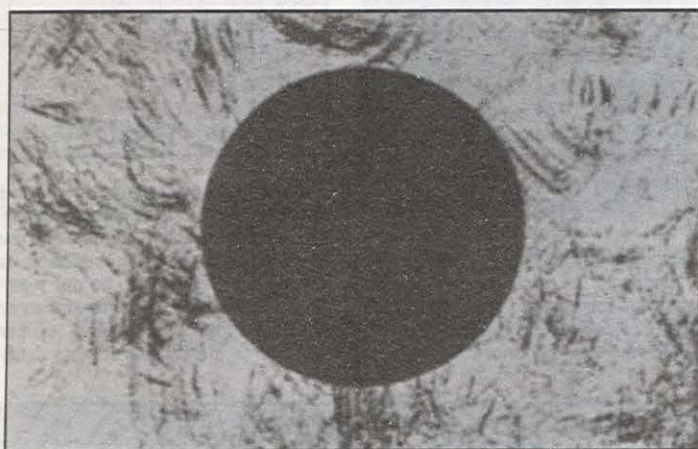
cionario público (28%) y contrato escrito e indefinido (20%), mientras en mujeres el primero es acuerdos orales (28%) y el segundo realización de prácticas (15%); en el bloque 36-45 se repite el reparto anterior: porcentaje en varones, primero funcionario (29%) y segundo contrato escrito indefinido (18%); en mujeres primero acuerdos orales (29%) y segundo realización de prácticas (21%). Finalmente entre los

mayores de 45 años, en los varones el primer lugar lo ocupa el contrato escrito indefinido (22%), y en las mujeres el ser funcionario (33%).

Como es palpable las condiciones de precariedad inciden en los jóvenes y por encima de todo en las mujeres, jóvenes o no. Así a partir de los 30 años los hombres consolidan su situación de contratación, no así las mujeres.

Tabla 7. Relación laboral — Clase de contrato y área de actividad en P.A.C.

N = 469	Totales %	Industrial		Social		Pedagógica Escolar		Educ. Espec. Minusválidos		Delincuencia		Unica		N
		% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	
Propietario accionista	12	11	9	18	5	11	42	7	7	—	—	17	44	57
Funcionario público	14	16	11	24	6	17	55	18	15	36	8	7	15	66
Contrato escrito con plazo	6	9	15	6	4	5	38	14	31	14	8	3	15	26
Contrato escrito indefinido	14	34	23	29	8	11	35	25	21	14	3	10	21	66
Contrato verbal, con nómina	6	9	14	6	4	8	57	4	7	—	—	5	25	28
Acuerdo oral, sin nómina	24	18	7	6	1	31	59	26	14	21	3	22	29	111
Asistente voluntario	12	2	2	—	—	10	38	12	13	—	—	20	54	56
Totales %		9		4		45		12		3		31		
N =		44		17		213		57		14		147		



Si analizamos los porcentajes verticales, es decir, en función del área de actividad encontramos diferencias notables de prevalencia de diversas modalidades de contratación.

Así en Industrial predomina el contrato escrito indefinido (34%) que es también una modalidad significativa de las áreas social (29%) y educación especial-minusválidos (25%). Por su parte las áreas escolar y clínica tienen en común que el primer lugar lo ocupa la modalidad acuerdos orales sin figurar en nómina (31 y 22% respectivamente). Por el contrario en escolar el segundo lugar lo ocupa el funcionario (17%), mientras que en clínica los puestos segundo y tercero lo ocupan la figura de la asistencia voluntaria (20%)

y el ser propietario accionista (Gabinetes: 17%).

Como era de esperar los dos sectores en los que hay mayor afluencia de psicólogos escolar y clínica, son aquellos en los que las condiciones de contratación son más irregulares e inestables, si bien se produce una variación entre las dos áreas mayoritarias, en el sentido de que en escolar es más típica la modalidad de acuerdos orales sin incluir en nómina, mientras que en clínica la figura más típica es la del asistente voluntario. Esa peculiaridad viene marcada por el carácter diverso de las instituciones en las que el psicólogo desenvuelve su actividad: la escuela y el hospital.

Tabla 8. Relación laboral — Clase de contrato y lugar de trabajo en P.A.C.

	N=469	% Ver- tical Total	Admon. Pública		Empresa Priv.		Hosp. Público		Hosp. Privado		Universidad		Centro de Enseñan. Públ.		Centro de Enseñan. Priv.		Gabinete	
			% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal	% Ver- tical	% Hori- zontal
Propietario-accionista	57	12	2	2	10	14	4	2	9	2	—	—	—	—	12	12	31	74
Funcionario público	66	14	59	44	—	—	11	5	9	2	19	6	36	42	3	3	4	8
Contrato escrito con plazo	26	6	8	15	14	42	—	—	—	—	19	15	6	19	2	4	2	12
Contrato escrito indefinido	66	14	8	6	35	42	4	2	9	2	14	5	8	9	19	17	5	11
Contrato verbal, con nómina	28	6	4	7	17	50	7	7	—	—	5	4	6	18	7	14	1	7
Acuerdo oral, sin nómina	111	24	12	5	14	10	14	4	36	4	19	4	27	19	40	21	32	39
Asistente voluntario	56	12	4	4	6	9	61	30	36	7	5	2	13	18	7	7	10	23
Total N = 469			49		81		28		11		21		78		58		135	
% Horizontal total			10		17		6		2		4		17		12		29	

Lógicamente el cruce contrato-centro de trabajo nos permite descubrir qué Instituciones son más legales y serias y cuáles más "explotadoras" de la fuerza de trabajo.

En una lectura horizontal, es decir leyendo los porcentajes en relación a la modalidad de contratación encontramos que 3/4 partes de los propietarios-accionistas trabajan en Gabinetes, y sólo porcentajes reducidos (14 y 12%) lo son de empresas o centros de enseñanza.

Los funcionarios públicos están repartidos entre la Administración Pública (44%) y los Centros de Enseñanza Públicos no universitarios (42%).

El contrato escrito con plazo definido sólo alcanza significación neta en la Empresa privada (42%) y en menor medida en los Centros públicos de enseñanza no universitaria (19%) y en la Universidad y Administración Pública (15%).

El contrato escrito indefinido, el más normal, es el usual en la Empresa privada (42%) y Centros privados de enseñanza (17%).

Los contratos verbales, figurando en nómina, por tanto válidos y legales a todos los efectos, son corrientes en la empresa privada (50%) y los Centros de enseñanza públicos (18%) y privados (14%).

Finalmente en las dos condiciones de contratación más recusables salvo en el caso del ejercicio liberal de la profesión, caso de los Gabinetes, a saber, el acuerdo oral, sin figurar en nómina, y el ejercicio de prácticas no retribuidas se distribuyen de distinta manera.

Así el acuerdo oral encuentra su porcentaje superior en los Gabinetes (39%), seguido de los centros de enseñanza privados (21%) y públicos (19%).

En el caso de los Gabinetes se trataría de que un Gabinete es constituido por un núcleo inicial (los propietarios o accionistas) que luego incorpora a colaboradores a tiempo parcial o según tareas a demanda, mediante un acuerdo oral.

Por el contrario la figura de la asistencia voluntaria tiene su porcentaje máximo en los Hospitales públicos (30%), aunque también alcanza porcentajes importantes en los Gabinetes (23%) y en los Centros públicos de enseñanza (18%).

Sin duda ninguna la figura del asistente voluntario es pernicioso, ilegal y abusiva. Ya existe una modalidad específica de contratación bonificada, el contrato en prácticas, que precisamente trata de facilitar la adquisición de experiencia en los recién titulados en condiciones no muy gravosas para las empresas. En una palabra si se realiza un trabajo tiene que haber una remuneración. Por otra parte hay toda una amplia gama de contratos, el de servicios, temporal, y a tiempo parcial, que permitirían legalizar toda esta serie de situaciones anómalas y que dañan gravemente el prestigio de la profesión y los intereses de los profesionales neófitos.

Si pasamos ahora a una lectura vertical, a saber leyendo los porcentajes en relación a los centros de

trabajo, observamos que el 59% de los que trabajan en la Administración Pública son funcionarios. En la Empresa privada los contratos más utilizados son los escritos indefinidos (35%) y los verbales figurando en nómina (17%); en los Hospitales Públicos la figura más usada es la del asistente voluntario (61%) seguido de los acuerdos orales sin nómina (14%) y sólo un 11% para el funcionariado; en los Hospitales Privados hay un porcentaje similar para ambas figuras: asistencia voluntaria, acuerdo oral (36%); en Universidad prevalece el funcionariado (19%) y el contrato escrito con plazo (PNN: 19%); en los centros públicos de enseñanza la figura más usual es la del funcionariado (36%), seguido de los acuerdos orales (27%) y la asistencia voluntaria (13%); en los centros privados de enseñanza predomina el acuerdo oral (40%) seguido del contrato escrito indefinido (19%); y finalmente los Gabinetes la figura más usual es la del acuerdo oral (32%), seguido de propietario accionista (31%) y asistente voluntario (10%).

De todo lo anterior se deduce que la necesidad de asistencia psicológica que se necesita en la red pública de asistencia sanitaria a nivel hospitalario se está mal cubriendo con la figura del asistente voluntario, cuando se debería cubrir mediante un sistema PIR (Psicólogo interno residente) similar al que tienen los médicos y otras profesiones sanitarias.

Hay que ir legalizando situaciones, y en el caso del ejercicio liberal y del contrato de servicios (que sustituiría a la figura del acuerdo oral) hay que aprobar cuanto antes una normativa de honorarios mínimos que permita ir ordenando situaciones tan irregulares y confusas como las descritas anteriormente.

Un corolario de lo anterior es el problema de la carencia de seguridad social, que en este colectivo quizás se supla a nivel del trabajo principal que posean.

Efectivamente mientras que sólo el 51% de los psicólogos que tienen la psicología como actividad principal tienen seguridad social, el porcentaje sube al 68% entre este colectivo y mientras en este grupo sólo el 11% carece de cualquier tipo de protección, en el grupo psicología actividad principal, se alcanza el 20%.

3.— DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD NO PSICOLÓGICA

Si en el apartado 2 describimos la actividad psicológica complementaria, ahora en este otro pasamos a comentar las características de la actividad principal no psicológica de este colectivo.

Como era de esperar el 45% de los psicólogos que ejercen la psicología como actividad complementaria se dedica a la enseñanza, como ocupación principal. En segundo lugar, con un 26%, estarían actividades que podríamos configurar esencialmente como administrativas.

Tabla 9. Características de la actividad no psicológica.

	% (N = 469)
Profesor de E.G.B.	21
Profesor en otros niveles educativos	24
Administrativo empresa privada	14
Funcionario no docente	12
Negocios particulares	4
Becas	0
Otros	12
No contesta	15

De 406 licenciados en Psicología que además poseen otra carrera superior o media y ejercen la Psicología como actividad complementaria, el 27% tenían la carrera de maestro, un 6% era eclesiástica y un 4% era pedagogo.

Entre las Delegaciones que tienen un número significativo de casos, nos encontramos con que en Madrid el 21% ejerce como profesor no de E.G.B., el 20% en E.G.B., el 17% como funcionario no docente y el 16% como administrativo.

En Cataluña varían ligeramente los datos (hay menos funcionarios): el 23% trabaja como profesor de E.G.B., el 21% como profesor en otros niveles, el 16% como administrativo, y sólo el 5% como funcionario no docente.

Respecto a las promociones, en la de 1974 y 1973 es donde hay un mayor porcentaje de profesores de EGB (43 y 31% respectivamente); en las del 73 y 77 profesores de otros niveles (38 y 37%); en las del 79 y 80 administrativos (22 y 27%); y en la del 78 y 73, funcionarios no docentes (22 y 17%).

Respecto al sexo es curioso que entre las mujeres el porcentaje de las que se dedican al profesorado en cualquiera de sus modalidades o a

trabajar como administrativos es el mismo: 18%. A su vez es mayor el porcentaje de funcionarias no docentes que de funcionarios: 14% frente a 11. En los varones la mayoría, 29%, ejerce como profesores no de EGB, mientras el 24% ejerce en EGB, y el 11% como administrativo.

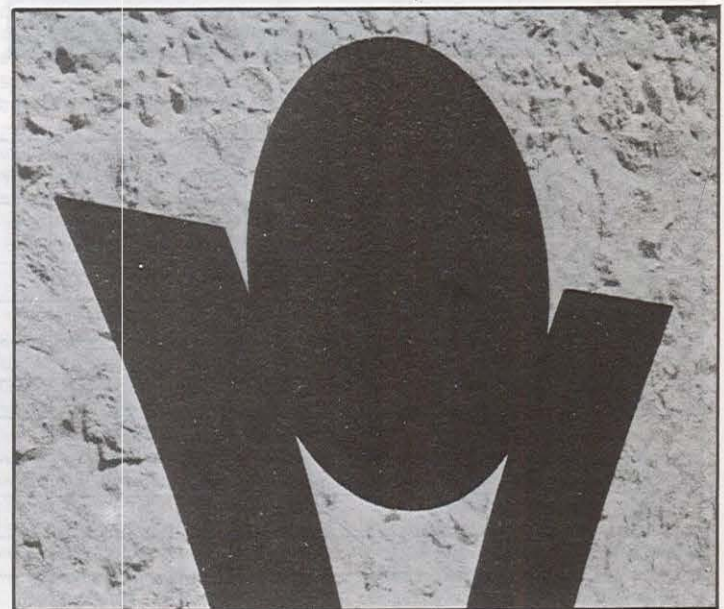
Y finalmente si tomamos como referencia los grupos de edad, entre los menores de 25, la mayoría, 26%, trabaja como administrativo. De 26 a 30, la mayoría, 20% trabaja como profesor no de EGB, pero hay porcentajes parecidos (19%) que lo hacen en EGB o como administrativo; de 31 a 35, la mayoría clara (35%) trabaja como profesor de EGB y sólo el 9% lo hace como administrativo. En el grupo 36-45 y mayores de 45, la mayoría (26 y 34% respectivamente) trabaja como profesor en niveles superiores a la EGB.

Pasando a la razón o razones para ejercer esta actividad, encontramos los siguientes datos.

Tabla 10. Razón principal de esta actividad.

	% (N = 469)
Interés profesional	29
Compromisos familiares o personales	8
Obtención de mayores ingresos	37
Ocupar tiempo libre	1
Otros	9
No contesta	19

Como era de esperar la mayoría aduce razones meramente económicas, aunque hay un porcentaje alto que a su vez ejerce esta ocupación no psicológica con interés, no por supervivencia. Así entre los licenciados en Psicología-maestros, el 43% ejercen por interés profesional en esta activi-



dad no psicológica y sólo el 31% para obtener mayores ingresos. Entre los psicólogos eclesiásticos sólo el 13% ejerce no psicológicamente para obtener mayores ingresos, frente al 52% que lo hace por interés profesional.

En Madrid el 38% trabaja en esta actividad no psicológica para ganar más, y en Cataluña el 34%. A su vez por interés profesional, en Madrid lo haría el 32% y en Cataluña el 26%.

Mientras en las promociones del 71 al 74 predomina el interés profesional sobre ganar más (71: 50 y 14%; 72: 41 y 18%; 73: 38 y 21%; 74: 39 y 30%), del 74 al 80 se invierte netamente la motivación: 75: 23 y 44%; 76: 24 y 35%; 77: 27 y 46%; 78: 31 y 40%; 79: 19 y 45%; 80: 20 y 45%.

En los hombres predomina el interés profesional (38 frente a 34%) mientras en las mujeres el ganar más dinero (39 frente a 20%).

A su vez teniendo en cuenta que los más jóvenes trabajaban en mayor medida como administrativos y los más maduros como profesores, entre los menores de 30 predomina claramente el ganar más (menores de 25: 50 y 12%; 26-30: 49 y 20%) en el grupo 31-35 estaban empatados los porcentajes en 35, y en los mayores de 36 prevalece claramente el interés profesional (34-45: 45 y 15%; más de 45: 52 y 14%).

4.— DESCRIPCION COMPARADA DE LOS DATOS REFERIDOS A JORNADA Y SUELDO

Pasamos finalmente a describir la jornada y sueldos parciales y totales de estos psicólogos pluriempleados/subempleados.

4.1. Jornada de trabajo

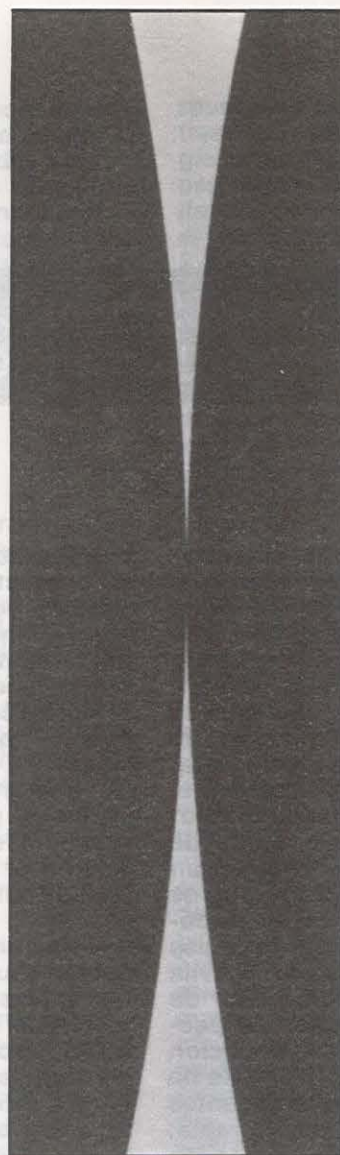
Tabla 11. Jornada de trabajo en la actividad psicológica y no psicológica

% N = 469	Actividad psicológica	Actividad no psicológica
Hasta 10 horas	46	5
10-20 h.	29	11
21-30 h.	6	21
31-35 h.	3	15
36-40 h.	2	16
Más de 40 h.	2	16
No contesta	13	16

Dado que en el anterior artículo de la serie (*"Papeles del Colegio"* nº 8, marzo 1983, págs. 41-44) se hacía un análisis exhaustivo de la variable jornada laboral, comentaré aquí brevemente los datos principales.

Mientras la mediana del trabajo psicológico se sitúa en 12 horas, en la actividad no psicológica es de 34 horas. Así estos psicólogos pluriempleados trabajan unas 46 horas semanales en total.

En Cataluña, Madrid y Valencia, 3/4 partes dedican menos de 20 horas semanales a la psicología. En Valencia el 50% dedica menos de 10 horas, en Madrid es el 47% y en Cataluña el 45%.



Por su parte en Cataluña el 38% dedica más de 30 horas a la actividad no psicológica, porcentaje que sube al 57% en Madrid.

El área de actividad donde se trabajan menos horas es el escolar en el que un 53% trabaja menos de 10 horas ($\bar{X} = 46\%$). En Clínica ese porcentaje es del 44%.

Respecto a lugar de trabajo, es en los Hospitales privados y centros privados no universitarios donde se trabajan menos horas: el 64% menos de 10 horas, seguido de los centros públicos de enseñanza no universitarios (51% y Gabinetes privados 45%).

Finalmente son los que están rea-

lizando prácticas sin cobrar (64% menos de 10 horas) y los que tienen acuerdos orales sin figurar en nómina (52%) los que trabajan menos, lo cual es lógico dada la precariedad de su situación.

Por tanto, se tenderá a trabajar menos horas en la actividad psicológica ejercida a nivel complementario si se vive en Madrid, se trabaja en el área escolar, en un centro privado de enseñanza no universitario, contratado verbalmente sin figurar en nómina o realizando prácticas gratuitas.

4.2. Salario anual

Como es lógico los salarios estarán en relación directa, en términos generales, con la jornada laboral. Veamos la tabla.

Tabla 12. Salario anual 1980 en la actividad psicológica y no psicológica

% N = 469	Actividad psicológica	Actividad no psicológica
Menos de 150.000	39	9
151.000 a 300.000	8	9
301.000 — 450.000	3	8
451.000 — 600.000	2	16
601.000 — 750.000	2	14
751.000 — 900.000	1	9
901.000 — 1.050.000	0	4
1.051.000 — 1.200.000	1	2
Más de 1.201.000	1	4
No contesta	43	25

El primer elemento a tener muy en cuenta es el elevado porcentaje, sobre todo en la primera columna, de no contesta, lo que resta bastante validez a los datos.

Salvando lo anterior, y recalculando los porcentajes en relación a los que contestan, obtenemos que el 68% ganó menos de 150.000 ptas., en 1980 por su actividad como psicólogo.

Con los datos recalculados, eliminando los N/C, la mediana se sitúa en 550.000 ptas., en la actividad no psicológica, y por debajo de las 150.000 ptas., en la psicológica, luego por término promedio ganaron algo menos de 700.000 ptas., de promedio en 1980, a pesar del pluriempleo.

En la actividad psicológica ganan menos los de Valencia (48% menos de 150.000), y Madrid (42%) que los de Barcelona (34%). Por el contrario en la actividad no psicológica, en Madrid un 38% gana más de 600.000 ptas., frente al 29% de los catalanes.

Respecto a promociones, en la actividad no psicológica hay un corte entre 1974 y posteriores. En 1974 sólo el 13% gana menos de 450.000. A partir de 1974, ganan menos de 450.000 el 38% del 75, 30% del 76, 28% del 77, y 78, 32% de 79 y 29% del 80. En la actividad psicológica las promociones en las que un mayor porcentaje declara ganar menos de 150.000 ptas., son las del 77 (54%) y 76 (50%).

En relación al sexo, las mujeres ganan menos en la actividad no psicológica: un 32% gana menos de 450.000 ptas. Entre los hombres ese porcentaje es sólo del 19%. Por el contrario el 14% de los hombres gana

más de 900.000 ptas., frente a sólo el 3% de las mujeres.

En la actividad psicológica parecería que son los hombres de 26 a 30 los que ganan menos (51% menos de 150.000 ptas). Pero resulta que es el grupo en el que el porcentaje No contesta es menor: 35%, mientras que en mujeres menores de 25 ese porcentaje de N/C es del 62%.

Siguiendo ya en la actividad psicológica, encontramos que el 44% de los que trabajan en clínica y el 42% de escolar ganan menos de 150.000 ptas. Al contrario sólo el 27% de los de industrial ganan esa cantidad.

En las dos áreas principales, escolar y clínica, el 52% gana menos de 300.000 por su actividad psicológica.

Si donde se trabajaba menos era en los centros privados de enseñanza no universitaria y en los Gabinetes, es normal que sea en donde se gane menos: el 55% de los que ejercen en centros y el 47% de los de Gabinetes ganan menos de 150.000 ptas. El 62% en el primer caso y el 57% en el segundo no pasan de las 300.000 ptas./anuales.

Finalmente, el 54% de los propietarios-accionistas (Gabinetes) y de los que tienen acuerdos orales sin nómina (Gabinetes y Centros de enseñanza no universitarios) ganan menos de 150.000 ptas./anuales.

En resumen tienden a ganar menos en la actividad psicológica los que trabajan en las áreas clínicas o escolar, en Gabinetes o centros de enseñanza no universitaria, y cuya modalidad de contrato sea el acuerdo oral no figurando en nómina o el ser propietario o accionista.

Como todos sabéis, el Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos va a celebrarse en Madrid los días 23, 24 y 25 de mayo. El contenido del Congreso está estructurado en cinco áreas: "psicología y profesión", "psicología educativa", "psicología y salud", "psicología, sociedad y calidad de vida" y "psicología del trabajo". Hemos entrevistado para "Papeles del Colegio, Psicólogos" a los cinco responsables de áreas.

I CONGRESO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

Adolfo Hernández, psicología y profesión

—¿Qué objetivos intentáis cubrir en el área de "Psicología y Profesión?"

—Avanzar en aspectos que están en la base del ejercicio profesional. Quiero decir que de nada sirve ser un buen psicólogo, si ese psicólogo no es contratado o es contratado en condiciones anómalas, etc. Es decir, que vamos a tratar de las condiciones de trabajo que puede condicionar ese contenido. También intentaremos conocer cómo es la realidad profesional en otros países. Hay, además, cuatro temas concretos que creemos que tienen una enorme incidencia futura: desarrollar un código deontológico, discutir qué características deben reunir los informes psicológicos, ver en qué medida el psicólogo debe reivindicar o debe mantener su capacidad en las terapias, y, finalmente, discutir un conjunto de materias ante las cuales el Colegio aún no se ha definido y que conviene ir cerrando como los honorarios mínimos, como la Seguridad Social de Autónomos, etc., etc.

—¿Cómo pueden participar los colegiados en la toma de decisiones o en las resoluciones finales dentro del área "Psicología y Profesión"?

—Algunos de estos temas ya se están discutiendo: por ejemplo, el de honorarios mínimos o el de Seguridad Social de Autónomos. Sobre todos ellos animamos a los compañeros que por el contenido de su trabajo tengan algo que decir, a que colaboren y participen enviando comunicaciones y participando en los debates que surjan en el Congreso.

—¿Cómo va la elaboración del anteproyecto de Código Deontológico?

—Hay ya un embrión, la base de

lo que se refiere al secreto profesional, de lo que se refiere a la garantía respecto al cliente, etc. Ahora se trataría de sobre esa pequeña base ir creciendo, e ir desarrollando todo un articulado concreto. El responsable y coordinador de este área es Alfredo Fierro, que es miembro de la Junta de Gobierno a nivel estatal y que es el responsable justamente, del tema de los aspectos deontológicos en el seno de la Junta de Gobierno Estatal. Hay también un aspecto que estaría incluido cual es el establecer los certificados psicológicos. El que va a coordinar esa Mesa Redonda es Alejandro Avila que es también el coordinador de todo el tema deontológico y aspectos profesionales en la Delegación de Madrid como Vicepresidente de su Junta Rectora. Otro tema, antes lo decía, es el de la psicoterapia: qué requisitos se deben exigir a los psicoterapeutas, si es que se pueden exigir otros además de tener la titulación adecuada y estar colegiado. Un tema ligado a esta Mesa es el de qué información tenemos en el terreno de la investigación sobre la validez, la calidad, eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia.

—¿Hay algún avance en la determinación de la eficacia relativa de un tipo u otro de terapia?

—No; sobre eso hay literatura, pero no hay nada concluyente; más bien hay confusión. Por eso precisamente, porque es un tema de enorme debate, no sólo en España, queremos que sea uno de los temas que se toquen en esta Mesa. El responsable de esta Mesa es José María Gondra, que entre otras cosas es profesor de "Historia de la Psicología" en la Facultad de Somosaguas.

Por último, la última Mesa de debate es la del análisis de las condiciones del ejercicio de la profesión; la va a coordinar Carlos Rodríguez Sutil, que es la persona que está

colaborando con Alejandro Avila en los proyectos que se han puesto en marcha, por ejemplo el de honorarios mínimos; en esta Mesa se trata fundamentalmente de saber cuáles son las condiciones en las que hoy se enmarca la profesión, y a partir de ahí establecer unos criterios mínimos.

—Hay un problema básico, el problema del paro, sobre el que probablemente es posible hablar mucho pero hacer poco. ¿Cómo ves la salida profesional de los nuevos psicólogos?

—Hay un problema objetivo y es que en muy pocos años ha habido una explosión de psicólogos brutal; por tanto hay un problema irresoluble. Pero el hecho de esa presencia masiva en tan pocos años, de tanta cantidad de psicólogos, tiene un doble efecto: uno, que hay una competencia muy fuerte, que eso selecciona un poco también a la gente con mayor vocación y más preparada; dos, que también mucha gente abandona por el camino; y tres, que, al mismo tiempo, esa presión está abriendo el mercado. Por otra parte, el psicólogo trabaja, por esa causa, en condiciones a veces muy penosas: número de horas de trabajo insuficientes, no reconocimiento de estatus, salarios insuficientes, etc.

Yo entiendo que sería capital que el Colegio pudiera favorecer convenios con instituciones para que esas instituciones facilitaran lo que sería un primer trabajo profesional bajo lo que se llama la modalidad de contrato de prácticas, que permite que las instituciones tengan una serie de ayudas y de descuentos, que posibiliten que esos psicólogos recién licenciados tengan oportunidad de un primer ejercicio práctico, aunque luego esas instituciones no renueven el contrato; esos psicólogos que hubieran pasado por ahí, podrían acceder al mercado de tra-

información colegial

bajo en mejores condiciones profesionales. Ya hemos señalado en varios artículos publicados en "Papeles", que según los datos que maneja la Unión Internacional de Psicología Científica, España es el país de más psicólogos por habitante. Eso verdaderamente no tiene salida.

Pablo del Río, psicología educativa

—¿Qué objetivos os proponéis alcanzar en el área de Psicología Educativa?

—Tratar de establecer un mapa de situación: conocer el estado actual de la Psicología Educativa internacional y nacional, es decir, saber exactamente qué es la Psicología Educativa, qué cosas comprende, qué cosas se hacen, qué áreas o subáreas incluye, etc... Teniendo en cuenta que éste es el Primer Congreso que realiza el Colegio, no solamente tiene un objetivo, sino que, de alguna manera, trata de resumir tanto el espíritu como las realizaciones y las futuras intenciones de lo que podría ser esta profesión, que es una profesión nueva y que por primera vez se encuentra organizada de una manera relativamente oficial.

El área de Psicología Educativa es un área relativamente joven: En 1960 se hacía Psicología en el campo de la Educación y en el país se llamaba Psicología Escolar; entonces el número de profesionales era muy exiguo, no llegaba ni al 10% de lo que pueda ser hoy. La Psicología Escolar, en principio era un área aplicada sin demasiada relevancia, y yo diría, que tanto cuantitativamente como cualitativamente era poco más que un embrión. Desde entonces yo creo, que la nueva carrera, la nueva profesión, el movimiento de los psicólogos, que de alguna manera se planteó tanto una renovación científica y teórica como una mayor exigencia social ha contribuido a generar unas áreas de ejercicio, de intervención y unas áreas de investigación, de formación, que no se parecen en nada, que superan en bastante los planteamientos que tenía aquella pequeña profesión.

—¿Qué antecedentes podemos encontrar en el área de Psicología Educativa a esta reunión del Congreso?

—Obviamente ha habido muchas

reuniones sobre Psicología Educativa, sobre aspectos de la Psicología Educativa a nivel parcial. Entonces habría que buscar los antecedentes de los objetivos que intenta el Congreso en el campo de la Psicología y la Educación en los movimientos de renovación educativa. Quizá el único antecedente a nivel masivo, el único, el más importante y más próximo, serían las "Primeras Jornadas de Psicología de Educación", que hicieron en noviembre de 1979 organizadas por "Infancia y Aprendizaje", con una asistencia de unos 1.300 profesionales. A mí lo que me gustaría es que este Congreso del Colegio fuese un segundo hito en esta línea; es decir que suponga un paso adelante en la valoración del área.

—Tú que estuviste en aquellas Jornadas y que has participado en los movimientos de renovación educativa, ¿qué pedirías a las reuniones del Congreso?

—Sería muy importante revisar en ellas una cuestión esencial: proponer a la psicología educativa unos objetivos más globales, más evolutivos que los viejos objetivos de la antigua Psicología Escolar. Es muy importante establecer un balance de estos primeros cinco o seis años de ejercicio relativamente masivo de la profesión: han sido años nuevos para la mayoría de los profesionales que estaban recién formados, deficientemente formados diría. Al cabo de estos cinco o seis años, creo que conviene hacer balance: cuáles son realmente los problemas de la intervención escolar, de la intervención en la Psicología de la Educación. Saber si tenemos las ideas claras en cuanto a los objetivos; si esos objetivos claros, nos van a suponer nuevos dispositivos teóricos que habrá que actualizar, nueva investigación y nuevos métodos. Creo que esto realmente es uno de los principales objetivos del Congreso: intentar madurar en un proceso de reflexión, intentar que estos cinco años de alguna manera se cierren, y den lugar a otros cinco años a un nivel superior de madurez y de preparación profesional.

—Esa reflexión, ese balance, no lo vais a hacer solos los organizadores del Congreso; lo van a hacer los asistentes, supongo.

—Lo vamos a hacer todos; es decir, el objetivo que nos hemos marcado, es un objetivo, estrictamente... estrictamente catalizador; lo que intentamos es animar a que estén presentes todos aquéllos que

tengan aportaciones importantes, realizadas estos últimos años en el país, en todos los niveles; es decir, al nivel de la investigación, al nivel de profesionales, de psicólogos, educadores, a nivel de la intervención en cada uno de los ámbitos. Que de alguna manera, lo que se presente allí, sea lo mejor, lo mejor de lo que somos capaces. Esto ayudará mucho ya, al propio proceso de reflexión. Indudablemente los organizadores intentaremos llevar tanto unas ideas que organicen esta reflexión, como propiciar, y en esto si que tenemos un empeño muy especial, propiciar ámbitos de diálogo, ámbitos de encuentro, para que los profesionales que estén trabajando en la misma área geográfica o de contenido, con los mismos problemas o con los mismos condicionantes, puedan establecer contactos personales, y puedan continuar, más allá del propio Congreso. Quisiera añadir a lo anterior que lo que si vamos a propiciar también nosotros, es una encuesta a los psicólogos que estén trabajando en el área educativa respecto a sus necesidades de formación. Creemos que los tres principios o propuestas de acción que queremos sacar del Congreso, o los tres niveles principales probablemente pudieran ser: el de la formación, el reciclaje, la formación permanente de los nuevos psicólogos y de los psicólogos que estén trabajando. Para ello la encuesta nos ayudará a perfilar este proyecto de formación en que el Colegio intentaría dar pasos decisivos en colaboración con la Universidad y otras instancias. El otro nivel sería el nivel de propiciar la investigación; es decir que haya una mayor coordinación entre las investigaciones que se están realizando en el país, sobre todo en los niveles académicos, y en el de la intervención. El tercer nivel que queríamos continuar después del Congreso, es por supuesto, que la intervención que se está realizando supere esta etapa previa que decía antes de cinco o seis años de iniciación, en que muchas iniciativas han ido desperdigadas cada una por un lado, a veces duplicándose, a veces solapándose y se entre en una etapa en que la intervención sea altamente económica, altamente interrelacionada, coordinada: de alguna manera, generar algún tipo de contacto, de mecanismo que permita que los profesionales de la Psicología Educativa mantengan una mayor coordinación.

Carlos Camarero, psicología y salud

—Carlos Camarero es coordinador del área 3, "Psicología y Salud". Carlos ¿qué objetivos pretendéis conseguir dentro del área Psicología y Salud?

—Pretendemos hacer un repaso de todas las fórmulas de intervención de la psicología, de la metodología que se está empleando y de los resultados en los distintos campos de actuación. Si repasamos el contenido propuesto en el área vemos que tenemos un objetivo: conocer las funciones del psicólogo en los Equipos de Salud. Además conocer qué se está haciendo en esa línea de trabajo tan interesante para los psicólogos que es la educación para la salud.

—Estos objetivos, ¿a través de qué instrumentos pensáis conseguirlos?

—Vamos a tratar de conocer experiencias de psicólogos que están trabajando: en hospitales psiquiátricos, en centros de salud, en programas de prevención, en organización de charlas de educación para la salud; es decir, las experiencias a nivel de investigación que se puedan estar realizando y que puedan estar repercutiendo directamente en la especificación de un espacio concreto del psicólogo dentro de las ciencias de la salud. Una de las reivindicaciones que pretendemos hacer en el Congreso es la de incluir en las ciencias de la salud a las ciencias del comportamiento.

—El enfoque del trabajo en el área ¿va a ser más de recoger experiencias, es decir de constatar lo que ya hay, o de constatar lo que no hay, es decir de reivindicarlo?

—Va a tener esta doble perspectiva. Date cuenta que te estoy diciendo que vamos a recoger las experiencias, a recapitular y saber exactamente qué es lo que se está haciendo. Por otro lado queremos conocer los déficits, que son muchos, en cuanto a los aportes de la Psicología en la salud mental y en la salud en general. También nos interesa saber cómo se está viviendo socialmente nuestra intervención. El título de la Ponencia en concreto lo hemos llamado "Nuevas perspectivas de la intervención del psicólogo en los programas de salud": con este título ya se da una idea clara de lo que pretendemos. o sea, por un lado, si analizamos la frase "Nuevas perspectivas", se trata de un enfoque hacia esas áreas nuevas de intervención de la Psicología en la Salud; "la intervención del psi-

cólogo en los programas de salud", no se refiere sólo a una tradicional Psicología Clínica, no estamos diciendo de que intervenga con tal o tal modelo, sino cómo interviene el psicólogo, cómo están esas perspectivas de intervención en los programas de salud: multiprofesionalmente, en un proceso integral, como prevención y preservación de la salud, etc.

—¿Va a ser posible recoger la mayoría —sino todas— de las experiencias interesantes de intervención en el área de la salud? ¿Cómo pensáis atraer a los protagonistas de esas experiencias al Congreso?

—Por el contenido del área en sí; si repasamos los temas que queremos tratar en el Congreso fijate que incluyen desde esas funciones que decíamos antes, como las funciones del psicólogo en los equipos de salud o los modelos de intervención de la Psicología Clínica, hasta los problemas familiares, de pareja, las intervenciones individuales, los distintos modelos o metodologías que intervienen, los problemas de ansiedad, los problemas del tabaquismo, los problemas del alcohol...

—En el tiempo de preparación del Congreso, desde hoy hasta su celebración en Mayo, ¿es de esperar que efectivamente quienes tienen esas experiencias las hagan llegar al Congreso?

—Evidentemente nosotros al configurar este programa con estos temas, hemos llamado a mucha gente que en principio es la punta de ese iceberg, por decirlo de alguna forma, con la que hemos contactado para valorar su contenido. Están en el Comité Técnico y en los Coordinadores de temas; mira son: José Antonio Carroble, Miguel Costa, Vicent Bermejo, Alfons Icart, Pedro Pérez, personas de reconocido prestigio y conocidos dentro de distintas áreas de la Psicología de la Salud. Vicent Bermejo trabaja en un centro de la A.I.S.N.A. de Valencia. Pedro Pérez está trabajando en el Clínico, aquí en Madrid. Pedro Icart trabaja en Psicología comunitaria para la Generalitat de Cataluña. Miguel Costa está trabajando en un centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid y de una forma privada también en programas de Salud. Carroble es un buen conocedor de las técnicas del Biofeedback y de terapia del comportamiento y es profesor en la Autónoma. Luego como coordinadores tenemos a María Dolores Avia, Ramón Bayés, Serafín Carballo, Juan Carlos Duro, Jo-

sé Ramón Fernández Hermida, Rocio Fernández Ballesteros, Alejandro Torres y Juan Carlos Fraile. Psicólogos que están o bien a nivel teórico en las áreas de salud o que están destacando en el análisis de los procesos de la Psicología de Prevención, como Ramón Bayés, o personas que ahora mismo tienen unas funciones organizativas en la Reforma Psiquiátrica, como Juan Ramón Fraile, que está en la Comisión de Reforma Psiquiátrica.

—Es decir, que para ponerse al día, para revisar la situación en España de la Psicología en el campo de la Salud, ¿es conveniente asistir al Congreso?

—No solamente diría que es conveniente, que es imprescindible.

—¿Qué piensas de la Ley General de Sanidad?

—El anteproyecto de la Ley General de Sanidad contiene unos principios generales con los cuales estamos de acuerdo: se plantea una concepción de la salud integral y del sujeto receptor de las acciones sanitarias como un todo integral, en lo que deben estar integrados aspectos físicos, psicológicos y sociales. Esto es así, y estamos de acuerdo en cuanto a los niveles globales. Pero hay otros aspectos en los que no lo estamos: parece que el modelo médico va a seguir subyaciendo a toda la reforma, que ciencias de la Salud se consideran solamente a las ciencias médico-sanitarias y no a otras ciencias; lo psico-social está muy aislado y por ejemplo habla de Salud y de Salud Mental, con lo cual parece que se estuviera viendo la contraposición entre una y otra.

Florencio Jiménez Burillo, psicología, sociedad y calidad de vida

—Florencio Jiménez Burillo coordina el cuarto área del Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos "Psicología, sociedad, y calidad de vida". ¿Qué objetivos os proponéis cubrir en este área?

—Este área es un área heterogénea, con temas aparentemente desconectados entre sí y que, en conjunto, constituyen una serie de obstáculos o de dificultades para que los individuos y las sociedades y los grupos tengan un desarrollo armónico y, hasta cierto punto, un ajuste exacto. Es un área que integra problemas y campos en muchos casos no fundamentalmente psicológicos aunque con consecuencias psicológicas; quiero decir que el problema del paro por ejemplo, no tiene unos

información colegial

orígenes psicológicos —es un fenómeno social, económico y político—, pero tiene dramáticas repercusiones en el comportamiento humano.

—En ese amplio panorama de temas ¿vais a intentar recoger las experiencias que hay, o vais a intentar trazar unos objetivos?

—En primer lugar el objetivo fundamental sería propiciar, quizá por primera vez en nuestro país, un espacio físico y temporal con el fin de que aquellos profesionales que se están dedicando a temas tan dispares como los programas de reinserción social, los derechos humanos, el ocio o los aspectos psicosociales de la delincuencia y de la pobreza tengan ocasión de reunirse y tengan ocasión de conocerse. En este área no existe nada previo: ni publicaciones ni minicongresos como ha ocurrido en otras áreas. Entonces el primer objetivo sería éste: favorecer la mutua discusión y conocimiento de los temas y también propiciar unos ciertos sectores fundamentales de investigación que integren las áreas que aparentemente están desconexas entre sí.

—Los psicólogos que van a participar en este área ¿trabajan fundamentalmente en los servicios sociales?

—Diría que el perfil del psicólogo preocupado por los problemas de esta área no está tan definido. En muchos casos, por ejemplo en el tema de la Psicología política o en el tema de la intervención del psicólogo en los tribunales de justicia son tareas rigurosamente nuevas en este país; en otros, como la delincuencia, quizá ya se halla más institucionalizada. De todos modos no creo que se dediquen como investigadores a este tema demasiadas personas y en cuanto a la profesión la verdad es que no tengo datos demasiado fiables ahora mismo. En las últimas encuestas del Colegio creo recordar que no había excesivas personas, en comparación con otras áreas, que se dedicaran a estos problemas.

—¿Cabrá decir entonces que es un área que se ofrece prácticamente a todos los psicólogos, independientemente de su ejercicio profesional?

—Por cierto que sí; todos los psicólogos que desde sus propios campos específicos deben de tener en cuenta el horizonte social o político.

—¿Y no se puede dar un choque entre el psicólogo preocupado por los problemas sociales y el psicólogo profesional de la manipulación social? Lo pregunto de un modo brutal,

pero me refiero al psicólogo al servicio de instituciones represivas o al psicólogo al servicio de instituciones manipuladoras que entienden la política como manipulación. ¿No puede producirse algún tipo de choque?

—Es un viejo problema ético fundamentalmente: el de la complicidad o no del profesional, no sólo del psicólogo, sino de otros profesionales a favor del progreso y de la liberación del hombre, o por el contrario, a favor de la opresión. A mí me parece que son, en última instancia, condiciones muy prácticas de supervivencia del propio psicólogo las que en muchos casos le llevan a posponer o aplazar su propia vocación. Quiero decir que en muchos casos es muy probable que el psicólogo sea consciente de que cuando cura o intenta curar a un enfermo o cuando está interviniendo en la escuela está tratando de ajustar las conductas a unos patrones más o menos normales, más o menos de acuerdo con los sistemas de valores dominantes, que no son necesariamente los mejores o los más sanos. Pero ¿qué va a hacer? La función del psicólogo es dentro del contexto total de la sociedad y es bastante limitada por sí misma. No creo que su función sea cambiar el sistema social.

—¿Puede aportar algo la Psicología como profesión a los parados?

—Sí, sin duda. Un psicólogo social debería tener recetas o algún tipo de remedios al respecto. Que el origen y el remedio de las soluciones al paro no son sólo psicológicas ni fundamentalmente psicológicas está claro. Ahora bien, la intervención psicológica puede paliar, entrenar en definitiva, tratar de hacer más vivible si cabe decirlo así, la situación dramática del desempleo. ¿Qué otro profesional puede hacerlo? Los economistas y los políticos tratarán de sacarnos de esta situación; pero de hecho, las personas con graves desajustes de comportamiento que están en esta situación deben ser atendidos psicológicamente. En este sentido aquí, en nuestro país, sí que hay especialistas en las grandes agencias de asistencia social, que tratan de remediar un poco esa dramática situación.

—Sus experiencias pueden preluir aportaciones de la Psicología a una sociedad con una jornada de trabajo decreciente. Puede entenderse que hay un trabajo de los psicólogos frente a los parados de hoy que es válido para el futuro, para el conjunto de los ciudadanos en una

sociedad en la que las horas de trabajo disminuyen, o para los jubilados. ¿O quizás son dos campos completamente distintos? ¿La angustia del parado no tiene nada que ver con el desajuste de personalidad del jubilado que deja su trabajo o con el posible desajuste con la sociedad que puede tener un hombre que trabaje una jornada muy limitada?.

—Es probable que, en uno y otro, tanto en el parado como en el jubilado, la mística luterana o calvinista del trabajo esté influyendo. Pero creo que son efectivamente situaciones distintas y los procesos psicológicos quizá también, hipotéticamente, sean distintos.

—La violencia, la guerra y la paz, es hoy uno de los temas que más preocupa a la opinión pública. Te preguntaría ¿el psicólogo como psicólogo y como profesional tiene razones para estar en contra de la tensión internacional?

—Hay una disciplina de no más de 10 ó 12 años de desarrollo, que se llama la Psicología política que tiene ya dos revistas publicadas y 6 Congresos Internacionales, que se ocupa justamente de estos problemas. Recuerdo algunas ponencias en el último Congreso celebrado en Oxford "Aspectos psicológicos del terrorismo: percepciones psicológicas en el conflicto árabe-israelí". De hecho, no en nuestro país, pero sí en los Estados Unidos, en el staff de asesoría de los órganos de decisión existen obviamente psicólogos y además los psicólogos también han estudiado los procesos de decisión en los más altos niveles. Como psicólogo, además de como ciudadano, se puede intervenir técnicamente en la tensión internacional, como han hecho muchos otros psicólogos y tratar de relajar un poco ciertamente el ambiente.

Víctor Pérez Velasco, psicología del trabajo

—Víctor Pérez Velasco coordina el área de psicología del trabajo en el Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Víctor, ¿qué objetivos os proponéis cumplir en este área del Congreso?

—Primero, queremos dar un marco realista del papel que el psicólogo del trabajo tiene en la sociedad. En segundo lugar, queremos aglutinar en torno al Colegio a los profesionales de la Psicología del Trabajo, porque consideramos que, quizás, de todos los psicólogos que pueda haber en ejercicio no colegiados, el área de Psicólogos del

Trabajo se lleva en cierta forma la palma. Tercero, conseguir una presencia activa en el Congreso de nuestra especialidad, en el sentido de que nuestro objetivo sería en términos cuantitativos que hubiese 200 profesionales inscritos en el Congreso. Es decir, en términos proporcionales, si el Congreso son 2.000 aproximadamente, pues el 10% deberían de ser psicólogos del trabajo porque el porcentaje de psicólogos del trabajo en relación con el porcentaje total de psicólogos oscila entre un 10 y un 15%. Luego tendremos otro objetivo, y es el de captar el interés de los colegiados no interesados por Psicología del Trabajo, hacia este tema. Creemos que hay una gran cantidad de paro entre los psicólogos, hay psicólogos que no saben exactamente qué es lo que se hace en Psicología del Trabajo y queremos darles un mensaje de que estamos ahí, de que tenemos unas alternativas, unos proyectos, unos métodos, unas técnicas en un campo muy importante.

—¿Qué les vais a ofrecer en concreto?

—Vamos a intentar ofrecerles, siempre en términos de voluntariedad, ese marco de referencia que les hace falta, que nos hace falta a todos. Porque en Psicología del Trabajo hay en el fondo una gran dispersión y un cierto caos en cuanto a tecnología de intervención. Vamos a intentar que las Mesas Redondas permitan a los psicólogos del trabajo tener un referente común y permitan que además sirva de intercambio de experiencias y de posiciones profesionales. Es decir, fundamentalmente, clarificar nuestro papel, aunque me quedaría decir que de todos los sectores de Psicología Aplicada quizás el de psicólogos del trabajo es un área que no tiene crisis de identidad. Puede tener crisis de nuevas áreas que enfocar o nuevos ámbitos en los que entrar; pero no lo vemos como crisis de identidad. Un psicólogo del trabajo sabe que su lugar de aplicación es una empresa, una institución, en la comunidad laboral.

—¿Las organizaciones se resisten a que el psicólogo penetre en la empresa? ¿La propiedad? ¿La gerencia? ¿Los sindicatos?

—En una empresa cuando te metes en ella, existe una realidad que es cómo se organiza y se estructura. Todo lo estructurado, la dirección y los sindicatos y los trabajadores, se definen como organización y, en conjunto, la organización, la estruc-

tura social, la estructura tecnológica no es permeable fácilmente a la entrada del psicólogo. En primer lugar porque se supone que un psicólogo va a dar opiniones de cómo está esa organización va a diagnosticar como está esa organización, va a intervenir en esa organización y eso es percibido como un agente de cambio de la organización y por tanto, diferencialmente, cada uno de estos apartados —dirección, mandos, sindicatos, trabajadores, etc.— tiene una respuesta más bien de rechazo que de adaptación al psicólogo. ¿Por qué? Porque el psicólogo se va a convertir un poco en el diagnosticador y corrector de una situación y ellos a veces asumen que ellos conocen muy bien su realidad y sus problemas y sus soluciones.

—¿Se podría deducir de esto que la visión que un psicólogo va formándose de la realidad social o de la realidad de su empresa es que la sociedad española es conservadora?

—Yo me atrevería a decir que sí, que en las sociedades es más lo que tiende a conservarse que lo que tiende a cambiar. Quitando hitos revolucionarios que se sacan a base de una gran presión, en toda sociedad es más lo que tiende a conservarse que lo que tiende a cambiar. A pesar de todo, creo que las empresas, que las instituciones laborales, que las comunidades laborales, porque no solamente es la empresa, suelen ser los agentes más activos del cambio en la sociedad española. Quizás la familia tenga un sentido del cambio más restringido que una empresa; quizás un Ministerio tenga una actitud al cambio más cerrada, siendo las empresas y sobre todos las privadas las más abiertas al cambio y sin embargo suelen ser muy reflectarias a la penetración del psicólogo. En realidad no saben que hacer con los psicólogos.

—¿Y lo sabe el psicólogo?

—El psicólogo cada vez sabe mejor lo que tiene que hacer en la empresa; pero no lo sabe todo, porque hay psicólogos que están innovando y que están ampliando nuevas áreas; precisamente ése es el objetivo del Congreso. Que los psicólogos, no tanto a nivel científico porque esto no es un Congreso científico, sino un Congreso profesional, presentemos comunicaciones que abran vías de intervención nuevas en la empresa.

—Se comenta que el futuro de la empresa requiere grandes inversiones o grandes modificaciones más en información, en el logical que en

lo material. Cierta tipo de mano de obra se siente desplazada e incluso cuantitativamente la mano de obra tradicional tiende a descender. ¿Qué lugar va a tener un psicólogo en una empresa más automatizada, con menos trabajadores? ¿qué lugar puede tener el psicólogo en la empresa o fuera de la empresa de cara al trabajador obsoleto tecnológicamente?

—Yo quiero pensar que la segunda pregunta, la del trabajador en paro, la del profesional en paro, yo no sé si es un tema que compete al psicólogo del trabajo o a los Centros Asistenciales de Salud Municipales, o al ámbito de Psicología Clínica. De entrada, yo nunca me he metido en el tema. Ahora en todo lo que estás hablando del tema de la innovación tecnológica, de la automatización, de ello se deduce que normalmente se simplifica la plantilla. El papel del psicólogo en esos temas tiene sentido. Primero, porque todavía las empresas no han producido la revolución Psicologista en su seno, en el sentido de que fueran permeables a las ideas de los psicólogos. Las empresas fueron permeables a las sugerencias financieras, mejorando su sistema de gestión financiera; las empresas fueron permeables a las sugerencias de los hombres del área comercial, del tema del mercado y ahí está el Marketing, con nombres propios. Pero las empresas no son todavía conscientes de que el factor humano es el último factor que le queda por optimizar. Actúan todavía con una lógica tecnocrática y no se ha producido todavía el aprovechamiento al máximo del recurso humano, porque se da por obvio que con las soluciones tecnológicas, con soluciones de Marketing, con soluciones financieras, la empresa es rentable; sí a veces son rentables, pero no está optimizado todavía el factor humano; el día que se optimice eso, lo que va a pasar, y lo que está pasando ya, es que lo tecnológico tendrá que tener una misión humana, lo financiero una misión humana y como consecuencia de ello, pues también produciremos otra serie de cambios. Con todo esto se podría deducir que al joven profesional, al joven psicólogo en paro, que duda qué camino escoger, la Psicología del Trabajo le puede ofrecer una perspectiva profesionalmente interesante, porque no es represivo, porque no es el jefe de personal, que podría pensarse desde el estudiante de Universidad. Y también con cierto futuro económico.

ANUNCIOS BREVES

La publicación de comunicados y anuncios por parte de los colegiados es gratuita. Basta con recortar el Boletín del Anunciante correspondiente de "Papeles del Colegio" y hacerlo llegar a nuestra redacción. Concebimos esta sección como un vehículo de comunicación interna abierta a todo tipo de comunicados.

CURSOS

TECNICAS DE RELACION INFANTIL. Plazas: El curso se plantea a "niveles prácticos", en "grupos reducidos" de 10 personas máximo. La reserva de plazas se realizará al abonar la matrícula, por riguroso orden de inscripción. Fechas: Febrero días 3-4 y 24-25. Lugar: Salamanca. Inscripción: Calle Abajo, 10-3º A (Salamanca). Tel. (923) 253689.

SEMINARIO SOBRE AUTOCONTROL: Técnicas y Aplicaciones. Fechas: 24 y 25 de Febrero de 1984. Información e inscripciones: Bravo Murillo, 299 - 4A. Tel. 270 91 60. C.P.C. (Centro de Psicología Comportamiento).

SEMINARIO DE PSICOTERAPIAS BREVES. Su aplicación en distintos ámbitos institucionales. Se trabajará sobre casos clínicos concretos. Teléfono: 401 55 29 de 15 a 16 h. y después de las 22 horas.

TECNICAS DE EXPRESION Y PRACTICA PSICOMOTRIZ EN EDUCACION Y TERAPIA. Impartido por Carmen Torres. Organiza: Equipo Psicopedagógico de Presalud. Fechas: 5, 6, 7 y 8 de Marzo y 24 y 25 de Marzo. Horario: 20,30 a 22,30 h. Sábado de 16 a 20 horas y domingo de 10 a 14 horas. Matrícula: 3.000 ptas. Inscripción por orden de llegada. Número de partici-

pantes limitado. Información: Presalud: Eloy Gonzalo, 27 - 4º V. Teléfono: 447 53 09 de 10 a 20 horas.

CENTRO DE APLICACIONES TERAPEUTICAS Cursos de tratamiento de dislexia y disgrafía. Profesor José Antonio Portellano Pérez, autor del libro "La disgrafía. Concepto, diagnóstico y tratamiento". C/ Fernández de la Hoz, 76 Tels. 253 85 27 y 441 28 74.

SEMINARIO ANALISIS DE CASOS. Un día a la semana. Un curso. C/ Santa Teresa, 5 - 1º planta. Tel. 419 89 42.

EL CENTRO DATO organiza para los meses de febrero y marzo los siguientes cursos: Logopedia. Dislexia. Psicomotricidad. Estimulación Precoz. Preescolar. Inscripción e Información en la Secretaría del Centro. Calle Polibea, 8. Madrid-27. Tel. 268 37 42.

PSICODRAMA Y CREATIVIDAD. Los fenómenos grupales y su dimensión dramática. 11 de marzo, 10 a 19 horas. Coordina: Leonardo Satne e Hilda Blanco. Información: 200 76 92 y 453 54 32, ext. 518.

PSICODRAMA PSICOANALITICO. Grupo intensivo de psicodrama psicoanalítico. 12 de marzo. Coordina: Leonardo Satne e Hilda Blanco. Información: 200 76 92 y 453 54 32, ext. 518.

PSICOPATOLOGIA DINAMICA EN RORSCHACH

Tres seminarios monográficos de 12 horas (viernes de 16-20 horas y sábado de 9 a 13 y de 15 a 19 h.). 24 y 25 de febrero, marzo y abril. Organiza el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Profesor: Pedro Pérez García (Vicepresidente de la Sociedad Española de Rorschach y M.P. Psicólogo de la Fundación Jiménez Díaz, Clínica Nuestra Señora de la Concepción). Información Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos.

GABINETES

INTESEX (Instituto de Terapia Sexual). Tratamiento de disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer, problemas de pareja, desviaciones sexuales, etc. Tel. 250 30 60.

TECNICAS PSICOLOGICAS VITALISTAS para el incremento del bienestar personal. Sesiones de formación y reflexión científica. ¡Participa!. Teléfono: 247 59 56.

G.A.D.O.R.P.P. (Gabinete de Diagnóstico, Orientación y Rehabilitación Psicológica y Pedagógica) sigue abierto en Alcalá, 389, a cualquier idea o necesidad de los compañeros colegiados. Hasta el momento nos hemos centrado en el mundo de la Educación Especial. Tel. 407 24 23 y 255 01 52.

CURSOS PERIODICOS VINVENCIAOS y prácticos. Técnicas de relajación infantil. Grupos reducidos. José Luis Moya. Tel. 25 36 89. Salamanca.

MOSTOLES-PRIMA. Divulgación, investigación y tratamiento adultos y niños. Tardes de 5 a 9. Tel. 613 71 19. C/ Hnos. Machado, 2-6º D. Urb. "El Sotó".

CONSULTA. PSICOTERAPIA Y PSICOANALISIS. Petición hora. Teléfono: 448 88 90. Consuelo Escudero. C/ Palafox, 20. Madrid.

DIAGNOSTICO Y PSICOTERAPIA NIÑOS Y ADULTOS. Tratamiento de problemas del lenguaje. Cursos de formación a graduados en clínica y pedagógica. Tel. 435 31 70.

CENTRO DE REEDUCACION "GAVIOTA". Dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta, retraso psicomotor. Maternal, Preescolar. Ciclo inicial E.G.B. Exploración y diagnóstico. Estimulación y Psicomotricidad, Logopedia y Fisioterapia. Calle Manuel Marañón, 9. Teléfono: 200 30 90

PSICOLOGA especializada en relajación y psicoterapia individual. Adultos. Llamar mañanas de 9 a 10. Tel. 474 11 02.

PSICODIAGNOSTICO INFANTIL. Fracaso escolar, trastornos de personalidad, reeducación de problemas de lenguaje, dislexia. C/ General Pardiñas,

de Psicólogos
Colegio Oficial

PAPIELES del COLEGIO

BOLETIN DEL ANUNCIANTE

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

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

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

TEXTO DEL ANUNCIO

SABES? CREO QUE
HEMOS PODIDO
CON MI TIMIDEZ...



13-4º apto. 12. Madrid. Tel. 435 63 46, extensión, 412 y 274 85 81 - 216 62 29.

TALLER de vegetoterapia. Monitor: Frank Boss (miembro del Wilhelm Reich Institut de Viena). Inscripción: Centro de Psicología Aplicada. Mota del Cuervo, 10. Tel: 200 34 91.

CENTRO de psicología aplicada dedicado a diversos temas de la psicología industrial (selección, organización, evaluación de puestos, formación y productividad). Tel: 350 15 04 (de Valencia).

ETHOS: formación psicológica en Análisis transaccional; terapia individual y de grupos. Avda. de Felipe II, 15, 3º D. Madrid-9. Tel: 431 69 98.

GRUPO 80. Centro de Psicología y desarrollo humanístico. Espacio clínico, espacio expresivo y espacio cultural. Urbanización el "Jardín de la Ermita", nº 8, 2ª derecha, c/ Gran Vía, s/n. Majadahonda. Tel: 638 71 44.

DIAGNOSTICO y tratamiento problemas personalidad (depresión, fobias, obsesiones, etc.). Relajación Psicofísica. Cursos de Formación de Psicología Clínica y Pedagógica. Tel. 435 31 70.

CENTRO de Psicoterapia-Psicodiagnóstico-Psicoterapia individual y grupal. Orientación Psicoanalítica. Psicodrama-Gestalt-Bionérgica. C/ Florida, 2-1º B. Valladolid-7. Tel. 47 28 19.

LOGOPEDIA Y PSICOLOGIA. Reeducción de trastornos de lecto-escritura (dislexias, disgrafías) dislalias, diagnósticos y terapias (individuales o

grupales). Asesoramiento a padres y profesores. C/ Murillo, 5-6º C. Alcalá de Henares. Tel. 881 57 67.

PSICOLOGO CLINICO. Especializado en conductas asociadas (delincuencia, deserciones familiares, vagabundeo, agresividad, etc.) C/ Bravo Murillo, 123-2º centro. Teléfonos: 254 44 57 y 262 33 71 (petición hora tardes de 5 a 9).

GRAFOPSICOLOGO DI PLOMADO. Grafología clásica y g. científica (con grafometría). Se ofrece para realizar informes a Gabinetes, colegios, selección de personal, etc. Experiencia avalada por más de 150 informes ya realizados. Interesados llamar al tel. 739 64 65.

DIAGNOSTICO Y PSITERAPIA niños, adolescentes y adultos. Tratamiento problemas. Lenguaje hablado y escrito. Cursos de formación para licenciados. Petición hora: Tel. 435 31 70.

OAPU (Organización de Asistencia Psicológica Universitaria). Trabajo específico con universitarios en: Diagnóstico y orientación individual. Psicoterapias individuales y/o de grupos, de orientación psicoanalítica; tratamiento de conflictos familiares. M.H. Alvarez Aza. Tel. 279 14 20. L. Baena Preysler, teléfono: 253 43 39. C/ Francisco Gervás. 12-2º A.

PSICOLOGIA CLINICA. Exploración y Psicoterapia de Adultos individual y grupos. Exploración y reeducación de niños. COPIG C/ Fernández de Oviedo, 5-1º A. Tel. 413 39 58.

SOCIEDAD SEXOLOGICA DE MADRID. Programa docente curso 83-84. Curso básico de Monitores de Educación Se-

CONSULTORIO de Psicología. Niños, adolescentes, adultos. Diagnóstico y terapia. Consulta previa petición al tel. 705 14 35 (tardes).

GABINETE Psicopedagógico Clínica Saluber. Terapias infantil y de adultos. Problemas de aprendizaje. Tel. 202 92 98. C/ Caleruega, 8. Pinar de Chamartín.

DESPACHOS

COMPARTO DESPACHO en gabinete de Psicología. Céntrico. Varias líneas de metro y autobús. Amueblado. Listo para utilizar. Tels.: 466 40 59 y 261 97 66. Preguntar Sr. Carrasco.

ALQUILO despacho para consulta psicólogo. 10.000 ptas. mensuales. Situación: Doctor Esquerdo. Metro O'Donnell. Tel: 274 16 79.

ALQUILER DE consulta. Centro Psicoanalítico de Investigación. C/ Alvarez Dato, 9, 1º. El alquiler puede ser por horas o completo. Tel: 231 43 66. Alicia Montserrat, Patricio Oliveras o Milagros Viñas.

COMPARTIMOS CONSULTAS zona céntrica con profesionales médicos y psicólogos. Teléfono: 447 53 09.

CONSULTA. Alquiler consulta para psicólogo o psicoanalista, muy céntrica, por horas. Dos despachos y/o sala de grupos. Información: teléfono: 983 47 28 19. Valladolid.

ALQUILO CONSULTA zona céntrica, con profesionales médicos y psicólogos. Tel: 231 43 66.

COMPARTIRIA mi despacho (completo) de psicoanalista con otro psicoanalista o psicólogo por 10.000 pesetas mensuales. Situación junto Metro Arguelles. Preguntar por Sr. Rodríguez. Tel: 243 78 67 (de 1 a 4,30 de la tarde).

CONSULTA. Se alquila consulta bien ubicada por horas (plaza de Santa Ana). Sala de conferencias. Llamar al teléfono: 231 43 66, de 12 a 20 h.

CONSULTA alquiler, en centro psicoanalítico, a psicoanalista preferible experiencia profesional y buena formación. Puede ser consulta completa, por días o por sesiones. Santa Teresa, 5, primera planta. Tel: 419 89 42. Llamar de 11 a 13 o de 20 a 21 h.

PSICOLOGA COMPARTIRIA gabinete en Alcalá de Henares. Teléf. (911) 27 20 11.

PSICOANALISTA busca despacho para consulta en zona céntrica. Preferiblemente Iglesias, Núñez de Balboa o Rubén Darío. Llamar horas de comida al tel. 268 21 50.

BARCELONA. Equipo de psicólogos Gauss alquila despacho en Gran Vía, esquina Muntaner. Llamar al (93) 253 27 87.

VARIOS

PROGRAMAS para ordenados ZX81: 1º, correlación de Pearson (medias, desviaciones típicas, coeficiente de correlación, gráfico nube de puntos, significación, intervalo confidencial. Capacidad: 500 pares de datos. 2º, Análisis de varianza (diseño factorial n x n). Adaptables al ZX Spectrum. Tel: 464 50 45.

PROGRAMAS DE ESTADISTICA para ordenadores Sinclair (ZX81 y ZX Spectrum). Introduciendo los datos una sola vez se obtienen valores máximos y mínimos, media y desviación típica de cada variable, y, respecto a cada par de variables, coeficiente de correlación de Pearson y gráfico de nube de puntos. Capacidad máxima de tratamiento de datos, desde 100 pares de datos (ZX81-16k) hasta matrices de puntuaciones con 1.500 o más puntuaciones (ZX Spectrum), que pueden conservarse independientemente en cinta de "cassette". Otro programa complementario permite acumular muestras, para tratar conjuntos muy amplios de datos. Tel: (988) 22 16 47.

Iniciamos en este número la colaboración de nuestro compañero, dibujante además de psicólogo, **Buru**. Seguiremos contando con él en nuestras páginas.