

Papeles del Psicólogo

MADRID - ABRIL 1984

Nº 14



**Psicología
y retraso
mental**

***El Primer Congreso del Colegio
Entrevista a representantes de los psicólogos catalanes***



CURSOS JULIO

- **PSICOPEDAGOGIA:** Enfoque práctico sobre la labor que el orientador puede realizar en un colegio.
- **PATOLOGIA DEL LENGUAJE:** Pautas de diagnóstico y de reeducación de los problemas de lenguaje hablado.
- **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PROBLEMAS LECTO-ESCRITORES:** Aportes útiles y experimentados de cara al importante problema de las dislexias y déficits psicomotores.
- **PSICODIAGNOSTICO CLINICO INFANTIL:** Orientaciones puntuales y muy prácticas desde la entrevista al informe, avaladas por una gran experiencia.
- **I CURSO BASICO DE RELACION DINAMICA DE CAYCEDO:** Metodología sofrológica adaptada al campo de la Infancia con proyección al área escolar.
- **INFORMATICA Y PEDAGOGIA:** Análisis de posibilidades que el Orientador y el docente pueden encontrar hoy y alternativas posibles.

Para información y matrícula:
EOS - C/ Orense, 12-1º. Teléfonos: 455 33 28 y 455 39 13.

Descuento a colegiados del 10%.

OTROS APOYOS AL ORIENTADOR:

- Material de diagnóstico Psicopedagógico.
- Métodos de reeducación.
- Línea editorial (temas educativos).
- División informática (procesamientos).

EOS es un gabinete de Psicología con gran experiencia que está a disposición de todos los psicólogos españoles para su orientación, reciclaje, implementación metodológica y apoyo operativo. Venir por nuestro Gabinete y consultarnos vuestro problema.

Sumario

Editorial

- Psicología, desarrollo humano y calidad de vida 1

A fondo, psicología y retraso mental

- El concepto de retraso en el desarrollo, algunas reflexiones. *Carlos Giné, T. Espuñes y P. Carasa* 2
- Modelos psicológicos de análisis del retraso mental. *Alfredo Fierro* 5
- Terapia conductual y cognitiva en la deficiencia mental. *Miguel Angel Verdugo* 9
- Los servicios de estimulación precoz en España. *José María García Martín* 13
- Adiestramiento y maduración mental, método Mann. *Rafael González Mas* 17
- Principios básicos para un programa de integración. *Pilar Muñoz Deleito y Luz Pérez Sánchez* 21
- Estudio sobre centros de atención, educación y empleo de deficientes. *Carlos Camarero* 23

Experiencias

- Educación especial en Parla, hacia una mayor integración. *María Fernández Viña, Jacinta Herreros Ibáñez, María Luisa López González, Carmen Martínez Serrano, Sonsoles Méndez de Vigo Llorens y Pilar Muñoz Deleito* 31

I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos

- Psicología, desarrollo humano y calidad de vida. *Pablo del Río* 35
- Entrevistas en Cataluña 37

La profesión

- Material necesario para evaluar las aptitudes psicológicas en los Centros de Reconocimiento 42

Información colegial

- Las Delegaciones: Andalucía 43

Sala de lecturas 51

Entrevista

- Rocío Fernández Ballesteros 54

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

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

Editorial

Psicología, desarrollo humano y calidad de vida

CONSIDERAR la vida humana como un proceso constructivo, autoevaluativo y autojustificativo, tanto a nivel individual como a nivel de las distintas comunidades y de la totalidad de la especie, nos obliga a colocarnos en un punto de vista en el que el profesional, el psicólogo, además de cultivar competencias profesionales específicas, vela por no aislarse de la corriente de todo el proceso global.

Obligadamente, ese punto de vista nos aleja de aquellas tradicionales listas de indicadores, problemas o asignaturas: sabemos que el estar bien o mal en unos u otros ítems de esas largas listas no impide la desestructuración final.

Frente al rosario de ítems tendríamos que proponer hoy, en último término, un único indicador: ser más y mejor, vivir más y mejor.

En ese sentido, los profesionales que no queramos dejarnos reducir a un modelo ciego y mosaico de la vida humana tendremos que situarnos en esta línea, en la línea de acción cuyo norte sea la búsqueda de la calidad de vida.

En ella están ya algunos psicólogos, como lo están a su vez algunos economistas, algunos sociólogos, algunos médicos, etc. Americanos fueron los psicólogos que comenzaron a desarrollar el concepto de calidad de vida. Lo tomaron del arsenal reivindicativo de los años sesenta, en los que la demanda de calidad de vida se esgrimía como exigencia desmitificadora de metas individuales tales como nivel de vida o cantidad de consumo.

El ideal de una vida de calidad fue adquiriendo progresivamente fuerza como objetivo social hasta alcanzar una cierta preponderancia.

La preponderancia de la calidad de vida como objeto social nos obliga a dársela también como objeto de conocimiento de las ciencias humanas. Parece llegado un momento en el que lo mejor de la teoría y de la práctica psicológicas se viertan en esta tarea.

Por lo que sabe la psicología hoy, la calidad de vida es el resultado del desarrollo y la educación personal al menos tanto como de las condiciones ambientales. El tipo de hombre —individuo, sistema social humano— que se construye a través de la educación —formal e informal, explícita e implícita— es el factor principal de la calidad de vida. Problemas tales como el de la directividad a largo plazo de la conducta o la capacidad de organización de la actividad, con motivos y normas cognitivamente avanzadas, llevarían a plantear la libertad individual o el desarrollo moral como un resultado de esa construcción.

Por todo lo anterior, el lema del Congreso —“psicología, desarrollo humano y calidad de vida”— es mucho más que un slogan. Ya su propia capacidad de enganche como slogan es posible gracias a que en él se expresa de manera abreviada la realidad de un objetivo social, realidad en la que debe de apoyarse la psicología para abrir un camino más dialéctico y más abierto en nuestro país.

No parece ya sensato que los psicólogos se inhiban de una visión global del hombre, porque tal visión es necesaria y porque puede ser eficaz. Y no es abuso sacar la psicología a la vida en su más amplio sentido. De hecho, sería importante que otras instancias llegaran también a la psicología.

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 Álvarez
Juan Carlos Duro
Consuelo Escudero
Luis Llavona
Víctor 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:
P. Carasa, T. Espuñes, María
Fernández Viña, José María
García Martín, Carlos Giné, Ra-
fael González Mas, Jacinta He-
rreiros, María Luisa López Gon-
zález, Carmen Martínez Serra-
no, Sonsoles Méndez de Vigo,
Pilar Muñoz Deleito, Luz Pérez
Sánchez, Pablo del Río y Miguel
Ángel Verdugo.

Portada:
Daniel Iribar a partir de
ilustraciones de Ken Laidlaw
y de David Penney



DE acuerdo con Bijou (1975) entendemos como más adecuado utilizar el término retraso en el desarrollo, en lugar de otros como deficiencia mental,... o el mismo de excepcionalidad, para referirnos genéricamente a determinados problemas en el proceso de desarrollo de algunos niños.

Quisiéramos en un primer momento revisar un par de aspectos que históricamente han tenido una fuerte incidencia en la descripción y pretendida explicación del retraso en el desarrollo, de serias consecuencias tanto en el ámbito familiar, como educativo, como en relación a las expectativas sociales ante el problema, como también, y esto nos parece más grave, en el ámbito profesional (médico, psicológico) pretendidamente científico.

1. La deficiencia mental como variable hipotética

En primer lugar, nos referimos al hecho de que comunmente el retraso es considerado como un deterioro en el funcionamiento intelectual, o bien como un estado de incompetencia o intelectual; algunos autores incluso (Cameron y Margaret, 1951) definen el retraso en el desarrollo como un tipo de comportamiento más propio de los niveles más precoces de la vida de un individuo. El arraigo de estas concepciones en nuestra sociedad y sus consecuencias son lo bastante evidentes; con todo, lo que consideramos de mayor importancia por sus consecuencias es que poco a poco, a partir de estas descripciones,

fue configurándose una variable hipotética, llamada "inteligencia deficiente" o "deficiencia mental", la cual causaría y explicaría el retraso en el desarrollo como fenómeno psicológico así como los rasgos de comportamiento de determinados individuos.

La creencia de que la "deficiencia mental", entendida como variable hipotética, explica y causa unos determinados niveles de comportamiento, o bien el hecho de explicar, y por tanto, justificar determinados comportamientos haciendo referencia a que el niño es "deficiente", es todavía hoy demasiado frecuente. Muchos son los ejemplos que a todos nos vienen a la memoria y que ilustrarían elocuentemente lo que estamos diciendo; sólo hace falta echar un vistazo a muchos informes escolares, psicológicos o médicos; o bien escuchar como los padres justifican o se quejan de lo que hace o no hace su hijo, así como también de sus actitudes, para darnos cuenta del alcance real de este tipo de explicaciones y de la trampa que suponen respecto a la educación. Aunque sólo sea para ilustrar lo que acabamos de señalar, nos parece muy clarificadora la descripción crítica que Skinner (1970) hace de la inferencia de causas a partir del comportamiento observado:

"Los nombres que damos a los rasgos, empiezan generalmente como adjetivos: "inteligente", "desorganizado", "introvertido", "agresivo", etc. pero el resultado lingüístico casi inevitable es que los adjetivos dan lugar a nombres.

Aquello a lo que estos nombres hacen referencia se toma, entonces, como causas activas de estos aspectos. Empezamos con "conducta inteligente", pasamos a "conducta que *demuestra* inteligencia" y después a "conducta que es *producto* de la inteligencia"... Pero en ningún momento dentro de esta serie, hemos utilizado ningún hecho exterior a la conducta que justifique una conexión causal". (pág. 201).

CLIMENT GINE, TERESA ESPUÑES Y PILAR CARASA

El concepto de retraso en el desarrollo: algunas reflexiones.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril, 1984. Págs. 2 a 4.

Bibliografía

Bijou, S.W.: Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo), 1963. En Bijou, S.W. y Baer, D.M. "Psicología del desarrollo infantil" Vol. 2: "Lecturas en el análisis experimental". Ed. Trillas: Méjico, 1975.

Bijou, S.W.: Parent Training Research and Implications for Training Parents of Retardent Children. Artículo entregado por el autor en el seminario sobre "Actualización en problemas y técnicas psicopedagógicas". U.A.B., junio de 1983.

Cameron, N. y Margaret, A.: Behaviour Pathology. New York: Houghton Mifflin, 1951. Citado por Bijou en el artículo mencionado en la primera nota.

Galindo, E.: El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento. Trabajo presentado en el Simposio Interamericano sobre Dificultades en el Desarrollo Infantil. Bogotá, Colombia, del 9 al 13 de octubre de 1981.

Ribes, E.: Descripción del modelo teórico de campo. Trabajo no publicado. 1980.

Ribes, E.: El retardo en el desarrollo: su diagnóstico y rehabilitación. Ponencia presentada en las III Jornadas Nacionales sobre Técnicas Metodológicas actuales en Educación Especial. Lleida, 20-22 de noviembre de 1981.

Ribes, E.: Apuntes no publicados del seminario sobre "Metodología de la investigación en el retraso en el desarrollo". Barcelona, febrero-marzo de 1983.

Ribes, E.: Prólogo del libro de Roca, J. citado.

Roca, J.: Desenvolupament motor i Psicologia. Ed. Generalitat de Catalunya I.N.E.F. Barcelona, 1983.

Skinner, B.F.: Ciencia y Conducta Humana. Ed. Fontanella, Barcelona 1970.

RETRASO MENTAL



1

Son frecuentes los trabajos en el campo de la psicopedagogía que se inscriben en estas coordenadas y que, a nuestro entender, están desenfocados y llevan a la confusión. Quizá estaría bien en otra ocasión ocuparnos de analizar con detenimiento las implicaciones en el ámbito educativo de trabajos sobre diversas tipologías (por ej. el niño agresivo, el niño ergasténico, el niño inmaduro, la personalidad del mongólico, etc.) o sobre la dislexia, la lateralización deficiente, o sobre el proceso de deficienciación.

Desde nuestro punto de vista el concepto de retraso en el desarrollo establece una continuidad entre el desarrollo normal y el desarrollo retrasado, es decir, ambos obedecen a las mismas leyes y, por lo tanto, al estudiar uno aumenta el conocimiento sobre el otro. Creemos que no es necesaria y por otra parte sería esteril una teoría especial sobre el retraso; lo que es realmente pertinente es una teoría general que explique todas y cada una de las posibles variaciones que pueden ocurrir en el proceso de desarrollo, desde el retraso a aquellas características de determinados individuos llamados "superdotados". Vemos pues como el concepto de retraso nos lleva indefectiblemente al concepto mismo de desarrollo del cual no es posible desvincularlo.

2. Los criterios normativos referentes al retraso en el desarrollo

No menos importantes, como señala Galindo (1981), han sido históricamente las consecuencias de la aportación de la psicología diferencial para el diagnóstico y la comprensión de lo que se ha venido llamando deficiencia mental, retraso mental, etc. Con la psicología diferencial surgió la necesidad de medir algunas aptitudes individuales, como la inteligencia, originándose el cociente intelectual, los tests y el mismo concepto de retraso. La influencia de la orientación psicométrica se ha hecho sentir fuertemente hasta nuestros días en el campo educativo y de una manera singular en lo que respecta a los problemas de diversa índole que afectan al desarrollo; se ha dado paso a multiplicidad de estudios y publicaciones hasta llegar en la última década a una clara comercialización; más allá de los ámbitos

profesionales específicos, los maestros, los padres, los empresarios, los alumnos, los aspirantes a un determinado trabajo,... la sociedad, en una palabra, se ha familiarizado con estas prácticas psicológicas, sufriendo a menudo las consecuencias.

A pesar de que es evidente el desprestigio de las prácticas psicométricas a raíz de las críticas que desde muy diversos sectores (sociales, políticos,... psicológicos incluso) se han formulado, todavía hoy, cuando se trata de valorar el retraso en el desarrollo no se ha podido prescindir aún del término cociente intelectual aunque haya sido substituido algunas veces por otros términos o perifrasis que conceptualmente no se apartarían de esta concepción.

A nuestro entender, y en relación a la educación, la consecuencia más importante es el hecho de que determinados términos con una finalidad básicamente descriptiva y siempre en relación a un grupo de referencia, se hayan convertido en normativos y a partir de aquí en explicativos del retraso y por lo tanto también en "causa" de la aparición o no de determinados repertorios de comportamiento.

La relatividad del Q.I. y del Q.D. a la hora de abordar el retraso es suficientemente manifiesta, y a pesar de esto su utilización en el ámbito educativo es frecuente y a menudo poco afortunada. Tenemos que señalar una vez más que estos cocientes no miden ninguna "facultad" o potencialidad interior; son índice para comparar rendimientos. Ahora bien, las orientaciones psicopedagógicas basadas en posiciones mentalistas han olvidado que con las pruebas psicológicas estaban "comparando" y han pasado a medir "potencialidades internas", cosa que en la práctica se traducía erróneamente en una supuesta causalidad.

Un aspecto sobre el que nos parece oportuno llamar la atención en este contexto, es la concepción y posterior utilización en el campo educativo, muy especialmente en relación a los niños con problemas en su desarrollo, de las escalas de desarrollo motor. No pretendemos, ni este es el momento, entrar en el análisis de los problemas teóricos

que implica el estudio del comportamiento motor; pero, con todo, sí que conviene señalar una cierta relatividad en las escalas que establecen un hito, a unas edades determinadas, sobre todo por la incidencia que tienen en el campo educativo.

En este sentido los trabajos de Roca (1983) nos parecen de capital interés y quisiéramos solamente aportar aquí un par de referencias que creemos clarificadoras:

"La palabra "temporización" indica la secuenciación con que un determinado grupo "propone" las adquisiciones necesarias para la adaptación de cada nuevo organismo y también indica la duración prevista por el grupo para la adquisición de unos niveles determinados de ejecución". (pág. 88).

Y en otro sitio:

"Cada segmento de evolución de los fenómenos sociales con que los individuos de una generación se encuentran comporta un conjunto de hábitos, valores, criterios educativos,... que establecen qué repertorios deben aprenderse y un tiempo más o menos amplio para hacerlo. Los repertorios motores son adquisiciones propuestas por cada grupo y en la medida en que esta proposición afecta a una determinada generación surge un patrón evolutivo y una clasificación de "normal", "superior", "deficiente"... (pág. 42).

3. Algunas condiciones del proceso de desarrollo

Como vemos, pues, el análisis del retraso nos remite al concepto mismo de desarrollo; y no podría ser de otra forma.

Como señalan Bijou (1975) y Galindo (1981), "el desarrollo psicológico ha de ser entendido como la adquisición sucesiva de nuevos repertorios conductuales o formas de conducta, cada vez

(*) Los autores son Psicólogos y se hallan trabajando en el Servei d'Educació Especial de la Direcció General d'Ensenyament Primari. Departament d'Ensenyament. Generalitat de Catalunya.

más complejos cualitativa y cuantitativamente, por parte del individuo en función de factores orgánicos, físicos y sociales". Así pues, desde una perspectiva psicológica, el estudio del desarrollo nos lleva a centrarnos en el comportamiento; es éste un término conflictivo con sentidos diferentes en el lenguaje popular y también con diferentes acepciones en el lenguaje técnico-psicológico.

De acuerdo con Ribes (1980, 1981) entendemos el comportamiento como la interacción históricamente construida entre el organismo (el individuo en desarrollo) y su ambiente físico y social. La interacción entre el individuo y su ambiente es dinámica y fundamentalmente está determinada por:

- el equipo biológico de base.
- las características del ambiente: entorno físico, familiar y comunitario, y de una forma más global las que hacen referencia al entorno socio-económico y cultural de la sociedad en que se encuentra.
- la historia de las interacciones a lo largo de la vida del individuo.

Así pues, el comportamiento de un individuo determinado va sufriendo a lo largo del tiempo una serie histórica de cambios, adquiriendo nuevas formas cada vez más complejas, fruto del concurso de los factores que acabamos de nombrar.

Desde esta perspectiva, podemos afirmar que la presencia o no de determinados factores, no sólo cuantitativamente sino cualitativa, se convierten en condiciones que incidirán en el desarrollo, sea favoreciéndolo, sea retardándolo o limitándolo.

Desde el punto de vista de los factores orgánicos, es bien sabido que cuando existe un déficit en el equipo biológico de base de un niño, su relación con el ambiente físico y social se ve profundamente alterada; en general, podemos decir que cuando se produce un entretimiento en el desarrollo se produce una pérdida de posibilidades de aprovechar las condiciones que lo facilitarían; es decir, el entretimiento comporta la reducción de posibilidades de interacción (Ribes 1983). Con todo, conviene decir que no podemos entender los factores orgánicos como causas "únicas" ni del desarrollo, ni de las consecuencias de un determinado trastorno. Nos parece útil traer aquí un par de citas que nos parecen clarificadoras; "sean cuales sean las características orgánicas de un individuo cuando nace, estas se constituirán en factores dispositionales, ya sea posibilitando determinados tipos de relación con el entorno, ya sea delimitando el modo como aquella relación se establece" (Roca 1983); y "aunque haya un desarrollo filogenéticamente determinado de los sistemas reactivos, es en los complejos procesos de crecimiento biológico y de evolución conductual, donde el comportamiento motriz, como interacción indisoluble de organismo y ambiente, en-

cuentra las coordenadas de su desarrollo" (Ribes 1982).

En lo que respecta a los factores ambientales (físicos y personal-sociales) diremos que se produce un desarrollo psicológico normal cuando un niño con un equipo biológico de base considerado sano, vive en contacto con unas condiciones físicas y sociales (relaciones interpersonales dentro de la familia y en la comunidad) que reúnen al menos ciertas características mínimas que se consideran necesarias para el bienestar humano (higiene, vivienda, relaciones interpersonales dentro de la familia, educación, etc.). Podemos, pues, facilitar el desarrollo, procurando que estas condiciones estén presentes en el ambiente donde crecen nuestros niños; las consideraciones y consecuencias que surgen de lo que acabamos de exponer son múltiples y, en muchos casos, ultrapasan el ámbito psicopedagógico para situarse en la esfera de los modelos político-sociales que deberían informar una sociedad determinada.

Con todo, y situándonos estrictamente en el ámbito educativo surgen claramente una serie de condiciones facilitadoras del desarrollo que se podrían vertebrar alrededor de los tres núcleos siguientes:

- familiar: aconsejamiento de los padres, prevención,...
- escolar: formación de los profesionales; atención personalizada (atención a la diversidad); riqueza de los materiales; situaciones de aprendizaje entusiasmadoras,...
- comunitario: normalización real de oportunidades y servicios, información,...

Es desde esta perspectiva, es decir, desde las condiciones presentes en la historia de las interacciones a lo largo de la vida del niño, cuya calidad favorecerá o dificultará el desarrollo, que a nuestro entender interesa analizar el problema del retraso e incidir en su prevención y respuesta educativa.

No quisiéramos acabar este punto sin hacer las siguientes consideraciones:

- de los distintos factores que inciden en el desarrollo, y por lo tanto también en el retraso, se deriva la exigencia de abordarlo desde un enfoque interdisciplinario; es esta una palabra relativamente frecuente hoy en día, pero que nos tememos que es todavía un objetivo a conseguir.
- el retraso se produce como consecuencia de la interacción de las variables nombradas, pero difícilmente podremos señalar una de ellas como causa directa.
- el hecho de enfatizar el desarrollo como proceso a la hora de hablar del retraso no nos hace perder de vista el respeto por las diferencias individuales, antes al contrario, el conocimiento del proceso de desarrollo nos hace valorar con mayor cuidado el alcance y significado de la diversidad.



Modelos psicológicos de análisis del retraso mental

ALFREDO FIERRO



1. El modelo psicométrico

Históricamente, el primer modelo psicológico de análisis de la deficiencia mental ha sido el psicométrico, un modelo desarrollado en categorías cuantitativamente descriptivas de la capacidad o aptitud intelectual de las personas. La psicometría, además, en sus propios orígenes, se halla estrechamente vinculada a la identificación y medición de la deficiencia mental, puesto que, al menos en la rama inaugurada por Binet, nació justo para proporcionar un modelo preciso del fenómeno de la disminución o déficit en la capacidad de aprender de ciertos individuos.

El modelo psicométrico, en principio, no pasa de ser instrumental y descriptivo. Derivan de él instrumentos, tests o pruebas que, con economía de tiempo y de recursos, permiten evaluar la inteligencia general y las aptitudes primarias de las personas. A su vez, de los resultados de estas pruebas se siguen mediciones que describen y compendian en cifras el grado de inteligencia o, respectivamente, de deficiencia mental. Las más populares de estas cifras han sido, primero, la edad mental, y, más tarde, el cociente intelectual, que, por otra parte,

en la actualidad responde no tanto a su originario sentido de un cociente, entre la edad mental y la cronológica, cuanto a una construcción psicométrica elaborada a partir de una postulada distribución normal de la inteligencia, con media en valor de 100 y desviación típica 15. Aunque inicialmente se presumió fijo y estable a lo largo de la vida, el cociente intelectual más bien ha mostrado no serlo, lo que ha motivado a los investigadores a identificar otros parámetros psicométricos más refinados, en los que se ha creído o pretendido hallar una estabilidad mayor. Así, por ejemplo, Fisher y Zeaman (1970) han propuesto tres parámetros K , a los que suponen de una gran fiabilidad, y que relacionarían la edad mental y la cronológica de acuerdo con la ecuación:

$$e.m. = k_1 \ln e.c. - k_2 e.c. - k_3$$

donde e.m. es la edad mental del sujeto en un momento dado; $\ln$ el logaritmo natural; e.c. la edad cronológica; y k diversos parámetros, supuestamente fijos para cada individuo, cuya interacción o multiplicación con la edad cronológica genera el correspondiente resultado de una determinada edad mental o, mejor, capacidad intelectual. En esta ecuación, la inteligencia, sus grados, su déficit son evaluados y medidos no ya en términos de un cociente intelectual, sino de tres diferentes parámetros que, conjuntamente, constituyen su definición psicométrica.

Hablar de deficiencia mental, de déficit en las aptitudes, se corresponde bien con un enfoque psicométrico, del cual, por otro lado, resulta bastante difícil prescindir en los demás enfoques, psicológicos o no. El dato psicométrico confiere cierta unidad al síntoma común a las diversas oligofrenias, diversos síndromes dependientes de etiologías varias, de las que se ocupa el

LOS propios términos con que a él nos referimos no son inocentes, no son neutros; se hallan cargados de teoría, cuando no de prejuicio. Subnormal, oligofrénico, deficiente, retrasado mental: cada una de estas voces refiere, de modo expreso o tácito, a una concepción, a un modelo de análisis del fenómeno; y cada modelo de análisis, a su vez, rige un modelo de intervención y tratamiento.

Hay modelos no psicológicos de análisis del retraso o deficiencia mental. Está, desde luego, el modelo médico. En él aparece el concepto nosográfico "oligofrenia" como enfermedad o síndrome, o, más bien, conjunto de síndromes, de diferente etiología orgánica, que tienen en común cursar con déficits en la actividad mental superior. La intervención oportuna es, en este modelo, de naturaleza principalmente preventiva y, en algunos pocos casos, terapéutica, según se hace con éxito en el tratamiento precoz de las enfermedades congénitas del metabolismo (fenilcetonuria, galactosemia), y se pretende hacer en algunos inciertos tratamientos, como la celuloterapia, del síndrome de Down (Belmont, 1970).

Existe también un modelo sociológico de análisis, que opera con la dicotomía normalidad/subnormalidad tal como cada sociedad la define. En este análisis, ser subnormal o deficiente constituye una definición y veredicto social. Cada sociedad dice quienes con sus deficientes, y lo dice con las estructuras mismas básicas que la constituyen, estructuras de producción, de distribución de bienes sociales, y de escolarización. El llamado subnormal es, antes de nada, un marginado y discriminado: más subnormalizado que propiamente subnormal. La propuesta de cambio coherente con este punto de vista afecta a la sociedad antes que al sujeto individualmente marcado como subnormal, y sólo un cambio social drástico puede permitir aparecer a muchos ciudadanos antes como diferentes que como deficientes (Fierro, 1981).

Muy cercanos a los análisis hechos desde la psicología, quedan los realizados desde la pedagogía y la didáctica. No en vano el concepto de aprendizaje es común a estas diferentes disciplinas. Hablar de sujetos con dificultades de aprendizaje puede ser un discurso tanto del psicólogo cuanto del pedagogo, según el nivel en que se tome el proceso de aprender. Si se toma en el orden de los aprendizajes escolares concretos, de la instrucción en lecto-escritura, cálculo y otros contenidos curriculares, seguramente básicos, la lentitud o dificultad de aprendizaje es asunto del maestro, del educador; y, en consonancia con eso, es obligado proponer algún modelo didáctico de análisis e intervención (López Meiero, 1983).

Desde la psicología, desde la ciencia de la conducta, no uno sólo, sino varios modelos de análisis han sido desarrollados para conceptuar el fenómeno.

ALFREDO FIERRO

Modelos psicológicos de análisis del retraso mental.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril, 1984. Págs. 5 a 8.

Bibliografía

Barrett, B. H. Behavior analysis. En: J. Wortis (ed.) *Mental retardation and developmental disabilities*, vol. 9. New York: Brunner and Mazel, 1977. Págs. 141-202.

Belmont, J. M. Medical-behavioral research in retardation. En Ellis, N.R. *International Review of research in mental retardation*, vol. 5. New York/London: Academic Press, 1970.

Bijou, S. W. A functional analysis of re-

tarded development. En N.R. Ellis (ed.), *International Review of research in mental retardation*, vol. 1. Nueva York: Academic Press, 1966.

Fierro, A. La "personalidad" del subnormal. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1981.

Fierro, A. Inteligencia y retraso mental: el enfoque procesual y microanalítico. *Siglo Cero*, 1983, 86, 48-57.

análisis clínico; desarrolla y refina el juicio —acaso prejuicio— social por el que unos sujetos son declarados subnormales; y exhibe buena validez predictiva para pronosticar el rendimiento escolar del que se ocupan los modelos didácticos. Los propios modelos psicológicos que restan por examinar, en particular, el evolutivo, el funcional y el cognitivo, no pueden prescindir del enfoque psicométrico, aunque no se den por satisfechos con él e intenten englobarlo en una teoría o concepción superior, propiamente explicativa. La insuficiencia más seria del análisis psicométrico está en que, en todas sus variedades, de cociente intelectual u otras, se limita a describir, a medir, y nada dice sobre el posible tratamiento o intervención que pudiera contribuir a mejorar las aptitudes. La concepción psicométrica, o bien considera a la deficiencia como fija e inalterable, con el consiguiente pesimismo práctico; o bien, se limita a lo puramente instrumental y descriptivo de una situación de hecho, en cuyo caso necesita ser completada con otras hipótesis sobre el origen de la deficiencia y sobre la posible rehabilitación de la capacidad intelectual.

2. El modelo evolutivo

Después del enfoque psicométrico, en orden tanto cronológico cuanto de popularidad, es preciso mencionar el enfoque evolutivo. Desde él, en rigor, más que de deficiencia, es preciso hablar de retraso mental. Los sujetos que bajo otros puntos de vista aparecen como deficientes o inferiores a la capacidad intelectual media, ahora son vistos ante todo, primordialmente, como retrasados. Se supone la existencia y regularidad de ciertos procesos evolutivos, que conducen a la madurez y plenitud de las aptitudes mentales y sociales; y se atribuye a estos sujetos atraso, rezagamiento y disfunciones en tales procesos de desarrollo.

El mero retraso, de suyo, no implica deficiencia. Podría imaginarse la situación de un niño que se desarrolla muy despacio, rezagado, llegando, por tanto, más tarde que sus compañeros de edad a ciertos umbrales evolutivos y aptitudi-

nales, pero que, pese a la lentitud, llega a iguales metas y a partir de ese momento no se diferencia ya de los que se le adelantaron. Cabría suponer entonces que el retrasado mental adquiriera la plenitud de las facultades mentales a los 25 ó 30 años, y no a los 16 ó 18. De hecho, no es así, o no suele ser así. Aunque se hable de retraso, y se le describa como fenómeno evolutivo, además de retardo, suele darse deficiencia. El sujeto no sólo alcanza más tarde los umbrales evolutivos; ciertos umbrales, ciertos niveles de capacidad no los alcanza jamás. Su problema, por consiguiente, no es sólo de un retraso, sino también, por desgracia, de una deficiencia en sentido estricto.

Hay, además, algunos hechos que turban la limpia interpretación del caso como mero asunto evolutivo. Uno de ellos, ampliamente establecido, es que el problema evolutivo de los retrasados mentales es un retraso no armónico o equilibrado en las distintas áreas conductuales, sino más bien desigual, irregular, disarmónico, en heterocronía, según el concepto de Zazzo (1965). Su retraso no consiste en seguir más despacio iguales pautas de desarrollo que la generalidad. La pauta misma suya suele ser diferente, extrañamente idiosincrásica. Un segundo hecho, que empieza ahora a conocerse, y que también puede considerarse establecido para ciertos grupos, como el del síndrome de Down, es el del rápido deterioro físico y mental de estos sujetos, el de su envejecimiento prematuro.

Al enfoque evolutivo le cuadran instrumentos de descripción y evaluación cualitativas más que cuantitativas. De este género son el P.A.C. (Progress Assessment Chart), de Gunzburg, y la Grafomaduración de González Mas (1978), ambos difundidos en nuestro país, y cuya característica común es la representación gráfica del progreso evolutivo —respectivamente, del retraso— en ciertas áreas determinadas: motricidad, comunicación, etcétera. En cada una de las áreas se postula cierta progresión de unas conductas a otras, como sucesivos pasos en un continuo de aptitudes, habilidades y hábitos, y se describe el nivel evolutivo sobre la con-

creta base de los comportamientos adquiridos.

El modelo del desarrollo no implica, de suyo, una precisa teoría del retraso mental, ni tampoco una determinada propuesta de intervención psicopedagógica. Únicamente presupone que disfunciones en los procesos de maduración y/o de aprendizaje son responsables del retraso, y que, por tanto, será necesaria alguna intervención que facilite tales procesos. Pero esto permanece todavía muy genérico, y diversas explicaciones teóricas e intervenciones prácticas son posibles dentro de marco tan amplio. Lo que sí traza con rigor el modelo evolutivo, sobre todo cuando se dota de instrumentos evaluativos como los recién citados, es el programa de las adquisiciones conductuales que en cada momento han de constituir objetivo psicopedagógico o de rehabilitación. Una vez definida la progresión en cada área conductual, este objetivo, obviamente, habrá de ser el nivel inmediato superior al ya adquirido por el sujeto.

3. El análisis funcional

El paradigma científico desde el cual se efectúa este análisis es el de una psicología objetiva, de orientación experimental en cuanto a método y conductista en cuanto a teoría. En él no se habla ya de deficiencia o deficiente, ni siquiera de retraso o retrasado mental. El análisis funcional o conductual rehusa estas etiquetas meramente descriptivas, además de simplificadoras, a las que juzga carentes de cualquier valor, ya explicativo, ya práctico; y se aplica a investigar y tratar sencillamente la conducta retrasada. Esta, como cualquier conducta, es susceptible de un análisis funcional, esto es, de un análisis que examina los estímulos —antecedentes y consiguientes, discriminativos y reforzadores— de los que la conducta, también la conducta retrasada, es función. De la modificación de esas variables estimulantes, y, en general, de la intervención sobre el entorno estimular, aguarda el psicólogo conductista tanto el cambio cuanto el mantenimiento de las conductas indeseadas, respectivamente, y deseadas. En tanto que conducta indeseada, la conducta retrasada puede cambiar con tal de alterar convenientemente los acontecimientos de estímulo de los que ella en el presente sigue siendo función dependiente.

El análisis funcional o conductual irrumpió, en el momento de auge de las teorías operantes, con mucho brío polémico frente al modelo médico y al psicométrico de la deficiencia (cf. Bijou, 1966; Ribes, 1972; Kiernan, 1973; Barrett, 1977). Su primera posición es el rechazo de la explicación de la conducta retrasada por factores cuya hipotética influencia en ella no puede establecerse en el orden conductual estricto, sea la presunta capacidad inferior de la psicometría, sean reales factores genéticos o cerebrales que tampoco dan razón de la relación funcional, eventualmente disfuncional, entre estímulo-

Bibliografía

Fischer, M.A. y Zeaman, D. Growth and decline of retarded intelligence. En N.R. Ellis (ed.). *International Review of Research in Mental Retardation*, vol. IV. Nueva York: Academic Press, 1970.

González Mas, R. *Adiestramiento y maduración mental*. Madrid: Científico-Médica, 1978.

Bersen, M. y Barlow, D.H. *Single case experimental designs*. Nueva York: Pergamon, 1976.

Kazdin, A.E. *Research design in clinical Psychology*. Nueva York: Harper y Row, 1980.

Kratochwill, T.R. (ed.). *Single subject research*. Nueva York: Academic Press, 1978.

Lang, J. L. *Esquisse d'un abord structu-*

ral des états déficitaires. *Confrontations psychiatriques* 10, 1973, 31-54.

López Melero, M. *Teoría y práctica de la educación especial*. Madrid: Narcea, 1983.

Mannoni, M. *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris: Seuil, 1964. (El niño retrasado y su madre. Madrid: Fax, 1971).

Ober, M. L. *Pédagogie, psychoanalyse et psychose*. Paris: Fleurus, 1981.

Zazzo, R. La notion d'hétérochronie dans le diagnostic de la déficience mentale. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1965, 4-5, 241-246.

Zigler, E. Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation. *American Journal of Mental Deficiency*, 1969, 536-556.

los y respuestas. Esta relación ha de ser estudiada y tratada por sí misma, con independencia de las bases orgánicas. Obviamente, tanto las funciones de estimulación como las de respuesta pueden hallarse adversamente afectadas por alguna incapacidad biológica. Pero, dejando eso atrás, y desentendiéndose incluso de la posible inadecuada historia previa de estímulos y de refuerzos del sujeto con conducta retrasada, el análisis funcional se interesa primordialmente en las relaciones funcionales actuales estímulo/respuesta que rigen el retraso. La justificación de este interés es también práctica, y no sólo teórica. Los determinantes biológicos y los ambientales o de aprendizaje en la pasada historia no son ya posible objeto de modificación. Únicamente es posible intervenir en las condiciones ambientales o estímulos presentes. Puesto que las posibilidades reales de cambio de conducta, de ampliación del limitado repertorio comportamental del individuo retrasado, se dan en el ámbito de las relaciones funcionales con su actual entorno estimular, es en estas relaciones donde va a centrarse el análisis funcional e igualmente la intervención clínica del psicólogo conductista.

Qué eventos estimuladores, o, más bien, qué precisas relaciones funcionales con ellos son responsables de la conducta retrasada, no puede decirse a priori, sino debe establecerse en un proceso de tratamiento y experimentación, conjuntamente, cuyo desarrollo implica a la vez evaluación de la conducta retrasada, principalmente mediante procedimientos de línea de base, y una intervención sobre el entorno estimular que no se distingue del control de las variables independientes en las hipótesis experimentales. El extraordinario desarrollo de los diseños experimentales o cuasiexperimentales de sujeto único, como son los diseños de reversión, de múltiple línea de base y de múltiple tratamiento (Hersen y Barlow, 1976; Kratochwill, 1978; Kazdin, 1980) ha abierto la oportunidad de una fructífera convergencia entre el trabajo clínico y la investigación experimental en comportamientos como la conducta retrasada, oportunidad inicialmente ligada al análisis funcional conductista, aunque no restringida a él.

Con su insistencia en los determinantes actuales de la conducta, en relativa independencia de los factores biológicos y aún de la pasada historia de aprendizaje, y con sus tesis de que toda conducta puede ser cambiada a condición de acertar en la identificación y manejo de los estímulos que críticamente la controlan, el enfoque funcional conductista ha contribuido a despertar una enorme esperanza y optimismo en las posibilidades de tratamiento psicológico y también pedagógico de la conducta retrasada, que no es contemplada ya como una deficiencia fija o rígida, sino como un patrón disfuncional, pero casi ilimitadamente susceptible de cambio. Esta amplia confianza en el potencial de las técnicas de modifi-

cación de conducta para abordar los problemas del retraso se ha visto, sin embargo, un tanto castigada por dos hechos que restringen mucho su alcance más allá de las sesiones de intervención. El primero es la dificultad de mantener fuera de las sesiones los comportamientos adquiridos dentro de ellas. El segundo, aún más importante, es la dificultad del retrasado mental en generalizar, en transferir aprendizajes de unas áreas conductuales a otras e incluso de unos comportamientos a otros.

4. Modelos dinámicos

Caracteriza a estos modelos considerar que la deficiencia o retraso mental es un fenómeno secundario respecto a estructuras y procesos más básicos, en los que está implicada la personalidad entera o, al menos, otras instancias que las convencionalmente descritas como inteligencia, capacidad o aptitudes. Localizan, pues, la raíz en otro lugar, no en el aparente; la sitúan en una trama de energías, de fuerzas, no primariamente intelectuales o cognitivas, cuya dinámica, sin embargo, genera el déficit intelectual.

Una de las versiones más sencillas de enfoque psicodinámico es la que ve a estos sujetos como deficientes motivacionales antes que deficientes mentales. Su pobre rendimiento en diversos géneros de tareas se debería no tanto a una disminuida inteligencia, cuanto a una pobre o inadecuada motivación (Zigler, 1969).

Otras teorías psicodinámicas más refinadas proceden a partir de hipótesis de psicoanálisis y también de una psicopatología de orientación fenomenológica. En ellas se postula que la deficiencia o retraso no es sino la expresión de un trastorno más global, que afecta a la estructura completa de la personalidad y no sólo al desarrollo intelectual. En esta consideración, la deficiencia mental queda aproximada a la enfermedad mental, principalmente a las psicosis de origen infantil. La taxonomía o clasificación nosográfica de un síndrome respecto a otro pasa entonces a un lugar secundario. Se les supone ser síndromes distintos, pero expresivos o manifestativos de un mismo género de trastorno psíquico temprano, de cierto fracaso radical en acceder a la simbolización y al yo; y se reformula a la deficiencia como síndrome psicopatológico "de expresión deficitaria", es decir, como trastorno cuya expresión fundamental consiste precisamente en el déficit (Lang, 1973). A semejanza de lo que hace el análisis funcional de la conducta retrasada, aquí también se reconoce, si hace falta, la existencia de una eventual etiología orgánica, pero no se le concede el papel de factor inmediatamente responsable del retraso.

En la interpretación psicoanalítica de M. Mannoni (1964) es la relación con la madre la que determina la dinámica del desarrollo retrasado. Son los fantasmas y el deseo de la madre los que, como un



destino ineluctable, conducen al niño a la deficiencia. Otros psicoanalistas (Ober, 1981) interpretan el retraso como una estrategia de defensa, a semejanza de la psicosis y la neurosis, aunque diferente de éstas, una estrategia de protección del yo en su trato con la realidad. Por qué se defiende el sujeto retrasado, de qué se defiende, qué incapacidad previa le lleva a defenderse de ese modo, refugiándose en el retraso mental, y no en la psicosis, o en otros trastornos, son preguntas para las que hay diversas respuestas en las distintas escuelas del psicoanálisis, y no siempre respuestas claras o claramente fundamentadas.

Desde premisas psicodinámicas, el retraso mental pierde mucho de la inmutabilidad y fatalidad que el modelo médico y, en general, la concepción tradicional de la fijeza de los valores psicométricos tendía a atribuirle. Pero la naturaleza dinámica de los procesos que originan la deficiencia, y su aproximación a los que subyacen a las psicosis infantiles, no entraña en modo alguno su reversibilidad. Los procesos psicodinámicos, la historia y avatares del deseo, que han llegado a cristalizar en un estado deficitario, pueden ser o mostrarse irreversibles, altamente reacios a posteriores experiencias y tratamientos. La intervención psicológica indicada, de todos modos, habrá de ordenarse a permitir y propiciar en el sujeto la aparición de la demanda, de la formulación del deseo, en la cual precisamente llegará a emerger como sujeto, y no mero objeto de los fantasmas y de los propósitos de los demás. Esta emergencia puede producirse en el curso de un psicoanálisis, de una psicoterapia individual o en grupo, de una terapia o tratamiento mediante juegos simbólicos, a través de medios expresivos y creativos (musicoterapia, por ejemplo), o incluso merced a experiencias significativas cualificadas con personas que le reconozcan como sujeto de deseo y le permitan aflorar lo que estaba callado, enmudecido, en el fondo de lo que en el orden manifiesto se muestra como retraso.

5. El enfoque cognitivo

En la tradición de una psicología objetiva, interesada a la vez en la medida, como la psicometría, y en la experimentación, como el análisis funcional, y en

estrecha dependencia de la reciente evolución, en psicología, desde la hegemonía conductista hacia la preponderancia de modelos cognitivos y de procesamiento de la información, el último tipo de análisis, recién aparecido, del retraso mental, es el que genéricamente cabe calificar de cognitivo, determinable específicamente como micrométrico y procesual (cf. Fierro, 1983). Lo de "micrométrico" refiere al hecho de que los fenómenos psíquicos considerados y medidos son relativamente microscópicos frente a la magnitud de los productos conductuales evaluados en las pruebas clásicas de inteligencia y en las líneas de base del análisis funcional. Técnicas de medición reciente permiten una medida muy fina de momentos mínimos del proceso, como tiempos de reacción (así en la cronometría de Sternberg) o tiempo y capacidad de la huella anémica sensorial (así en la técnica de reporte parcial, de Sterling y otros). La aplicación de estas técnicas psicométricas a la exploración del retraso mental está revolucionando nuestros conceptos acerca de este fenómeno, que, por otra parte, no es observado ya en los productos o resultados finales, en términos de una ejecución o rendimiento inferior en ciertos tipos de tareas, sino investigado a lo largo del entero proceso cognitivo —procesamiento de información, en los correspondientes modelos— que lleva desde el reflejo de orientación y la conducta de atención hasta el razonamiento, la formación de un concepto o la solución de un problema.

Cierto análisis de la conducta en general y del retraso mental en particular en términos percepto-motores nunca se ha perdido del todo en psicología y constituye un antecedente del actual análisis en términos de procesos cognitivos o —más concretamente— de procesamiento de la información. Los programas percepto-motores de tratamiento del retraso mental (cf. el monográfico de *Siglo Cero*, n.º 79, noviembre 1981) e incluso los programas genéricamente denominados de estimulación temprana, que operan sobre todo con las calidades elicitoras y discriminativas de los estímulos y no tanto con sus propiedades reforzadoras, constituyen también un claro antecedente de los programas que pueden desarrollarse —aunque apenas comienzan a existir— a partir de modelos cognitivos e informacionales.

En su vertiente práctica, aplicada al tratamiento del retraso mental, los modelos cognitivos pueden, sin embargo, tropezar con dos clases de serias dificultades. Una de ellas tiene que ver con el hallazgo de que, tras la segmentación microanalítica del procesamiento cognitivo en sus diversos momentos (atención, percepción, diversos registros de memoria, etcétera), el retraso mental aparece ligado no tanto a específicos déficits en alguno o algunos de esos momentos, cuanto a un déficit generalizado, tanto en las estrategias globales del sujeto a lo largo del procesamiento

entero, cuanto en la capacidad de transferir de unos aprendizajes a otros. Una segunda dificultad se vincula con la distinción entre los aspectos estructurales, o de capacidad, y los funcionales, o de programación y uso, en el procesamiento cognitivo. Mientras el retraso mental sea debido a disfunciones, a inadecuada programación cognitiva del sujeto, hay esperanzas de mejora mediante tratamiento. Pero es de temer que alguna parte de él, quizá la mayor parte, se deba a déficits estructurales, y no sólo funcionales, que, entonces, por su naturaleza propia serían muy resistentes a cualquiera posible modificación. En este último caso el análisis micrométrico y procesual de la psicología cognitiva nos habría ayudado mucho a conocer el detalle de las dificultades de procesamiento en los deficientes mentales, pero habría contribuido en poco a poder superarlas.

En conclusión

Los modelos sucesivamente presentados no son recíprocamente excluyentes. Desde luego, el psicométrico y el evolutivo, por su generalidad misma, aparecen en cierto modo compatibles con cualesquiera de los otros. Pero incluso aquellos que dependen de premisas teóricas muy dispares, como el psicodinámico y el cognitivo, y también los que quedan fuera ya del ámbito de la psicología, como el modelo médico y el sociológico, pueden ser coordinados entre sí, no en un concordismo fácil, sino en un análisis que reconoce que el fenómeno del retraso mental, como todos los fenómenos humanos, puede y suele hallarse sobredeterminado, múltiplemente determinado.

La deficiencia mental continúa siendo una denominación convencional que agrupa fenómenos de varia etiología, naturaleza y pronóstico. Por de pronto, hay casos y casos; mientras en unos la explicación genética acaso resulta satisfactoria, en otros hace falta introducir factores psicodinámicos o de aprendizaje. Por otro lado, en un mismo caso, en un mismo sujeto, el hecho global de su deficiencia puede deberse a una combinación de factores que requieren de más de un género de explicación.

En la presentación de cada modelo de análisis ha quedado expuesto sucintamente el tipo de tratamiento que de él se deriva. En la idea de que diversos casos de deficiencia o incluso diversos aspectos o componentes de un mismo caso pueden deberse a factores diferentes, que necesitan de sendas explicaciones y apropiados análisis, está implícita la sugerencia de que el psicólogo habrá de tratar cada caso de acuerdo con la naturaleza propia de los procesos que presumiblemente lo están determinando. El acierto de su intervención dependerá de la correcta identificación de estos procesos y de la atinada elección y aplicación del tratamiento capaz de modificarlos en orden a ensanchar la reducida capacidad del sujeto.





¡OH! SIMPLEMENTE
INTENTO
COMPRENDER...
TENGO COSAS QUE
PREGUNTARME...
POR EJEMPLO,
¿ESTOY BIEN?

Terapia conductual y cognitiva en la deficiencia mental

MIGUEL ANGEL VERDUGO ALONSO

carencia de programas de trabajo, la desconfianza en la "educabilidad" de todos los deficientes mentales, la no preocupación social por este colectivo, la falta de soportes económicos, y la ausencia de experimentación en aulas e instituciones, son algunos de los factores que han determinado la deficitaria calidad actual de nuestro trabajo con los deficientes mentales.

Mientras tanto, en otros países, la metodología derivada de los principios del condicionamiento operante ha servido como base para reformar las instituciones que atienden al deficiente mental (Thompson y Grabowski, 1972), y esos principios se utilizan hoy mayoritariamente en los ambientes educativos. Las técnicas de la modificación de conducta han renovado la tecnología de la educación y tratamiento de los deficientes mentales, facilitando la creación de instrumentos aplicables a situaciones variadas.

Los déficits básicos de la deficiencia mental son el intelectual y el adaptativo. La modificación de conducta ha trabajado durante años para desarrollar métodos de trabajo efectivos que permitan conseguir algunas de las metas centrales de la educación y socialización del deficiente (Robinson y Robinson, 1976). En la actualidad, la modificación de conducta engloba una multiplicidad de

programas dirigidos a todos los grados de deficiencia y a prácticamente todo tipo de habilidades susceptibles de entrenamiento. La terapia más eficaz que hoy tenemos para orientar el trabajo psicológico y educativo con los deficientes mentales es, sin duda, la conductual.

Terapia conductual y deficiencia mental

La terapia conductual enfatiza las relaciones funcionales existentes entre la conducta y sus antecedentes y consecuencias ambientales. La asunción básica del enfoque conductual es que la conducta está controlada por los sucesos ambientales que rodean al sujeto. La modificación de conducta pretende rediseñar el ambiente del sujeto para moldear, mantener e incrementar patrones de conducta adaptativa (habilidades académicas, de comunicación, de autoayuda,...), y extinguir o reducir patrones desadaptados (autoagresión, movimientos estereotipados, déficit de atención,...).

La modificación de conducta se basa en el análisis de las interacciones entre la persona y el ambiente, que se expresa por la secuencia Antecedentes-Conducta-Consecuencias. Según que el tipo de consecuencias sea gratificante o

LOS enfoques psicológicos del tratamiento de la deficiencia mental se han modificado en este siglo del mismo modo que la psicología clínica ha cambiado su perspectiva del tratamiento de los problemas psicológicos. La concepción y el tratamiento de la deficiencia mental en la primera mitad del siglo estuvo claramente influenciada por el psicoanálisis. La falta de metodología y técnicas eficaces derivadas del modelo psicoanalítico, provocó que algunos profesionales comenzaran a romper con esa perspectiva e iniciaran un acercamiento al modelo no directivo de Carl Rogers.

El modelo psicodinámico de tratamiento comenzó a ser cuestionado en los años 50 y 60 por el nacimiento del enfoque conductual. La total ausencia de datos que demostraran la eficacia de la orientación psicoanalítica en el tratamiento de los deficientes, así como su nula influencia en desarrollar programas educacionales, descartaba su validez.

Las primeras aplicaciones de la modificación de conducta se dirigieron a los grupos de sujetos con deficiencias más graves. Fueron precisamente aquellos sujetos olvidados o difíciles para los cuales las terapias tradicionales eran menos apropiadas y eficaces. Gradualmente, la terapia conductual comenzó a trabajar con deficientes mentales ligeros y medios, y con sujetos sin ningún déficit. Inicialmente, la base de trabajo consistió en la aplicación de los principios derivados del condicionamiento operante (Análisis Conductual Aplicado). Al mismo tiempo que se incrementaba el trabajo con sujetos no deficientes, deficientes ligeros, o con dificultades de aprendizaje, se inició la preocupación por los procesos de pensamiento interno como objetivo y mecanismo de cambio en los sujetos. De este modo comenzaron a surgir las aplicaciones cognitivas y el enfoque terapéutico cognitivo-conductual en niños (Craighead, 1982).

En España, desafortunadamente, el objetivo prioritario ha sido, y aún lo es, el atender y crear servicios mínimos de asistencia al deficiente, sin cuestionarse seriamente los modelos de trabajo y la viabilidad de los diferentes enfoques psicoeducativos posibles. La preparación inadecuada de los profesionales, la

MIGUEL ANGEL VERDUGO ALONSO

Terapia conductual y cognitiva en la deficiencia mental.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril, 1984. Págs. 9 a 12.

Bibliografía

Azrin, N.H. y Armstrong, P.M. The mini-meal. A method for teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental Retardation*, 1973, 11, 9-13.

Azrin, N.H. y Foxx, R.M. Toilet training the retarded. Illinois: Research Press, 1973.

Becker, W.C., Engelmann, S. y Thomas, D.R. Teaching 2: Cognitive learning and instruction. Chicago: Research Associates, 1975.

Becker, W.C., Engelmann, S., Carnine, D.W., y Rhine, W.R. Direct Instructional Model. En W. Ray Rhine, Making Schools more effective. New York: Academic Press, 1981.

Birnbrauer, J.S. Mental retardation. En H. Leitemberg (Ed.). *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New Jersey: Prentice Hall, 1976.

Craighead, E. A brief clinical history of cognitive-behavior therapy with children. *School Psychology Review*, 1982, 11, 5-13.

Ellis, N.R. *Handbook of mental retardation. Psychological theory and research*. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1979.

Foxx, R.M. y Azrin, N.H. The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1973, 6, 1-14.

Kauffman, J.M. Teaching exceptional children to use cognitive strategies. Foreword. *Exceptional Education Quarterly*, 1980, 1.

Kazdin, A.E. *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno, 1978.

Kazdin, A.E. Current development and research issues in cognitive behavior interventions: A commentary. *School Psychology Review*, 1982, 11, 75-82.

Kozloff, M.A. *El aprendizaje y la conducta en la infancia*. Barcelona: Fontanella, 1980.

no lo sea, y que esas consecuencias sean presentadas o retiradas de la situación, se darán distintos tipos de contingencias o patrones de relación entre los antecedentes, las conductas y las consecuencias. Las distintas contingencias posibles dan lugar a diferentes principios de la terapia conductual: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, extinción y castigo. Los principios de reforzamiento son aquellos que incrementan y mantienen las conductas, mientras que los de castigo son aquellos que las disminuyen o extinguen.

El modelo más influyente de enfocar conceptualmente las intervenciones terapéuticas con deficientes mentales ha sido el propuesto por Lindsley (1964). En este modelo se plantea que no basta con especificar los déficits conductuales, sino que se debe intentar determinar cuáles son las variables que controlan funcionalmente la conducta en cuestión. La ecuación conductual propuesta por Lindsley es:

$$R = S_d + S_c + C$$

La respuesta (R) es una función de los estímulos discriminativos (S_d), de los estímulos consecuentes (S_c), y de las relaciones entre los estímulos y respuestas (Contingencias, C). Conociendo las cuatro partes de la ecuación, el terapeuta conductual cuenta con un instrumento para enfocar y evaluar las variables funcionales que determinen la conducta del deficiente mental (Wetherby y Baumeister, 1981).

Programas de modificación de conducta en los deficientes mentales severos y profundos

Previamente a la entrada de la modi-

ficación de conducta en las instituciones, la programación de los centros se dirigía a proveer a los residentes con cuidado físico básico y programas de estimulación general, adoleciendo de programas sistemáticos de entrenamiento. La introducción de la modificación de conducta en las instituciones ha servido como catalizador para modificar la perspectiva asistencial (de custodia) por otra educativa que se centra en el desarrollo del sujeto (Whitman y Scibak, 1979, 1981). En nuestro país, la gran mayoría de instituciones se mantienen en aquella fase previa de orientación asistencial e inexistencia de programas de trabajo, debido en gran parte a la ignorancia profesional de los responsables.

Las metas de la mayoría de los programas de modificación de conducta se ha centrado en incrementar conducta adaptativa de autoayuda (uso del servicio, apariencia externa, higiene oral, autoalimentación...), social, de lenguaje, preacadémica y de habilidades prevocacionales. También se ha centrado en desarrollar repertorios básicos de atención, imitación generalizada y seguimiento de instrucciones. Por otro lado, la terapia conductual se ha dirigido a reducir conductas inapropiadas, tales como la autoestimulación, autoagresión, rabietas, etc.

Dadas las limitaciones de espacio del presente artículo, vamos únicamente a hacer referencia de algunos programas representativos de la vasta experimentación conductual existente. Para lograr una información más detallada se pueden consultar los libros de Ellis (1979), Kozloff (1980), y Matson y McCartney (1981).

Los programas dirigidos a incremen-

tar *habilidades de autoayuda* se han centrado en desarrollar habilidades de uso del servicio, y en la autoalimentación. Siguiendo a McCartney (1981), los *programas de entrenamiento en el uso del servicio* se pueden dividir en dos categorías: 1) procedimientos dirigidos a disminuir conductas inapropiadas en el servicio (accidentes), y 2) procedimientos para incrementar comportamiento apropiado en el servicio (habilidades de vestirse, eliminación apropiada de excrementos,...). Los programas dirigidos a disminuir accidentes han utilizado por lo general técnicas de castigo, aplicando algún suceso aversivo contingentemente a la conducta inapropiada. La reprimenda verbal, el costo de respuesta, el tiempo-fuera y la sobrecorrección han sido las técnicas más usadas. Los programas para incrementar habilidades de uso independiente del servicio se han dirigido a entrenar: a) aproximación al baño y servicio, b) habilidades de vestirse y desvestirse para usar el servicio, y c) realizar apropiadamente las necesidades en el retrete. La mayor parte de los estudios han estudiado el reforzamiento sistemático de conductas apropiadas de eliminación, utilizando la alabanza verbal y reforzadores materiales consumibles. La guía manual y los entrenamientos en cadena hacia adelante y hacia atrás constituyen las técnicas más usadas para incrementar o establecer las habilidades de vestirse y desvestirse. Un programa ejemplar de entrenamiento rápido del uso del servicio por deficientes mentales es el desarrollado por Azrin y Foxx (1973).

Los programas que pretenden *entrenar las habilidades de independencia para comer* se han centrado en la utilización adecuada de los cubiertos. Para ello, se han utilizado los métodos de las instrucciones verbales, guía manual, moldeamiento y restricción física. De las investigaciones realizadas resulta claro que la imitación es un método ineficaz para entrenar estas tareas en deficientes de niveles bajos, mientras que la guía física y el reforzamiento son muy eficaces. Merece subrayarse que los trabajos de O'Brien y Azrin (1972) y Azrin y Armstrong (1973) son relevantes por la rapidez lograda en los entrenamientos, el nivel "adulto" de competencia comiendo de los sujetos, y el buen nivel de mantenimiento y generalización de los resultados.

Las comunes deficiencias en *lenguaje receptivo y expresivo* de los deficientes han dado lugar a gran cantidad de programas que utilizando los principios del condicionamiento operante abarcan desde el establecimiento del lenguaje en sujetos no verbales hasta el desarrollo sintáctico apropiado, pasando por las correcciones articulatorias e interacciones entre el lenguaje receptivo y el expresivo. El programa descrito por Kent, Basil y Del Río (1982) constituye un manual representativo del proceso

Bibliografía

Lahey, B.B. y Strauss, C.C. Some considerations in evaluating the clinical utility of cognitive behavior therapy with children. *School Psychology Review* 1982, 11, 67-74.

Lindsley, D.R. Direct measurement and prosthesis of retarded behavior. *Journal of Education*, 1974, 147, 62-81.

O'Brien, F. Self-Stimulatory behavior. En Matson y J.R. McCartney, *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. New York: Plenum Press, 1981.

O'Leary, K.D. & O'Leary, S.G. Classroom management. The successful use of behavior modification. New York: Pergamon Press, 1977.

McCarty, J.R. y Holden, J.C. Toilet training the retarded. En J.L. Matson y J.R. McCartney, *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. New York: Plenum Press, 1981.

Matson, J.L. y McCarthy, J.L. *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. New York: Plenum Press, 1981.

Meichembaum, D. y Goodman, J. Impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 77, 115-126.

Meichembaum, D. Cognitive behavior

modification with exceptional children: A promise yet unfulfilled. *Exceptional Education Quarterly*, 1980, 1, 83-88.

Meyers, A.W. y Cohen, R. An introduction to cognitive behavioral interventions for classroom and academic behaviors. *School Psychology Review*, 1982, 11, 4.

O'Brien, F. y Azrin, N.H. Developing proper mealtime behaviors of institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 389-399.

Rincover, A., Newson, C.D. y Carr, E.G. Using sensory extinction procedures in the treatment of compulsive like behavior of developmentally disabled children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 695-701.

Thompson, T. y Grawobski, J. (Eds.). *Behavior modification of the mentally retarded*. New York: Oxford University Press, 1972.

Wetherby, B. y Baumeister, A.A. Mental retardation. En S.M. Turner, K.S. Calhoun, y H.E. Adams, *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons, 1981.

Whitman, T.L. y Scibak, J.W. Behavior modification with the severely and profoundly retarded. En N.R. Ellis, *Handbook of mental retardation*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1979.

de entrenamiento del lenguaje con sujetos severamente deficientes. El programa Papel sirve como referencia sistemática para orientar la terapia del lenguaje con alumnos severos y profundos. Por otro lado, el libro recientemente publicado por Coronas (1983) actualiza el análisis teórico conductual del aprendizaje verbal, facilitando al lector de idioma castellano la familiarización con la terminología conductual del lenguaje.

En los deficientes mentales severos y profundos, una de las conductas que más atención ha recibido ha sido la *autoestimulación*. La autoestimulación se ha definido como la conducta estereotipada, repetitiva, que no tiene aparentes efectos funcionales sobre el ambiente externo (Foxy y Azrin, 1973). Se ha pretendido reducir o eliminar estas conductas pues se asume que su ejecución obstaculiza el desarrollo de conductas adaptativas en los sujetos. Últimamente, se distingue que la autoestimulación sólo debe ser tratada cuando se determina que su desaparición o reducción favorecerá un decrecimiento del daño físico en el sujeto, o le permitirá entrenamientos en otras habilidades, o incrementar el reforzamiento del ambiente externo. Cuando no es así, la autoestimulación puede considerarse como una actividad de ocio y fuente de reforzamiento para el sujeto (O'Brien, 1981).

En el tratamiento de la autoestimulación se han empleado gran variedad de técnicas. Inicialmente se utilizó el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) como el juego u otras actividades adaptativas al medio para reducir la conducta autoestimuladora. Posteriormente, los estímulos aversivos, el aislamiento, y el tiempo-fuera se aplicaron. Pero, ha sido la conjunción de programas de reforzamiento positivo junto a la utilización de la sobrecorrección ("técnica de tratamiento para decrecer la conducta, que requiere del sujeto la ejecución de conductas adaptativas como consecuencia de sus actos inapropiados") el tratamiento más eficaz para decrecer gran variedad de respuestas autoestimuladoras en diferentes tipos de sujetos (Whitman y Scibak, 1979). Últimamente, Rincover y otros (1979) han desarrollado el método de la "extinción sensorial" para decrecer la conducta autoestimuladora. Los resultados son prometedores, pero aún se está investigando la generalización de los resultados y su utilización aplicada fuera de la experimentación de "laboratorio".

En esta sección del presente artículo hemos descrito brevemente algunos de los programas de modificación de conducta aplicables con deficientes mentales severos y profundos. Con ello hemos pretendido dar una idea introductoria del variado ámbito de conductas estudiadas, y para las cuales existen métodos eficaces de tratamiento. La terapia conductual tiene todavía largo trecho a



recorrer para superar muchas dudas y problemas metodológicos, así como para refinar y mejorar las técnicas que actualmente se proponen. La modificación de conducta no es una panacea que solucione todos los problemas, pero sí es la mejor alternativa actual para enfocar el tratamiento de la deficiencia mental con severos y profundos. Su gran éxito ha consistido en modificar la concepción de "ineducabilidad" del deficiente severo y profundo que previamente existía. De acuerdo con Matson y McCartney (1981), la medida en que un sujeto deficiente es educable no puede contestarse "a priori", sino que ha de basarse en una cuidadosa evaluación de las respuestas del individuo a la programación educacional que recibe.

Modificación de conducta en los deficientes ligeros

Las aplicaciones de la modificación de conducta a deficientes ligeros se han dirigido a incrementar conductas adaptativas al medio y de aprendizaje académico, así como a eliminar o reducir comportamientos inapropiados que obstaculizan el proceso educativo.

Las investigaciones y estudios realizados se han centrado en mostrar la efectividad de procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado. Se ha demostrado repetidamente la eficacia de la Alabanza y Aprobación, el Modelado, los programas de Economía de Fichas, la Instrucción Programada, el establecimiento de Reglas en el aula, y el Modelado para incrementar conductas académicas y adaptativas (Kazdin, 1978; O'Leary y O'Leary, 1977). Por otro lado, la reducción o extinción de aquellas conductas inadaptadas se ha logrado utilizando el reforzamiento de conductas incompatibles, el tiempo-fuera, el costo de respuesta, la extinción, las reprimendas suaves, y otros (Birnbrauer, 1976; O'Leary y O'Leary, 1977; Wetherby y Baumeister, 1981). Últimamente, la utilización de compañeros como agentes modificadores de la conducta, la perspectiva ecológica-conductual, y las técnicas derivadas de la orientación cognitivo-conductual son algunos de los caminos más representativos por donde se orientan los trabajos aplicados.

La modificación de conducta ha desarrollado también múltiples programas de trabajo para aplicar en centros educativos: de repertorios básicos de conducta, de habilidades académicas, de habilidades sociales que facilitan la adaptación a la comunidad, de eliminación de conductas inadecuadas para el aprendizaje escolar, etc. Dadas las limitaciones del presente trabajo haremos únicamente referencia a los programas académicos.

Los programas conductuales relacionados con las actividades académicas se han dirigido a modificar tres aspectos diferentes del sistema educativo (Galindo y col., 1980): 1) conductas prerrequisito necesarias para lograr un mejor aprendizaje, 2) condiciones que favorecen el aprendizaje, y 3) el papel del medio, los materiales, y la secuencia de actividades en el aula. Todos estos aspectos son importantes, pues hacen referencia al diseño ambiental más apropiado del aula, al sistema motivacional que favorece el aprendizaje, y al análisis de objetivos y estructura de cada conducta académica. Uniendo estos enfoques, el proceso educativo puede rediseñarse en base a presupuestos conductuales.

El programa más completo existente para incrementar significativamente la ejecución académica de alumnos retardados es el conocido como DISTAR ("Sistemas de Instrucción Directa para la Enseñanza y Remedio"). Engelmann desarrolló este programa empleando los principios actuales del aprendizaje y estrategias avanzadas de programación (Becker, Engelmann y Thomas, 1975) para construir lecciones de lectura, aritmética y lenguaje. La premisa básica del Distar es que el fracaso escolar de muchos sujetos se explica por los errores cometidos en la escuela al no enseñar las habilidades de lenguaje necesarias para comenzar el proceso educativo. Por ello, en el programa Distar se especifica en cada entrenamiento las habilidades de entrada necesitadas para poder abordar con éxito nuevas adquisiciones.

El programa Distar engloba distintos programas de lenguaje, lectura y aritmética, dividido cada uno en tres niveles que se corresponden con los tres primeros años escolares. Además de utilizar la teoría empírica conductual

(reforzamiento, control de estímulos, moldeamiento, entrenamiento de discriminación, encadenamiento verbal...), el Distar se basa en un análisis lógico de los conceptos y tareas (a fin de obtener mayor generalización de los entrenamientos), y en un análisis lógico del uso de materiales y apoyos en el aula. Los componentes que caracterizan el programa son: énfasis en los objetivos académicos, inclusión de profesores adicionales en las aulas, uso estructurado del tiempo, implicación activa de los padres, entrenamiento y supervisión cuidadosa, y otros (Becker, Engelmann, Carnine y Rhine, 1981).

El programa Distar es actualmente usado en muchas aulas de educación especial en USA con sujetos retrasados. La conocida investigación "Follow-Through" que comparó intervenciones educativas de larga escala —basadas en orientaciones piagetianas, conductuales, de clase abierta, de desarrollo del niño, etc.— mostró unos resultados significativamente favorables en incrementar la competencia académica e intelectual para el programa Distar frente a todos los demás. Con el Distar, tras tres años de aplicación, la mayor parte de los sujetos alcanzó un nivel normal de competencia según su edad cronológica en las áreas de lenguaje, lectura y escritura.

Terapia cognitivo-conductual con deficientes mentales

Tradicionalmente, los procedimientos de modificación de conducta con niños se han derivado de una concepción operante que subraya un condicionamiento ambiental de la conducta de los sujetos. Este modelo de trabajo se caracterizó por un rechazo al estudio de lo "mental". Sin embargo, los últimos desarrollos reconocieron que el individuo no reacciona pasivamente al ambiente que le rodea, sino que responde activamente al ambiente percibido, y los factores externos afectan a la conducta de los sujetos a través de los procesos cognitivos mediadores. Esos mediadores cognitivos determinan en parte, cuáles estímulos ambientales se seleccionan para atender, cómo son percibidos y comprendidos, y qué influencia tendrán en la conducta (Meyers y Cohen, 1982).

La modificación de conducta ha tratado con éxito los déficits de inteligencia y adaptación social por medio de entrenar directamente las habilidades específicas deficitarias en los sujetos. No obstante, surge la necesidad de lograr cambios de la conducta más amplios, más duraderos, y más generalizables (Meichenbaum, 1980; Kauffman, 1980). Es precisamente ésta búsqueda de un mantenimiento y generalización de los resultados de las intervenciones, la que ha impulsado el desarrollo de investigaciones cognitivo-conductuales con deficientes.

Entre los procedimientos cognitivo-conductuales más conocidos destaca el entrenamiento autoinstruccional de

Meichenbaum. Meichenbaum, influenciado por los trabajos de Vigotsky y Luria, sugirió que muchas conductas voluntarias motoras pueden controlarse verbalmente. Basado en Luria, entrenó con éxito a niños impulsivos a hablarse de sí mismos para desarrollar el autocontrol (Meichenbaum y Goodman, 1971). En la actualidad, el entrenamiento autoinstruccional ha sido evaluado como un procedimiento eficaz para reducir la conducta impulsiva, disminuir la agresión y la hiperactividad, mejorar la ejecución académica y entrenar en competencia social a los niños (Craighead, 1982).

Bajo el rótulo de terapia cognitivo-conductual se engloban no uno, sino varios enfoques de tratamiento que plantean diferentes métodos para enseñar el autocontrol a sujetos hiperactivos y agresivos, para mejorar las relaciones sociales, para incrementar el rendimiento académico, y para controlar el miedo y otras emociones (Lahey y Strauss, 1982). Quizá la característica común a todos estos trabajos es que se centran no en la conducta externa observable, sino en lo que los sujetos "piensan". Y pretenden, entrenar estrategias o habilidades de pensamiento que los niños pueden usar en una amplia variedad de problemas, ubicando los procesos de aprendizaje bajo el control deliberado de los propios sujetos (Kauffman, 1980).

Las nuevas vías abiertas por el enfoque cognitivo prometen modificar en gran parte los tratamientos actualmente usuales. Sin embargo, la aplicación generalizada de la terapia cognitiva en deficientes plantea aún muchas dudas, y su eficacia clínica frente a otros tratamientos no está claramente demostrada (Kauffman, 1980; Kazdin, 1982; Lahey y Strauss, 1982). Muchas de las intervenciones cognitivo-conductuales desarrolladas con niños deficientes se han caracterizado por su ingenuidad y simplicidad al afrontar las complejas reacciones cognitivas de los sujetos (Meichenbaum, 1980). El momento actual de experimentación debe pues ser abordado con precaución, rigor metodológico e investigación comparativa.



Los Servicios de Estimulación Precoz en España

JOSE MARIA GARCIA MARTIN

HACE ya algunos años que se crearon los primeros servicios de Estimulación Precoz en nuestro país con el fin de atender la problemática de los niños con algún tipo de deficiencia. Atravesamos un momento crucial de reorganización de servicios, por lo que es muy oportuno revisar todo lo realizado en este ámbito, para, una vez depurado, proyectarlo hacia el futuro, sin duda prometedor para esta clase de atenciones.

Es preciso comenzar refiriéndonos a qué se entiende por Estimulación Precoz, pues como veremos más adelante, no siempre bajo este título se coincide en cuanto a cuáles son los objetivos que se persiguen, ni cuáles son los métodos, técnicas y profesionales más idóneos. Aquí con estos términos nos referimos a un conjunto integrado de medidas y servicios que buscan atender desde el momento mismo del nacimiento y durante los primeros años de vida las necesidades que presentan los niños afectados de una deficiencia o con alto riesgo de sufrirla como sus padres, y todo con vistas a lograr el máximo desarrollo posible de su personalidad.

Comienzos de la estimulación precoz

Surge este nuevo fenómeno por la confluencia en el tiempo y como una aplicación práctica de movimientos más amplios y de trayectoria más antigua. Dos son los más importantes. Por una parte la relevancia cada vez mayor que se venía dando a los primeros años de vida debido a la demostración científica de su trascendencia en el desarrollo posterior, y que concitó numerosos trabajos en torno a la evolución y desarrollo de los niños pequeños, base científica de muchas de las actuales actividades que lleva a cabo la estimulación. Por otra parte en el ámbito de la salud estaba surgiendo un lento pero progresivo movimiento en favor de las tácticas preventivas frente a las curativas o recuperadoras, como enfoques más eficaces e incluso más rentables.

Para que ambos movimientos pudieran cristalizar como Estimulación Precoz fue necesario que se dieran una serie de circunstancias sociales y eco-

nómicas que actuaron en este caso como catalizadores. Caben destacar la incorporación de la mujer al mundo laboral, que junto a la desaparición de la familia patriarcal, provoca demandas de nuevos servicios, como por ejemplo guarderías para la custodia y cuidado de los hijos. Pero, sobre todo, lo que más posibilitó su creación fue la gran expansión económica de la postguerra, que permitió la financiación de ambiciosos programas de Bienestar Social (Sanidad, Educación, Servicios Sociales...).

Se suele considerar al HEAD START como el primer programa de Est. Pr. Fue aprobado por el Gobierno de los Estados Unidos en 1968 y estaba encuadrado en su "guerra a la pobreza". Con él se ponían en práctica toda una serie de orientaciones derivadas de las investigaciones que H. Skeels y Samuel Kirk, inspiradores directos de dicho programa,

habían llevado a cabo en los años anteriores sobre la "educabilidad de la inteligencia" en los deficientes mentales.

Este origen psicopedagógico dejará su impronta en las siguientes experiencias de modo tal que en líneas generales se puede decir que la Est. Pr. en Estados Unidos tiene un carácter predominantemente educativo.

No ocurre lo mismo en Europa, donde las primeras experiencias surgen por las mismas fechas en el ámbito sanitario, más concretamente en la red hospitalaria y en torno a los Servicios de Pediatría, Rehabilitación y Neurología principalmente, como consecuencia de



JOSE MARIA GARCIA MARTIN

Los servicios de estimulación precoz en España.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril, 1984. Págs. 13 a 17.

Bibliografía

A.— Orígenes

- 1 Ambrose, A. Stimulation in early infancy. N. York. Academic Press, 1970.
- 2 Battle, C. y Ackerman, N.C. Early identification and intervention programs for infants with developmental delay and their families. Illinois. National Eastern Real Society. 1973.
- 3 Allen, K.E. Early Intervention. Baltimore. University Park Press, 1977.
- 4 Fowler, W. Day care and its effects on early development. Toronto. Ontario Institute for Studies in Education, 1978.
- 5 Oversight on Head Start: Lasting effects. Washington. U.S. Gov. Print. Off., 1980.
- 6 Hodges, W. Cooper, M. Head Start and Follow Through: Influences in intellectual development. N. York. Journal of special education vol. 15, 1981.
- 7 Norman E. Ellis y Al. Planeamiento de programas para la Estimulación Precoz de los disminuidos. Buenos

Aires. Ediciones Las Paralelas, 1978.

- 8 Guralnick, M.J. Early intervention and the integration of handicapped and nonhandicapped children. Baltimore. University Park Press, 1979.

B.— Introducción y situación en España.

- 9 Coriat, L. Estimulación Temprana. 5º Congreso Internacional sobre Deficiencia Mental. Montreal, 1972.
- 10 García Etchegoyen, E. Estimulación Precoz: acción preventiva y remedial. B. Instituto Interamericano del niño. Uruguay, 1974.
- 11 García Etchegoyen, E. Importancia de la Estimulación Precoz en el retardado mental. B. Instituto Interamericano del niño. Uruguay, 1970.
- 12 Díaz Arnal, Isabel Acción Precoz educativa y reeducadora. Minusval, Vol. 2, 1975.
- 13 Campos, J. La neurología evolutiva, base para la detección precoz de la subnormalidad. Rev. de Sanidad e Hg. Pública, 1970.





la especialización de dichos servicios y con el apoyo de técnicas e investigaciones predominantemente médicas.

En rigor hay que decir que ya con anterioridad, aunque no bajo esta denominación, se venían atendiendo niños afectados de minusvalía o con problemas en su desarrollo y desde edades más o menos tempranas. Lo que la Est. Pr. aporta de nuevo a la situación anterior y la singulariza es fundamentalmente una visión más completa y globalizada de las necesidades de estos niños, más rigor científico y mayor sistematización en el abordaje de esas necesidades y, sobre todo, constituye un movimiento nuevo de padres y pro-

fesionales que reivindican con fuerza la necesidad de generalizar esta atención a todos los discapacitados desde las primeras etapas de desarrollo, rebajando así el inicio de su tratamiento, que hasta entonces no se comenzaba con carácter general hasta los años de escolarización obligatoria.

Hoy en el panorama internacional, aunque persiste una gran variedad de servicios y los matices locales tienen todavía un gran peso, podemos entrever ciertas tendencias o rasgos comunes: Cada vez más se nuclea el conjunto de acciones bajo un enfoque educativo. Se potencia a la familia como agente primordial de estimulación en detrimento

de los profesionales. Se busca para estos niños enfoques y entornos normalizados, lejos de círculos especiales o segregados. Y se preconiza el uso de los recursos de que ya dispone la comunidad más que la creación de otros nuevos.

Introducción de la estimulación precoz en España

Fue a mediados de los años setenta cuando irrumpe en nuestro país este nuevo movimiento. Actúan de agentes portadores profesionales, psicólogos, pedagogos y médicos principalmente, que trabajan en el ámbito de la deficiencia mental. Tienen una rápida aceptación entre padres de afectados y entre profesionales de distintos campos y pronto adquiere una gran difusión. Se crean un considerable número de centros y servicios, dependientes los menos de organismos públicos y siendo los más de carácter privado, aunque muchos de ellos financiados total o parcialmente con fondos públicos.

Entre los organismos públicos más sensibles y receptivos de esta nueva corriente merece destacarse en primer lugar el actual INSERSO (Instituto de Servicios Sociales), verdadero impulsor de la Estimulación Precoz en España, al principio como financiador de las experiencias ajenas y divulgador de las nuevas técnicas a través de seminarios, jornadas, cursos..., y posteriormente como gestor de servicios propios. También hay que destacar no tanto el INSALUD cuanto determinados servicios hospitalarios, los de Rehabilitación y Pediatría, aunque no con carácter generalizado. En este contexto llama la atención la inhibición en el tema del Ministerio de Educación y en concreto el Instituto Nacional de Educación Especial, absorbido hasta ahora en su organización y en dar servicios sólo a partir de la edad de escolarización obligatoria.

En la actualidad continúa la expansión de estos servicios, pero ha decaído su empuje debido principalmente a la recesión económica, pero también a que se conocen mejor sus potencialidades y límites, y estamos ya lejos de aquella fe ciega que prendió en muchos, quienes vieron en la Estimulación poco menos que una nueva "piedra filosofal". Hoy sabemos de su eficacia, pero también hemos aprendido que sus logros dependen en gran parte de los logros de los grandes sistemas de servicios, de los que forma una mínima parte no autónoma.

Etapas de transición

Después de estos años iniciales de implantación un tanto anárquica de servicios y de tanteo de soluciones técnicas, la Estimulación Precoz atraviesa en estos momentos por una etapa

Bibliografía

- 14 Moya, G. y otros. Detección y prevención precoces de la subnormalidad. R.E.S.I.E., 1970.
- 15 Villa, I. Estimulación Precoz en niños de bajo peso. Arch. Arg. Ped. n° 5-6, 1976.
- 16 Cerrato Costi, R. Estimulación Infantil Precoz. Análisis de un modelo de trabajo y medidas alternativas. B. de Estudios y Documentación del INSERSO n° 10, 1982.
- 17 Escudero, M.; Lucerga, R.M. y Sanz, M.J. Una experiencia de atención precoz con niños ciegos de 0 a 6 años. B. de Estudios y Documentación del INSERSO n° 9.
- 18 Diversas experiencias de Atención Precoz. Actas del Simposium que sobre A.P. organizó el INSERSO en Madrid, Diciembre, 1982.
- 19 Siglo 0: n° 29 (1973); 33 (1974); 39 (1975); 65 (1979).
- C.— Tendencias Actuales
- 20 La incapacitación Infantil: Su prevención y rehabilitación. Informe de Rehabilitación Internacional a la Junta Ejecutiva del UNICEF. Naciones Unidas E/ICEF/ C. 1.410 y C. 1.411. 1980.
- 21 Carta para los años 80. Rehabilitación Internacional. Winnipeg, Canadá 1980. Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO n° 6, 1981.
- 22 García Etchegoyen, E. Nuevas tendencias y responsabilidades de los especialistas en desarrollo infantil que trabajan con niños de alto riesgo biológico y sus familiares. Boletín n° 217 del Instituto Interamericano del niño, 1981.
- 23 García Etchegoyen, E. Educación Especial y Equipos multidisciplinarios. Ponencia presentada en el Seminario Internacional de Educación Especial. Madrid, 1981.
- 24 Falkner, Frank. Prevención en la Infancia de los problemas de salud del futuro adulto. O.M.S. Salud materno-infantil. 1982.
- 25 Hacia un futuro mejor. La Salud materno-infantil. O.M.S. Salud materno-infantil. 1981.
- D.— Manuales y Guías en Castellano
- 26 Cunningham, Cliff y Sloper, Patricia. Estimulación Precoz en casa. Madrid. Col. Rehabilitación INSERSO. 1980.
- 27 Equipo EICS. Guía de Estimulación Precoz para niños ciegos. Madrid. Col. Rehabilitación INSERSO, 1983.
- 28 PROAS. INSERSO. INEE. Estimulación Precoz del niño sordo. Madrid, 1981.



crucial, de las que saldrá o no consolidada y con una u otra orientación.

Esta encrucijada viene determinada por un lado por la actual reestructuración y descentralización de los órganos administrativos responsables de las distintas áreas de servicios: nueva Ley de Sanidad y próxima creación del Servicio Nacional de Salud; Ley de Servicios Sociales, que reestructura este amplio campo, y en Educación, regulación y potenciación de las Escuelas Infantiles, etc., todo ello acompañado de importantes trasposos de competencias y servicios de las Autonomías y Corporaciones Locales. Por otra parte, en cada uno de estos ámbitos están apareciendo nuevas formas de enfocar los problemas y consecuentemente se crean o reciclan servicios. Algunos de estos, centros de promoción de la salud, servicios psico-pedagógicos de apoyo a la educación..., concurren en la misma comunidad, trabajan con colectivos de parecida problemática y hasta llevan a cabo actividades en parte idénticas a las que realizan los servicios de Estimulación Precoz.

Nos encontramos, pues, en una coyuntura en que es oportuno el plantearnos cuales son las señas de identidad de la Estimulación Precoz y cual es su lugar en este nuevo mosaico de servicios que se está diseñando. Los años de experiencia, además, nos permitirán detectar mejor algunos de sus problemas y deficiencias. Poner estos temas a debate es una tarea que quizás contribuya a evitar su generalización o recreación en las nuevas estructuras.

Con esta convicción se apuntan a continuación algunos de los requisitos que deberían darse en el futuro para asegurar la validez y eficacia de estas atenciones, así como los principales obstáculos que en la actualidad se oponen a ellos.

REQUISITOS BASICOS

Marco teórico y encuadre organizativo

La inexistencia de un marco teórico referencial que, basado en la práctica, la trascienda orientando y dando cohe-

rencia a las acciones es, sin duda, una de las lagunas más notorias en este área. Este marco constituiría la base para sistematizar toda la actividad y encuadrarla en planes, al igual que contribuiría a ubicar correctamente este tipo de servicios. Hasta ahora en la oferta de atenciones predominan las respuestas puntuales sin ninguna perspectiva, así como el espontaneismo y la improvisación. La organización y orientación de muchos de estos servicios responden sobre todo a las ya preexistentes en los organismos en que se inserta; u obedecen más a las características de los profesionales que los llevan que a la problemática y necesidades de los posibles beneficiarios.

Es igualmente notorio la falta de planificación y control en el área. No se sabe quien es el responsable de ejercer esas funciones. La inhibición de las autoridades, acompañada de una gran permisividad hacen que surjan centros por doquier de forma espontánea. Su distribución es por tanto muy irregular. Obedeciendo su creación a la capacidad

iniciativa de los profesionales o a la presión de los padres afectados, surgen los centros en las zonas más prósperas del país, siendo difícil encontrar servicios en zonas deprimidas, por ejemplo en zonas rurales o en áreas suburbanas, justamente donde se dan tasas más altas de afectados.

Esta falta de autoridad competente también ha contribuido sin duda a la proliferación incontrolada de gran número de centros, cuyas dotaciones, profesionalidad y métodos distan mucho de unos mínimos indispensables.

Coordinación con otros recursos

Los servicios de Estimulación para el logro de sus objetivos ejecutan actividades que en la actualidad son competencia de tres áreas distintas: Sanidad, Educación y Servicios Sociales. En efecto, cualquier centro de este tipo que pretenda atender las necesidades completas de niños y padres deberá ofertar

Bibliografía

- 29 Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A. y Hilliard, J. Guía Portage de Educación Preescolar. 412 East Slifer Street. Portage, Wisconsin 53901. EE.UU.
- 30 Baker, Brightman y otros. ¿Cómo enseñar a mi hijo? 2 vol. Madrid. Edit. Pablo del Río, 1980.
- 31 Marci J. Hanson. Programa de Intervención Temprana para niños monogólicos. S.I.I.S. INSERSO. San Sebastián. 1980.
- 32 Zulueta, I. Guía de Estimulación Precoz. Madrid. Mepsa 1982.
- 33 Brauner y Brauner. La educación de un niño deficiente mental. 2 vol. Madrid. Edit. Aguilar, 1977.
- 34 González Mas, Rafael. Estimulación sensoriomotriz precoz. S.I.I.S. SEREM. San Sebastián. 1977.
- 35 González Mas, R. Adiestramiento y maduración mental. Barcelona. Edit. Científico-Médica. 1978.
- 36 Sánchez Palacios, C y Cabrera, C. La Estimulación Precoz: Un enfoque práctico. Madrid. Siglo XXI. 1982.
- 37 U.P.E.P. Desarrollo y Estimulación del niño. Eunsa. Pamplona, 1979.
- 38 Dimitriev, V. Hayden, A.H. Inventario de Consulta e información sobre subnormales. Barcelona.
- 39 Ayúdalo en su primer año de vida. Manual de Estimulación Temprana. Caracas. Arte, 1981.
- 40 Programa Regional de Estimulación Temprana. UNICEF. Méjico, 1981.
- 41 Detección Precoz de Deficiencias en la Infancia. O.M.S. Informes EURO nº 30, 1981.
- 42 Guía para la formación en nutrición de los agentes en salud comunitaria. O.M.S. Publicaciones offset nº 59. 1982.
- 43 Guía para el cuidado de los recién nacidos de bajo peso. O.M.S. 1980.
- 44 Integration du jeune enfant handicapé en crèche et en maternelle. C.T.N.E.R.H.I. Paris, 1981.
- 45 Bobath. Actividad postural refleja anormal. Edit. Paramericana, 1973.
- 46 Bobath, B y Bobath, K. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. Edit. Paramericana. B. Aires. 1976.
- 47 Lamote de Grignon, C. Desarrollo del sistema nervioso en el niño subnormal. Orbe Médico. 1969.
- 48 Andre Thomas y S.A. Dargassies. Etudes neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson.



los siguientes servicios:

- de detección
- diagnóstico y orientación
- educación
- tratamientos específicos de rehabilitación
- de salud, médicos y de nutrición
- de entrenamiento, asesoramiento y colaboración a la familia

Esta distinta naturaleza explica por qué la Estimulación ha surgido siempre en torno a estas áreas y se halla, según los países, insertada en la estructura de alguna de ellas.

Cualquiera que sea su ubicación y aún cuando reúna toda esta gama de servicios, lo cierto es que un centro de estas características necesita tener tras de sí a los tres sub-sistemas citados. La coordinación inter-sectorial y también la intra-sector es uno de los condicionantes más importantes de su eficacia.

En el área de la salud un servicio de Estimulación precisa estar conectado con los programas de prevención y participación en programas específicos de detección precoz; requiere trabajar al lado de los servicios de atención primaria de la zona y con buenos cauces de comunicación con los servicios de neonatología, pediatría y rehabilitación, más el apoyo de otros servicios más especializados. En el área educativa precisa de una colaboración y coordinación con los equipos y servicios de pre-escolar y posteriormente los escolares, co-participes los primeros de la atención y continuadores los segundos, pues se ha demostrado que gran parte de los logros se pierden si no hay una continuidad en la atención y una homogeneidad en el enfoque. La necesidad de estar coordinados con los recursos de servicios sociales radica en que se precisa un enfoque social y comunitario para el tratamiento de la problemática de estos niños. Este enfoque es común al de otros recursos que abordan grupos marginales u otros problemas sociales, ya que en su origen tienen causas idénticas y su solución pasa en parte por las mismas medidas.

Ante esta exigencia de coordinación el panorama actual de nuestro país no es nada halagador. Es proverbial la falta de políticas integradas (por ejem. para la infancia) y lo encerradas en sí mismas que actúan las distintas áreas gestoras de servicios, muy celosas además de sus respectivas competencias,

que en ocasiones se identifican como exclusivas de una única profesión, como es el caso de la salud y los médicos. En esta situación resulta difícil no ya la coordinación de las políticas sectoriales, sino a veces el diálogo integrador entre los profesionales de las distintas áreas. Esta especialización junto a la excesiva compartimentación administrativa ha contribuido también a la descoordinación interna entre diferentes servicios de una misma área.

A pesar de esta dificultad la colaboración conjunta entre los recursos de las tres áreas se presenta como la única vía posible para la extensión de la Estimulación. No sólo por razones de eficacia, sino también por razones económicas: en el supuesto que pudieran atender de una manera autónoma todas las necesidades de los afectados, el coste de una red de centros suficiente para atender a toda la demanda excede con mucho las posibilidades de esta nación.

Equipos multi-disciplinares

La mera enumeración de las atenciones que ofrece un servicio de estas características muestra la necesidad de un equipo formado por distintos especialistas, quienes en plan de igualdad atiendan las necesidades de padres e hijos afectados. Es difícil concretar los especialistas, porque estos dependen de la orientación y ubicación del centro. Las disciplinas científicas que aportan más conocimientos son la pedagogía preescolar, la psicología evolutiva y del aprendizaje, la medicina (especialidades de rehabilitación, pediatría y neurología evolutiva) y la sociología.

La experiencia nos dice que este trabajo en equipo ha resultado muy difícil y que en ocasiones comporta ciertos peligros que hay que soslayar.

En no pocas ocasiones los servicios de Estimulación Precoz han constituido un campo de batalla en el que se han dirimido luchas corporativistas entre diversos especialistas de una misma rama (médicos, rehabilitadores, pediatras y neurólogos) o entre profesiones distintas (médicos, psicólogos, pedagogos) y también entre fisioterapeutas, educadores, psicomotricistas, terapeutas ocupacionales..., quienes muchas veces reivindican para sí un papel predominante y en algunos casos hasta

exclusivo, anteponiendo consciente o inconscientemente los intereses profesionales a los intereses de los afectados. Para atender esos intereses de Estimulación Precoz demanda un equipo con aportaciones paritarias de todos sus componentes, de estructura simple, jerarquía mínima, especialización interna reducida por una continua transferencia de información, conocimientos y técnicas y con funciones no compartimentadas de modo que les proporcione una visión más global y finalista de sus acciones.

¿Cuál es el enfoque que debe prevalecer?, ¿la estimulación es un servicio predominantemente médico?, ¿es educación?, ¿es un servicio social especializado? No hay unanimidad al respecto y cada servicio asume uno u otro enfoque dependiendo de dónde está encuadrado. Existe una tendencia a contemplar todas estas acciones bajo el prisma del desarrollo del niño, lo que convierte a la educación en el elemento aglutinador. Así se constata, por ejemplo, en las orientaciones de la UNICEF (1980) sobre la rehabilitación de la incapacidad infantil, donde se lee textualmente "La validez de cualquier intervención respecto de un niño incapacitado debe siempre medirse por el grado en que favorece el desarrollo normal del niño". Existe igualmente un rechazo a contemplar a estos niños como enfermos, por lo que se intenta cada vez más alejarlos de los circuitos sanitarios. E. G. de Etchegoyen (1981) muestra gráficamente esta tendencia al decirnos que "El Centro de Atención ha pasado de la Clínica al Hogar".

Con unos equipos tan cualificados ha resultado difícil soslayar el peligro de servicios muy técnicos, que basan toda la acción en los conocimientos e intervenciones de sus integrantes. Este enfoque ha resultado poco eficaz y hasta contraproducente. Hoy en los programas de Estimulación se enfatiza que sean los propios padres del niño quienes protagonicen la acción. Son ellos los que comparten más tiempo con su hijo, pueden además integrar la Estimulación en las actividades de la vida diaria y el valor que para el desarrollo tienen las interacciones padres-niño-padres es insustituible por un equipo, por muy completo y cualificado que esté. Con esta nueva orientación no es que se disminuya la necesidad e impor-

tancia de los equipos, sino que se les "pone en su lugar" y se reorienta su actividad hacia una labor de apoyo, asesoramiento y complementación de la labor de los padres.

Atención globalizada y enfoque normalizado

La Estimulación Precoz se dirige a un niño, entidad compleja y en continua evolución, actor principal en su desarrollo, que precisa de un ambiente enriquecedor y que vive interactuando en una comunidad determinada.

No siempre se tiene en cuenta esta naturaleza infantil y así ocurre que hay servicios que, condicionados unos por su ubicación o falta de medios y debido en otros casos a una concepción parcial de la problemática o a métodos inapropiados, ofrecen una atención insuficiente, parcelada, yuxtapuesta o segregadora.

La personalidad del niño es compleja, pero única. La sectorización de esa personalidad que se hace artificialmente para facilitar su estudio y tratamiento, ha dado como resultado la aparición de disfunciones en algunos servicios. Una de estas es producto, sin duda, de la proliferación de especialistas por los que pasa un niño, habiéndose llegado al

absurdo de que una nueva técnica da lugar a menudo a la aparición de una nueva profesión. es típico también en algunos centros de atención sectorizada por áreas y secuencializada según pasos preestablecidos. El peligro de esta aparente facilitación del trabajo está en adiestrar al niño más que educarlo; aparte de que un niño de corta edad resiste mal las distintas intervenciones de otros tantos profesionales.

Otra disfunción típica, muy corriente en el área sanitaria y en muchos centros privados, es el tratamiento parcial centrado sobre todo en las discapacidades y haciendo abstracción del sujeto o del ambiente y comunidad en que vive. La primera omisión suele llevar a un tipo de atención caracterizada por ser remedial y no preventiva, tener un enfoque patológico y estar muy tecnicizada, sin tener en cuenta las peculiaridades de cada niño, su espontaneidad y su participación. La segunda omite que el niño es un ser social y que factores sociales estuvieron en el origen de su problemática y factores sociales condicionan su tratamiento. El olvido de esta verdad está condicionando la validez y eficacia de muchas de las acciones con el niño. Para obviar esta laguna están apareciendo servicios que abordan las necesidades de estos niños con una metodología de trabajo comunitario. Se trata de contemplar la problemática individual en coordenadas más amplias:

la infancia y la comunidad en que vive el niño. Sus necesidades aparecen entonces como algo compartido en gran parte por los demás niños de su propia comunidad y no sólo como algo específico de un grupo de ellos.

Este enfoque lucha contra la segregación y patologización de los niños discapacitados al reivindicar que la atención de sus necesidades y problemas se haga a través de los mismos recursos de que dispone la comunidad para la generalidad de sus habitantes y al sostener firmemente que la mejora de su situación pasa por la mejora de la situación de todos los niños y que esa mejora es tarea de toda la comunidad y no sólo de los padres afectados.

Conclusión

Dentro de una política integral para la infancia, se pide la existencia de programas de Estimulación Precoz que atiendan a todos los niños con problemas en su desarrollo. Su gestión correría a cargo de unos servicios que, diseñados desde las necesidades y peculiaridades de estos niños, fueran poco tecnocráticos y estuviesen orientados al apoyo y asesoramiento de padres y demás recursos sociales de la comunidad, con quienes trabajarían en coordinación, nunca supliendo sus funciones sino complementándolas.



5

Adiestramiento y maduración mental. Métodos MAMM

RAFAEL GONZALEZ MAS

DE forma muy simplificada, podemos considerar la *maduración mental* como la capacidad neurofisiológica para lograr la mejor función biológica del sistema nervioso central, muy especialmente referida al más alto rendimiento posible de las Funciones Mentales Superiores (FMS), en tanto que el adiestramiento constituye parte del aprendizaje rentable. Por otra parte, la capa-

cidad *madurativa* es inespecífica y limitada en el tiempo, disminuyendo sus posibilidades de intensificación a partir de la primera infancia. Este hecho determina el que toda acción maduradora de la FMS deberá desarrollarse desde el momento del nacimiento y adecuarla al *soporte* neurofisiológico de cada sujeto, para lo cual deberá efectuarse un detenido examen valorativo de éste. Se

supone que los cambios ocurridos en el SNC durante el proceso de maduración o de aprendizaje son muy similares (eléctricos-metabólicos-químicos) y, en cierto momento, altamente estables e inmodificables, como se ha demostrado en diversas experimentaciones (como las de trasplantes de nervios en ratas o de ojos en anfibios, entre otras muchas). La *comprensión* de los mensajes parece depender de pasos progresivos en la subcodificación química y eléctrica de los impulsos sensoriales, lo cual da lugar a la creación de nuevos portadores materiales y de códigos que activan una nueva serie de fenómenos eléctricos y químicos que afectan a ciertas constelaciones de neuronas especializadas (como indica Rodríguez Delgado). Los sistemas de estimulación *madurativa* (adecuados, específicos, progresivos, individuales) pretenden facilitar estas subcondiciones y su progresión. Las cuales llegan a integrar sistemas autoalimentados. (El logro de estos sistemas ha dado origen a diversas teorías sobre la función del SNC. Así, la que considera a éste como una "red de estructura algebraica", definiendo las conexiones neuronales como enlaces isomorfos de dieciséis funciones de la lógica bivalente de las proposiciones, o combinaciones binarias de una red de BOOLE de valores 0 y 1. Ello supondría en el funcionamiento del SNC la existencia de ideas inmanentes o inherentes al funcionamiento mismo, con naturaleza semejante a aquellas de que se vale el cerebro electrónico, o sea un mecanismo causal isomorfo de implicaciones conscientes que siguen siendo causales.)

Los Métodos de Adiestramiento y Maduración Mental (MAMM) constituyen un intento de proporcionar programas de actividades seriadas, progresivas, interrelacionadas y específicas para el deficiente mental (DM) que le facilite la posibilidad de dinamizar y estimular sus FMS de acuerdo con las posibilidades personales. El desarrollo de tales Métodos fue iniciado por nosotros a partir de 1962(*). En los recién nacidos se aplican programas de estimulación *sensorio-psico-motriz*. En general, los MAMM abarcan un período de utilización que se inicia con el nacimiento del niño DM y concluyen en la adolescencia. En el MAMM-1 dimos una especial importancia a la creación de señales gráficas sobre las cuales se estructuraron una parte importante de las series de trabajo. De estas señales, unas fueron totalmente abstractas (para crear engramas de adiestramiento que no estuvieran mediatizados por experiencias ajenas al aprendizaje, así como para utilizar los componentes ideográficos básicos de cierto valor antropomórfico o geométrico) en tanto que otras señales —la mayoría— se crearon con una clara finalidad significativa. El MAMM-1 está integrado por un conjunto de series de actividad (quince en total), todas las cuales exigen una respuesta motora para su ejecución.

El control de resultados sobre un contingente de varias decenas de miles de DM ha permitido establecer que los MAMM consiguen altas mejorías en ciertas áreas madurativas y adiestradas de las FMS, como son:

- Incremento de las capacidades manipulativas intencionadas en todas sus vertientes.
- Positivo aumento de la motivación para el trabajo.
- Aumento de la atención, perseverancia y resistencia a la fatiga.
- Desarrollo de automatismos útiles.
- Aumento de la memoria gráfica.
- Mayor dominio del control espacial, orientación y selección dimensional.
- Incremento de las respuestas motoras de coordinación y ritmicidad.
- Desarrollo de las capacidades de reconocimiento de señales, activación gestual, identificaciones, comparaciones, grafosimbolización, selección dimensional y cromática, emparejamientos, unificación objeto-acción, análisis de conjuntos, alertación, autorreconocimiento del esquema corporal y valoración significativa.

En el MAMM-2 se ha dado especial interés a las áreas de acción de la *atención-memoria*, *comunicación gráfica*, *estructuraciones simétricas* y *alternativas binarias*. La atención y memoria se han tratado mediante adiestramientos seriados, insistentes, graduados e inespecíficos, para lograr una dinamización de la capacidad de recogida y persistencia de los trazos de información y de los dinteles de alertación o expectación. Los MAMM se caracterizan por suministrar todo un programa de señales cuyo desarrollo adiestra y capacita al sujeto para la obtención de niveles superiores de rendimiento. Para ello, todas las series de actividad son cuidadosamente estudiadas, a la vez que se determina la relación entre todas ellas. Tan sólo un adiestramiento específico capacita a este tipo de sujetos para una percepción adecuada, dado que la gran complejidad y multiplicidad de las señales procedentes del entorno dificultan su captación. Las actividades desarrolladas en estas series de trabajo exigen el ejercicio de ciertas funciones elaborativas, las cuales refuerzan o sirven a la motivación personal, como son la discriminación simple, los apareamientos y reconocimientos audiovisuales, la orientación, los reconocimientos de significados, la estructuración espacial y las diferenciaciones de tamaños. Las actividades a desarrollar se caracterizan por poseer ciertos componentes perceptivos, orientadores espaciales, discriminativos, modulares, significativos, identificadores y estructurales simples, pero eminentemente elaborativos que exigen una intervención más compleja de las FMS.

Más recientemente, hemos incluido en nuestra metodología un programa de construcción gráfica utilizando estructuras simétricas progresivas geométricas abstractas. Las sensorio-percep-

ciones simétricas constituyen elementos de alto valor madurativo de las FMS cuando las mismas se elaboran sin automatización. Gran parte de las adquisiciones para la maduración del esquema corporal, lateralización, orientación espacial, preparación para los códigos, identificaciones estructurales, reconocimientos abstractos y funciones de discriminación se basan en un adecuado adiestramiento de las capacidades para los reconocimientos y empleos de simetría.



Resultados comparativos entre sistemas tradicionales y métodos Mamm aplicados en poblaciones escolares de deficientes mentales

A. *Utilización de sistemas mensurativos clásicos (psicometría).*—Entre las múltiples experiencias desarrolladas —fuera de España— para determinar la rentabilidad madurativa de los MAMM, citaremos dos claramente diferenciadas por haberse desarrollado en comunidades de carácter sociocultural de claras diferencias.

— Experiencia efectuada por el equipo de "Lankhills School" (Winchester - England). Experimentadores: V. Teale, C. Gray y P. F. Jenkins, bajo la supervisión de R. J. Cameron (Departamento de Psicología, Universidad de Southampton, Inglaterra). Se utilizaron dos grupos de niños en edad escolar: sobre uno de ellos se aplicaron los métodos educativos tradicionales y sobre otro —de idénticas características— los sistemas MAMM. Los resultados psicométricos comparativos, fueron los siguientes:

Prueba	Sistemas MAMM (media del grupo)	Sistemas tradicionales (media del grupo)
PROSTIG DTVP		
1. Coordinación ojo-mano	Ganancia de 43% (mejoría máxima: elevación de cinco años tres meses, hasta diez años —máximo que permite la prueba—)	Ganancia de 2%
2. Figure-Ground Discriminación	Ganancia de 32% (mejoría máxima: elevación de cuatro años seis meses a siete años).	Ganancia de 7%
3. Form-Constancy	Ganancia de 29% (mejoría máxima: elevación de cuatro años seis meses a seis años tres meses).	Ganancia de 1%
4. Position in Space	Ganancia de 25% (mejoría máxima: elevación de siete años a ocho años nueve meses).	Ganancia de 8%
5. Spatial Relationships	Ganancia de 33% (mejoría máxima: elevación de seis años a ocho años tres meses).	Ganancia de 1,5%
GUNZBERG (1973) (autoayuda-comunicación-socialización-ocupación)	Ganancia de 45% (las más altas mejorías corresponden a las áreas de socialización y ocupación debido a un incremento de la confianza, mejoría de la autoimagen y una actitud más feliz y positiva ante el trabajo).	Ganancia de 9%
PAC (1963) (temperamento-madurez emocional-actitud ante otras personas-aplicación y uso del lenguaje)	Ganancia de 17%	Ganancia nula
W.I.S.C. digit recall	Ganancia del 20%	Ganancia nula
RAVEN	Ganancia significativa de 21%	Ganancia nula

Junto a las cifras anteriormente citadas, el equipo investigador de "Lankhills School", destacó como ventajas educativas más significativas del Método MAMM, en relación con los sistemas tradicionales, los que a continuación se citan:

1. La progresión estructurada y medida de las actividades garantiza el éxito en todos los casos aplicados en los que esté indicado.

2. La gran extensión del MAMM-1 genera en alumnos y educadores actitudes de gran persistencia para el trabajo, con la satisfacción que supone desarrollar un programa específico durante un dilatado período.

3. Las insistentes repeticiones requeridas por la programación desarrolla sentimientos de familiaridad y confianza en el alumno, a la vez que la amplia variedad de actividades evita el cansancio y monotonía.

4. A través de su multiplicidad y de la exactitud de contenido esta programación logra un uso rentable de las capacidades del alumno, desarrollando y

fortaleciendo sus áreas más débiles, a la vez que no intenta tratar estas de forma aislada, sino integrando un conjunto.

5. A pesar de sus mínimas prescripciones verbales, el MAMM-1 permite una gran variedad de intercambios verbales entre el alumno y educador, lo que

facilita un positivo desarrollo de las relaciones personales.

6. Su facilidad de aplicación permite su empleo por parte de los padres o educadores atareados o con menos tiempo disponible que el exigible para tratamientos clásicos.

— Experiencia efectuada por el Departamento de Psicología —Facultad de Educación— Universidad del Valle, Calif. COLOMBIA. Experimentadores: *Nancy Chavez Rada, Sarah Manrique Zuluaga, Amparo Tafur de Jiménez*. 1981. Prueba efectuada durante tres meses, sobre un grupo experimental de niños con edad media de nueve años, nueve meses. Simultáneamente se efectuó un estudio comparativo sobre otra muestra idéntica de niños que estuvieron recibiendo educación especial por sistemas tradicionales. Los resultados fueron los siguientes:



Bibliografía

RAFAEL GONZALEZ MAS

Adiestramiento y maduración mental. Métodos MAMM.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril, 1984. Págs. 17 a 20.

González Mas, R.: Rehabilitación del deficiente mental. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1970.

González Mas, R.: Sobre un método original de adiestramiento y maduración de las funciones mentales superiores. Rev. Iber. Reha. vol. 1. 1972.

González Mas, R. y Fuente González, M.: Nueva metodología de adiestramiento y maduración de los deficientes mentales. Rehabilitación, 1973.

González Mas, R.: Adiestramiento y maduración mental. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1978.

González Mas, R.: Adiestramiento y maduración mental. 5 volúmenes. Editorial Magisterio Español. 1979.

Fierro, A.: Método de maduración del deficiente mental. Tribuna Médica. 4 de mayo. 1973.

TEST	ALUMNOS SISTEMA MAMM	ALUMNOS SISTEMA CLASICO
LEITER	Ganancia del 18.6%. Mejoría altamente significativa. T = 1 P .02	Ganancia nula Mejoría nula o disminución. T = 33.5 P .02
BENDER	Ganancia del 19.79%. Mejoría altamente significativa. T = 0 P .02	Ganancia del 8.45% Mejoría significativa T = 0 P .02

Junto a los datos numéricos expuestos, el estudio de las muestras escolares estableció las siguientes conclusiones:

1. La aplicación del MAMM en niños DM produjo un incremento en niveles de desarrollo mental superior al logrado con el método tradicional utilizado actualmente en nuestro país.

2. Procesados los datos mediante la técnica estadística no paramétrica de Wilcoxon, se comprobó que el aumento a nivel de CI logrado por los DM del grupo experimental se debió únicamente a los efectos del nuevo método MAMM y no a otras razones.

3. El MAMM es un tratamiento que crea o facilita la organización de circuitos neuronales a través de sus sistemas de estimulación progresiva y repetitiva que suscita la formación de sistemas complejos de estructuras haciendo posible la ampliación de la capacidad de aprender en el DM.

4. El MAMM ha sido diseñado para el tratamiento en forma individualizada de los problemas específicos que se presentan en el DM: Desarrollo intelectual, percepción sensorial, motricidad gruesa y fina, lenguaje.

5. Los métodos tradicionales están diseñados para impartir conocimientos al DM de acuerdo con su grado de limitación en un momento dado, sin proporcionarles los elementos necesarios para producir un incremento de su potencial intelectual.

6. Constituye una necesidad inminente revisar los programas de Educación Especial existentes a la luz del MAMM, a fin de actualizar e integrar un nuevo y eficaz tratamiento que ofrezca un aumento real del potencial intelectual del DM, a nivel de una estructura mental permanente que asegure así su acercamiento a los límites de la normalidad, objetivo primordial en la rehabilitación del DM.

B. Utilización de sistemas mensurativos por grafomaduración (psicografía). Por las dificultades de adecuar los sistemas psicométricos al uso para una "medida" cualitativa de las FMS que permitiera estudiar los rendimientos de cualquier sistema estimulativo-adiestrador de forma global, a la vez que interrelacionada, sobre la función cerebral, desarrollamos un método gráfico (a manera de mapa) que nos permitiera reflejar el nivel madurativo de diversas

áreas de función mental —de forma simultánea e interdependiente— en cada momento de la evolución del DM. Esta metodología valorativa (no numérica) permite una mensuración altamente eficiente de los resultados adiestradores y madurativos de las FMS, obtenidos con cualquier sistema de educación especial.

La figura adjunta, permite una valoración global del rendimiento del MAMM. Las áreas A, B y C corresponden a tres sujetos antes de efectuar las actividades del MAMM-1. Inmediatamente debajo, unidas por una flecha, se observan las áreas obtenidas en los mismos individuos tras un año de actividades adiestrativas y maduradoras con el MAMM-1. La comparación de las mismas posibilita determinar los índices de progresión obtenidos. Las figuras que se muestran constituyen una *media matemática* de tres diferentes grupos de niños con DM (20 casos cada uno) de comunidades humanas geográficamente muy distantes, mostradas cada una como *un sujeto* (sujeto-grupo).

(*) Actualmente, en España, pueden obtenerse los siguientes Módulos: **MAMM-1**, con un amplio utillaje y series gráficas, psicomotrices y auditivas (desarrollado por CCC, San Sebastián); **MAMM-2**, P-A-1, de Adiestramientos Básicos, 3 volúmenes (editado por Científico-Médica, Vía Layetana, 53, Barcelona); "Adiestramiento y Maduración Mental", 5 volúmenes (Magisterio Español, Calle Quevedo, 1, 3º, Madrid-14).



UNO de los aspectos que en la Educación Especial tiene mayor actualidad informativa, que despierta más inquietud en los educadores y, nos atreveríamos a decir, que tiene mayor relieve legislativo (desde 1982 toda la legislación de Educación Especial hace referencia a este tema, y ha sido bastante abundante) es, sin duda, el principio de INTEGRACIÓN.

El primer problema con el que nos enfrentamos en nuestro país, cuando intentamos ver qué hay detrás de este principio, es el hecho de que se confunden los principios de normalización y de integración. El primero, ya defendido por el danés Neils E. Bank-Mikkelsen en 1959 (1), suponía "dar a todos los deficientes lo mismo que se da a los niños considerados normales, una forma de vida, que respetando las características individuales de cada sujeto, se aproximen, lo más posible, a las circunstancias de su grupo social.

Esta sería una base, que de no ser aceptada socialmente, impediría llevar a cabo el principio de Integración, que es un medio para llegar al primero, es decir, al principio de Normalización.

No sólo se identifican los principios de normalización e Integración, sino que se interpreta el primero en el contexto escolar, pretendiendo imponer a los deficientes los mismos patrones educativos que a los restantes sujetos, "integrándolos" en aulas donde se practica una enseñanza colectiva, con independencia de la ratio profesor/alumno.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que en aquellos grupos donde se pretendían llevar programas de integración, hay que considerar las posibilidades educativas de cada alumno de una forma vertical, en la que cada uno alcanzará su propio nivel, ya que todos los alumnos son distintos, y no como tradicionalmente se viene haciendo, de una forma horizontal, donde hay una barrera que todos deben superar, y en la que, indudablemente, el deficiente quedará detrás.

Estas confusiones han sido potenciadas por la ausencia de unos principios teórico-prácticos generales que sirvieran de guía para establecer los programas educativos de integración; así, como la falta de adaptación de los principios teóricos de otros países a nuestras necesidades. Por la falta de conocimientos en estos temas del profesorado, al que no sólo se le debe dar una información legislativa, o en publicaciones esporádicas, sino que necesitan una auténtica formación permanente; queremos dejar muy claro que no consideramos al profesor responsable de esta carencia, sino que es la víctima de un sistema escolar que proporciona escasos medios, y no ofrece estímulos para llevar a cabo cualquier innovación educativa. Y, por último, destacamos como favorecedor de estas confusiones, la ausencia de una línea de inves-

tigación en este campo, donde han existido experiencias que han sido posibles gracias al esfuerzo personal de los profesionales que las han llevado a cabo.

Estas conclusiones son fruto, no sólo de una reflexión sobre el tema, sino de nuestra propia experiencia en la puesta en práctica de programas de integración.

No obstante, además de estas dificultades generales, el primer gran obstáculo con el que tropezamos al intentar establecer un programa de forma práctica, y dentro de los pasos previos como serían el estudio de la zona y sus características, posibilidades de llevarlo a cabo, tiempo de puesta en marcha, factores que lo propiciaban y lo inhibían, etcétera, que destacó, sin duda, en este último punto, es decir, los factores que lo inhibían, el desconocimiento por parte de la comunidad de lo que suponía la integración, y el rechazo consiguiente que esto conllevaba.

Esto nos llevó a la necesidad de elaborar unos principios básicos, antes de implantar un programa de integración, que tuviesen como objetivo principal expresar lo que esto suponía, en un lenguaje común que nos permitiera transmitirlos a la comunidad socio-educativa fácilmente.

Para ello, nuestro trabajo consistió en recoger, además de las bases legales, aquellos principios que más se adecuaban a nuestros propios términos, y poseían una base científica reconocida; utilizamos diversas fuentes y autores, aunque, fundamentalmente, elaboramos las ideas expuestas por Birch (1974) (2), y Mac Millan (3), que adaptamos a nuestro medio y resumimos así:

a) La integración se refiere a la resistencia de alumnos deficientes a clases normales, proporcionándoles la ayuda especial que requieren.

b) Mediante este proceso integrador los profesores suplen y adoptan métodos y contenidos instructivos de forma que todos los alumnos se incorporen a los programas regulares en los niveles adecuados.

c) Las técnicas educativas a utilizar con estos alumnos, han de estar de acuerdo con el principio de normalización, excluyendo, únicamente, aquellos casos extremos en que la severidad del problema haga imposible la integración en el programa ordinario.

d) La integración podrá realizarse en cualquier nivel, desde la etapa preescolar hasta terminar el bachillerato, Formación Profesional y, aún, después en algunos casos. (Como en el de los deficientes sensoriales.)

e) La educación integrada de los alumnos deficientes se encontrará bajo la responsabilidad del educador de la clase ordinaria.

f) Los alumnos de integración deberán permanecer, al menos, la mitad de la jornada escolar en el programa ordinario.

g) En los centros donde exista educación integrada, el profesor de apoyo tendrá un aula o tutoría con adecuadas condiciones físicas y de material, donde acudirán los alumnos especiales, los períodos de tiempo necesarios.

h) El claustro de profesores, en el que estarán integrados tanto los profesores ordinarios como los de apoyo, se pondrá de acuerdo en la distribución del tiempo, y de las tareas para los niños con problemas, según sus necesidades.

i) El profesor de apoyo puede proporcionar ayuda y asesoramiento al profesor ordinario en casos y problemas de niños no incluidos en programas especiales.

(*) Pertenecen respectivamente al Equipo Multiprofesional nº 11 de Parla, y al Equipo Multiprofesional nº 2 - Tetuán.

Principios básicos para un programa de integración

PILAR MUÑOZ DELEITO y LUZ PEREZ SANCHEZ (*)

Bibliografía

PILAR MUÑOZ DELEITO Y LUZ PEREZ SANCHEZ

Principios básicos para un programa de integración.

Revista "Papeles del Colegio. Psicólogos". Madrid. Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 14, abril 1984. Págs. 21 y 22.

- 1 Bank-Mikkelsen, N.E. "A Metropolitan area in Denmark, Copenhagen". R. Kugel-W. Wolfensberger. Chagn Patterns in Residential Services for the mentally retarded. Washington, President's Committee on Mental Retardation. 1959.
- 2 Birch, J.W. Mainstreaming: educable mentally retarded children in regular

classes. Reston. Virginia. Council for Exceptional. Children. 1974.

- 3 Macmillan, D.L. y otros. Mainstreaming the middle retarded. Mental retardation. Vol. 14, nº 1. 1976.
- 4 Beltrán, J. La educación del deficiente. Primer Simposium Nacional de Psicopedagogía de la Excepcionalidad. Universidad Autónoma. Barcelona. 1983.

j) Los alumnos de estos programas deben ser orientados de forma que se evite cualquier "etiquetado".

k) La integración supone, como principio operativo, que los alumnos deficientes que empiezan su educación desde preescolar o ciclo inicial con ayudas especiales, continúan en la enseñanza normalizada, salvo que, evidentemente, sea necesario un cambio, comprobado su fracaso después de varias estrategias instruccionales alternativas y, únicamente, durante los períodos imprescindibles para prepararlos a su reintegración ordinaria, yendo acompañados estos cambios del diagnóstico, programa y seguimiento adecuados.

l) Todos los alumnos de integración, así como los que presenten cualquier tipo de problemática o alteración, previamente a iniciar su proceso integrador o de recuperación, deben ser evaluados por un Equipo Multiprofesional y dada la importancia, que para el éxito de la integración tiene esta valoración, se hará con los siguientes principios (Beltrán, 1983) (4):

— Usando información y seleccionando técnicas de recogida de datos no discriminatorios.

— Centrando el proceso evaluador en la identificación de las discrepancias, entre las discrepancias que el niño posee y las requeridas en la clase. (Con esto se pretende que los profesores y especialistas desmitifiquen la idea del COCIENTE INTELECTUAL.)

— Establecidas estas metas, la inte-

gración se hará desde una perspectiva "ecológica", situando al niño dentro del contexto total de los ambientes en que funciona, el hogar, el grupo de amigos, la comunidad, el colegio, la estructura de la posible clase de integración, etc.; valorando las interrelaciones que existan entre ellos.

— A partir de este momento se establecerá su canalización (centro, clase, nivel...) así como el programa de desarrollo adecuado y el seguimiento durante y después de la reinserción.

m) Del mismo modo que a nivel de la valoración individual, se ha de tener en cuenta el contexto "ecológico" a nivel de organización de un plan de integración. Este se ha de inscribir dentro de la ordenación educativa de la zona, preparando y utilizando los espacios y recursos comunales para las necesidades de todos los alumnos.

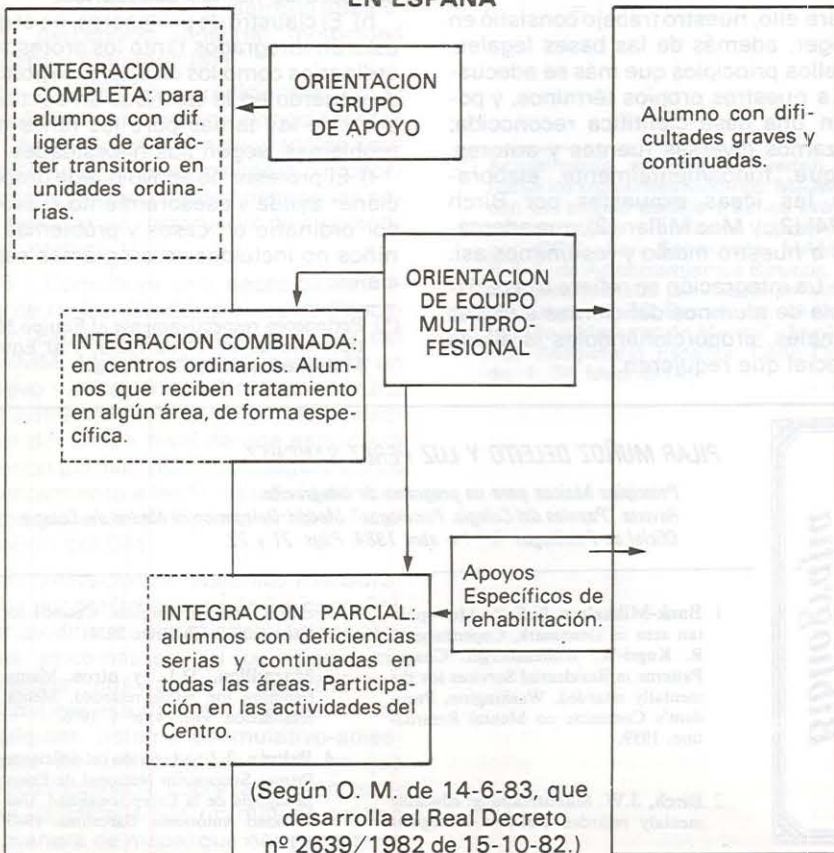
n) Las modalidades de integración en España, para preescolar y Educación General Básica, que se recogen en la Orden Ministerial del 14-5-83, que desarrolla el Real Decreto nº 2639/1982, de 15-10-82, sobre la ordenación de la Educación Especial, publicado en el "B.O.E." el 18-6-83, quedan reflejadas en el gráfico que ofrecemos.

Estos principios que hemos expuesto y que son fruto actualizado de varias elaboraciones y experiencias, junto con el gráfico de las modalidades de integración, son el bloque informativo básico, que creemos que debe conocer una comunidad educativa, antes de establecer en ella los principios integradores.

Centros Ordinarios de Preescolar y EGB

MODALIDADES DE INTEGRACION EN ESPAÑA

Centros Específicos Educación Especial





Estudio sobre Centros de Atención, Educación y empleo de deficientes*

CARLOS CAMARERO

EL presente trabajo, breve resumen del Estudio mencionado en el título, recoge aquellos aspectos más significativos de los estudiados, y cuyos resultados tienen el valor descriptivo de una realidad no suficientemente estudiada, donde su complejidad y las situaciones introducidas por el Sector Público o Privado denotan una gran voluntad de acometer el problema, al tiempo que una falta de coordinación, planificación y eficacia en sus realizaciones.

El objetivo del Estudio fue tener información sobre la realidad de los Centros, su contenido, planteamiento educativo, número de acogidos, etc.; para servir de base a una planificación de los servicios en la futura (entonces) Autonomía de Madrid. Por otro lado, quería servir de primer análisis de una situación que se desconocía en su conjunto para la elaboración de criterios a la hora de adjudicar los fondos públicos, bien por vía del concierto o de la beca individual que se dispensa a las familias que tienen plaza en algún centro.

El estudio se dividió en dos partes bien diferenciadas:

- Informe de los Centros.
- Informe sobre los expedientes de becas.

El primero de los informes recoge el grueso del trabajo y se orienta en torno al análisis de una Encuesta realizada a todos los Centros y de las visitas que se realizaron a una muestra de ellos.

Dicho análisis contrastado, deriva en unas conclusiones, propuestas concretas y una tabla de calificación de Centros donde se recogen datos comparativos entre ellos, utilizando indicadores objetivos.

Los mencionados indicadores deben ser tomados en consideración sólo para su experimentación y comprobación, pues los mismos parten de una hipótesis que el grupo de trabajo diseñó para servir de base a su estudio, pero que en modo alguno se pudo contrastar con la totalidad de los Centros estudiados, por lo cual merecen sólo el tratamiento de indicadores o inductores. Por otro lado, el Informe de Centros contiene un estudio económico sistematizado en torno a los datos aportados por los propios Centros en la Encuesta y en sus Memorias Económicas. Dichos datos son sólo significativos en la medida en que estén

contrastados y tabulados mediante una sistemática contable unificada.

Por último, el informe de los Expedientes de Becas, está diferenciado en dos partes: el análisis de una muestra de expedientes que operan en poder del Servicio correspondiente y que arroja unos datos en sí mismos elocuentes y significativos para intentar remodelar el sistema de adjudicación de las ayudas; y la segunda parte, recoge un análisis legislativo, administrativo, etc., que engloba los aspectos generales y específicos necesarios para un cambio del sistema de adjudicación a la luz de las competencias que se derivan del Estatuto de Autonomía y la necesaria organización que resulte de su aplicación final.

Se hicieron una serie de propuestas de objetivos a cubrir a corto, medio y largo plazo en base a las conclusiones del Estudio.

En la Encuesta se demarcaron de los Centros datos del curso académico 1981-1982 y de los ejercicios económicos de los años 1981 y 1982, así como parte de 1983.

1. Datos de la Encuesta

El cuestionario que se envió a 104 Centros, de los que contestaron en el plazo previsto 72 de ellos, estuvo estructurado en 88 ítems numerados, distribuidos en 12 bloques informativos y una solicitud de documentación en un Anexo aparte.

La variedad de los Centros (su tipología, extensión, modalidad de sus servicios, etc.) y el desconocimiento de su realidad interna del que se partía, obligó a estructurar el cuestionario de manera que cualquier casuística tuviera cabida y donde cualquier modalidad de servicios pudieran tener cobertura informativa.

Por ello se instruyó a los Centros en su cumplimentación mediante instrucciones simples para aquellos ítems estructurados en respuestas cerradas y se rogó concreción para aquellas respuestas abiertas y opináticas.

Se solicitó que el cuestionario fuera rellenado por la Dirección del Centro, y por los servicios técnicos correspondientes ya que se trataba de obtener datos cuantitativos y cualitativos.

1.1. Características físicas de los Centros.

En este bloque se recogían datos de la población donde se ubica, el tipo de construcción y antigüedad del edificio, barreras arquitectónicas que posee, las zonas verdes propias o del entorno, con que cuenta, etc.

1.2. Organización y plantillas.

Naturalmente, en este apartado se recogían datos de la titularidad del Centro, órganos de Gobierno, reglamentación laboral, composición de las plantillas, titulaciones, sueldos, dedicación, dependencia orgánica, etc.

1.3. Beneficiarios.

En este bloque se recogieron datos del régimen del Centro, el sistema de protección, la clasificación de los acogidos según Cociente Intelectual, edad, trastornos específicos predominantes, prestaciones y servicios que dispensaban, etc.

1.4. Dotación material.

Donde se recogieron datos y opiniones sobre la dotación de material para la dispensa de servicios, utilización de los mismos, etc.

1.5. Servicios de atención especializada.

En cuyo apartado se obtuvieron datos relacionados con otros servicios específicos dispensados: diagnóstico psicológico, apoyo y orientación familiar, etc.

1.6. Talleres

Se pretendía conocer aquí aquellos Centros que en sus realizaciones contemplaban la vida adulta de los deficientes, mediante la instrucción en actividades laborales, especialidades que impartían, producción de bienes en el caso de ser talleres de empleo, así como situación laboral de los deficientes.



(*) (El estudio fue realizado por un equipo formado por: Carlos Camarero, César Gilolmo, Virginia Cristóbal, Eva Cebreros, M^a del Carmen Martín, Teresa Pastrana, José L. Dotor y Margarita Martínez. Realizado por encargo y bajo la supervisión del entonces Director del Servicio de Acción Social y Servicios Sociales de la Diputación de Madrid, Dr. Hernández Les. Dicho estudio se finalizó en abril de 1983).



1.7. Metodología.

Recogimos en este apartado los datos relativos al proyecto educativo objetivos psicopedagógicos, horario y reuniones de trabajo del personal técnico y fórmulas empleadas para llevar a cabo el diseño educativo.

1.8. Programación de actividades.

Donde conocimos el tipo de programación que se hacía, material didáctico empleado, sistemas de evaluación de resultados, etc.

1.9. Conexión con la sociedad.

Estudiamos aquí la relación con los padres, la colaboración externa que encontraban, las actividades culturales fuera y dentro del Centro, contactos con el entorno, etc.

1.10. Necesidades.

Aquí se pretendió que los Centros realizaran un esfuerzo por dar a conocer aquellas necesidades más perentorias que observaban para llevar a cabo una labor óptima conforme a los objetivos planeados: niveles de satisfacción, suficiencia de la plantilla, material técnico, etc.

1.11. Integración.

Se recabó en este apartado una definición del Centro frente al problema de la integración como principio general, medidas tomadas para materializar dicha integración del deficiente, opiniones al respecto y experiencias concretas.

1.12. Estudio Económico.

Se recogieron datos de cuantificación económica, presupuestos, balances, sistemas contables, etc.

Además de todo ello se solicitó un soporte documental que recogía: Memoria anual, Estatutos, Ideario, Reglamento de Régimen Interno, Organigrama, etc., para ser contrastado en el estudio y para figurar en el expediente de cada Centro, en la Diputación. Esta recogida de documentos tenía el objetivo de servir de base para la creación de un Registro de Entidades Colaboradoras que, conjuntamente a otros datos de interés figurara como requisito a la hora de solicitar subvenciones, establecer conciertos u otra modalidad de colaboración.

Todo ello en base a unos criterios de sistematización, transparencia, objetivación y rentabilidad social de las acciones subvencionadas, que pretendía introducir el mencionado organismo patrocinador del estudio.

2. Análisis de la Encuesta.

Pasaremos ahora a comentar algunos datos significativos de la Encuesta que tienen valor en sí mismos, para hacer una valoración global de la situación existente en el campo de la atención al deficiente. Nos limitamos a comentar aquellos aspectos más significativos que tienen relevancia indicativa, ya que los 88 ítems están estudiados y comentados a los largo de más de 500 páginas de apretado informe que, obviamente, no pueden reflejarse en este trabajo.

2.1. Aspectos físicos e infraestructura

2.1.1. Ubicación de los Centros

La casuística de los Centros que atienden deficientes mentales en Madrid es tan variada que difícilmente se puede hacer una generalización de ellos. Existen Centros de todo tipo de extensión, características de ubicación, entorno, etc. Por lo general se encuentran dentro de la población o cercanos a ella en un 79% de ellos, siendo sólo un 20% el que se encuentra alejado de la población o aislados.

Este dato en sí mismo no diría nada si no lo relacionamos con los proyectos de integración, relación del Centro con el entorno participación de la población en las actividades del Centro, etc.; y que, como veremos más adelante, no tiene nada que ver el hecho material de la ubicación del Centro dentro de la población con la realización de actividades sociales y de integración.

Existe un dato que conviene resaltar para cercionarse de la falta de planificación, descoordinación e irracionalidad, a veces, en el establecimiento de un Centro.

ZONAS	N.º de Centros	%	Totales
Noroeste	16	26,7	78,4
Nordeste	31	51,7	
Suroeste	5	8,3	21,6
Sureste	8	13,3	
Total centros	60	100	100

Como podemos apreciar, el 78% de los Centros se ubica en la zona Norte de Madrid. Dentro de ella, el 51,7% lo hace en la zona Nordeste, mientras que sólo el 21,7% del total se ubica en la zona Sur.

Gráficamente podemos observar cómo los Centros se distribuyen en torno a unos barrios determinados de la zona norte de Madrid y cómo la zona sur

queda prácticamente sin ellos. No es necesario aclarar que es en esta zona donde se dan los mayores índices de población, falta de servicios, escasez de recursos, etc.

La primera consecuencia que esto tiene es el hecho de que gran número de deficientes mentales empiezan su jornada a primeras horas de la mañana en el autobús escolar. Pero esta no es, obviamente la más importante de todas.

Igualmente ocurre con los Centros en la provincia. Mientras los pueblos cercanos a Madrid de mayor índice de población (Leganés, Getafe, Móstoles) sólo tienen 11 centros, el mismo número de ellos se ubican en los pueblos residenciales de alrededor de la carretera de La Coruña (Aravaca, Pozuelo, Majadahonda, El Plantío).

Es fácil concluir que los Centros se ubican en función de necesidades de los promotores, no de los deficientes que han de atender.

2.1.2. Extensión y características físicas.

Por regla general los Centros son más bien pequeños, la mayoría de hasta 1.000 m². El 40% de ellos tiene menos de 300 m² de extensión y tan sólo el 11% tiene más de 3.000 m². Es decir, los grandes y mastodónticos centros no se prodigan. Pero este dato no es significativo si no lo relacionamos con el número de beneficiarios. Haciéndolo, encontraremos que existen pequeños Centros donde el índice de ocupación es excesivo y grandes Centros donde se acoge igual número que en otros pequeños.

El 58% de los Centros no tiene zona deportiva, y el 40% no posee zona verde o de esparcimiento.

Sólo algunos Centros destacan por el exceso en zonas de este tipo y sólo 8 de ellos cuentan entre sus dotaciones con piscina, en algún caso climatizada, que no se usa por los costos tan elevados que supone el mantenimiento.

Es decir, que una mayoría de Centros no cuentan con espacios de esparcimiento, ni deportivos, ni zonas verdes; donde, por lo tanto, no se realizan actividades deportivas o al aire libre. Esto quedaría paliado con la utilización de la infraestructura existente en el entorno y la integración de los deficientes en las actividades generales de aquella. Pero la realidad es que, donde existe infraestructura, la utilización es mínima; existiendo algunos casos donde no se permite expresamente su utilización a los deficientes.

2.2. Organización y plantillas

2.2.1. Titularidad



Son privados más del 95% de los Centros, de los cuales pertenecen a asociaciones el 46% y a personas físicas el 36%.

El 51,5% son Centros no subvencionados ni concertados con el Ministerio de Educación y Ciencia, y el 45% tienen vinculación con el mismo a través de subvención por aula (el 30,5%), o concierto (15%).

Como dato curioso (y en aras a desmitificar cierto sobreentendido existente en este campo) pertenecen a entidades religiosas sólo el 7,5% de los Centros.

2.2.2. La Organización de los Centros

Es muy igual y no responde a ningún sistema estandarizado de organigrama. Más bien responde a necesidades de la titularidad.

La mitad de ellos menciona la existencia del Consejo de Centros, el cual no necesariamente responde a las exigencias de la Ley de Centros Docentes; sino que las características, composición y funciones concuerda con su órgano rector o directivo al uso.

Lo mismo ocurre con la Junta Económica y el Claustro, ya que este lo poseen el 58% y aquella el 54%.

Buena parte de los Centros (44) no tienen Estatutos o Reglamento de Régimen Interno, y de los que lo tienen, la mayoría no se ajusta a la normativa vigente.

2.2.3. Plantillas

El 56% del personal de los Centros de Atención a Deficientes es personal técnico y el 28,5% personal administrativo y de servicios. En el personal técnico están incluidos los profesionales que tienen trato asiduo con los deficientes.

En muchas ocasiones se tiende a delegar la relación directa al personal de servicio poco cualificado, siendo ésta práctica inadecuada, aunque muy extendida, por abaratar el costo de funcionamiento de los Centros.

En el mismo orden de cosas, se revela la tendencia a considerar poco rentable el trabajo educativo y recuperador con deficientes, por lo que predomina el carácter asistencial del personal.

El personal con titulación superior es el 17,5%, pero reconocida en plantilla sólo el 5,5%, de un total de 1.351 miembros de un conjunto de 63 Centros.

Un dato importante, a la vez que curioso, es el hecho de comprobar que la titulación de la mitad de los titulados superiores es de Psicología.

Los titulados de grado medio suponen un 21% del total, siendo la mayoría maestros, aunque completan el porcentaje los pedagogos y psicólogos que realizan funciones educativas.

Otro buen porcentaje de titulaciones medias lo representa el personal sanitario (ATS, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas).

2.2.4. Relación laboral

En este apartado lo más significativo es el hecho de que no contesta el 61% de los Centros. Con todo, podemos afirmar que el tipo de contrato más extendido es el laboral indefinido y que los funcionarios suponen sólo el 3,5%, lo que está indicando que la implicación del MEC en el sector es muy baja y predomina la contratación privada.

Existen en el Estudio otros datos de interés pero que lo son en función de un análisis más pormenorizado. Tales datos son aquellos que hacen referencia a sueldos, antigüedad, edad del personal, etcétera. En general, se trata de un personal joven, con una dedicación horaria en su mayoría a tiempo completo, y cuyos sueldos oscilan:

SUELDO EN PTAS.	%	TOTAL
Entre 250.000 y 750.000	42,7	69
Entre 751.000 y 1.250.000	26,3	

Todo ello está regulado laboralmente —en su mayoría— por el Convenio Colectivo de ámbito estatal para los Centros de Asistencia y Atención a Deficientes Mentales y Minusválidos Físicos.

2.3. Beneficiarios

El total de beneficiarios es de 6.328 (que supone el 90% contabilizado). El



88% se hallan acogidos a la Seguridad Social y el resto es objeto de prestaciones de Asistencia Social.

La mayoría de los deficientes se encuentran en régimen de media pensión que es la oferta predominante en el sector; aunque un alto número de Centros tiene más de un tipo de régimen de atención.

2.3.1. Cociente Intelectual

Este es uno de los factores en el que coinciden la casi totalidad de los Centros a la hora de agrupar a los deficientes en los distintos grupos de necesidades de aprendizaje y atención; si bien por el estudio de las solicitudes de beca, hemos podido comprobar que sólo un 10% de los diagnósticos los realiza un psicólogo. Este hecho es tanto más alarmante cuanto más nos acercamos a los niveles altos, donde no se trata tanto de adscribir a un C.I., sino de describir los trastornos que padece el deficiente y propiciarle un modelo de aprendizaje acorde con sus necesidades. Por otro lado, es el único dato que han respondido todos los Centros encuestados, lo que nos da idea de que es un sistema comúnmente reconocido y utilizado en la selección y agrupamiento de los deficientes. Por ello, es el único (tomado con el consiguiente recelo) que nos permite comprar Centros entre sí y operar con distintos grados de afectación del conjunto.

El recelo está en función de la escasa garantía que nos ofrece su efectiva realización práctica por profesionales ajenos a la Psicología.



Nivel intelectual	2/5 años		6/17 años		18/30 años		Más de 30 años		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL C.I. superior a 89	82	1,3	1.022	16,1	107	1,7	15	0,2	1.226	19,4
LIMITE C.I. entre 71 y 89	30	0,5	425	6,7	26	0,4	—	—	481	7,6
DEFICIENCIA LIGERA C.I. entre 52 y 70	144	2,3	1.019	16,1	377	5,9	35	0,5	1.575	24,9
DEFICIENCIA MEDIA C.I. entre 36 y 51	187	2,9	836	13,2	509	8,0	88	1,4	1.620	25,6
DEFICIENCIA SEVERA C.I. entre 20 y 35	65	1,0	525	8,3	332	5,2	51	0,8	973	15,4
DEFICIENCIA PROFUNDA C.I. inferior a 20	33	0,5	162	2,6	87	1,4	13	0,2	295	4,7
No determinado	32	0,5	121	1,9	5	0,07	0	0	158	2,5
TOTALES:	573	9,0	4.110	64,9	1.443	22,8	202	3,2	6.328	100

Los datos más significativos están en relación con el porcentaje tan elevado que arroja el conjunto de normales, límites y ligeros que supone el 52% del total. *Esto quiere decir que más de la mitad de la población atendida en los Centros objeto de nuestro estudio se pueden considerar casos progresivamente integrables en Centros de enseñanza ordinarios. Un total de 3.290.* Por otro lado vemos que el conjunto de medios, severos y profundos alcanza el 46% del total.

2.3.2. Edad

Como podemos comprobar en el cuadro anterior, las edades de los acogidos en estos Centros se distribuye de tal forma que el 65% se concentra en la edad escolar de seis a dieciocho años. Los porcentajes disminuyen a medida que aumenta la edad, descendiendo absolutamente a partir de los treinta años.

Este dato nos da idea correcta de que la atención a deficientes se concentra en la edad escolar y que la oferta de plazas de empleo protegido o formación profesional desciende justamente cuan-

do deba ocurrir lo contrario. En este sentido, cada día se hace más acuciante la necesidad de arbitrar una solución global al empleo del deficiente y sobre todo si tenemos en cuenta ese porcentaje tan elevado de casos que en realidad se trata de inadaptados, fracasados escolares etc.; y que mediante una adecuada orientación y formación profesional podría encontrar salidas laborales (acorde con la situación laboral de la población en general) después del período educativo. En este sentido diremos que en muy pocos Centros existen talleres. Entre los que sí existe el mayor número es el de aquellos que no tienen carácter productivo ni formativo, sino tan sólo terapéutico.

Otro dato de interés lo representa el hecho de que entre los dos y cinco años tenemos un 9% de niños en Centros de Educación Especial. Dato este que puede interpretarse de muy diversas formas en función del tipo de atención que se les preste. A esa edad, el Centro puede estar haciendo las funciones de guardería o preescolar. También puede estar dispensando servicios de atención precoz o temprana, en base a las nece-

sidades o deficiencias que presente el niño. En cualquiera de los casos, personalmente pienso que este tipo de atención, y sea cual sea su naturaleza, no tiene por qué ser dispensada en Centros Especiales, sino en las escuelas infantiles ordinarias.

En resumen, podemos observar que mientras parece que ha existido un crecimiento de plazas y servicios en las edades escolares, no ocurre lo mismo en las edades tempranas ni a partir de los dieciocho años, edad que parece marcar, por los datos existentes, "el fin" de la subnormalidad, la deficiencia o la desaparición de simples trastornos de conducta. Y es a propósito de estos datos que cabe hacerse las siguientes preguntas:

—¿Qué ocurre con los deficientes a partir de esa edad?

—¿Existen Centros, instituciones, etcétera, que se hagan cargo de ellos?

—¿Es suficiente la cobertura de servicios existentes en la comunidad para integrar jóvenes deficientes de más de dieciocho años y adultos de más de treinta años?



—¿Se hace un seguimiento de lo que ocurre con ese porcentaje tan elevado de personas con niveles altos de inteligencia en cuanto a su empleo, formación profesional, etc.?

Todas estas preguntas vienen a propósito de la reflexión que se hace quien esto escribe ante el hecho de que parece como si la subnormalidad "desapareciera" cuando termina la edad escolar.

2.3.3. Trastornos atendidos

Es muy difícil la clasificación por la razón indicada anteriormente de la total falta de fiabilidad en los métodos de diagnóstico y clasificación, debido a la total heterogeneidad de los datos aportados en los informes de los especialistas y el solapamiento, en muchos casos, de sintomatologías en función del carácter del estudio y el fin del diagnóstico. Datos psicológicos sólo existen en un 10% de la población estudiada y la clasificación siguiente está elaborada en función de los datos aportados por los mismos Centros, desconociendo la metodología por la cual han llegado a los mismos.

Por otro lado, hay que aclarar que determinadas sintomatologías son comunes a los deficientes; por lo que se hace difícil su taxonomía y, además, se da en muchos casos una multitud de síntomas, varios de ellos dominantes.

Con todo, sirva de relación indicativa la siguiente clasificación:

TRASTORNO PREDOMINANTE	%
Alteración grave del lenguaje oral	15,5
Síndrome de Down	13,5
Afectación motórica grave	12
Perturbación grave de la personalidad y/o conducta	11,5
Alteraciones epilépticas	8
Sordos e hipoacúsicos	4
Autistas	1,5
Ciegos y ampliopes	1
Sin determinar	5,5

A la relación de trastornos sugerida por nosotros, que se elaboró en base a la unificación y operatividad de los términos para no aumentar la confusión, dadas las distintas terminologías existentes (médica, psicológica, social, sintomatológica, de efectos, etc.); se añadió, por su interés, otra relación de denominaciones aportadas libremente por los propios centros. Dicha relación y porcentajes es como sigue:

TRASTORNOS PREDOMINANTES	%
Dificultades leves de aprendizaje y/o conducta	8,75
Oligofrenia	8
Alteraciones o retraso psicomotor	1,75
Encefalopatías	0,90
Espina bífida	0,80
Lesión cerebral	0,30
Sin clasificar	1,75

Para darnos una idea del tipo de agrupamiento que se hizo, citaremos, a título de ejemplo, las respuestas introducidas en "dificultades leves del aprendizaje y/o conducta": dislexias, dislalias, discalculias, retraso madurativo, inadaptaciones escolares, trastornos leves del lenguaje oral, etc.; que aparecían como subclasificaciones de los Centros.

2.4. Servicios de atención especializada

Además de los servicios generales de comedor, transporte escolar y residen-



cia, quisimos conocer específicamente los servicios especializados que se dispensaban. La respuesta fue muy desigual y aunque era de respuesta cerrada (SI/NO) a la relación propuesta por nosotros, advertimos algunas contradicciones significativas con respuestas dadas en otros lugares de la encuesta. A pesar de todo, lo interesante de este apartado es comprobar el número de centros que tiene cada servicio de atención propuesto, sobre un total de 72 centros y una relación de 19 diferentes servicios y un apartado de "otros".

La relación es como sigue:

Servicios	Nº Centros	%
1. Actividades de ocio y tiempo libre	38	52,8
2. Apoyo y orientación familiar	61	84,7
3. Asistencia social	35	48,6
4. Asistencia médica	37	51,4
5. Biblioteca y audiovisuales	25	34,7
6. Diagnóstico médico	31	43,0
7. Diagnóstico psicológico	63	87,5
8. Enfermería y primeros auxilios	31	43,0
9. Escuela infantil (guardería)	5	6,9
10. Estimulación precoz	25	34,7
11. Fisioterapia	22	30,5
12. Formación profesional	18	25,0
13. Logopedia	54	75,0
14. Nivelación cultural y actividades educativas	36	50,0
15. Orientación laboral y ocupacional	33	45,8
16. Psicoterapia de grupo	22	30,5
17. Psicoterapia individual	40	55,5
18. Talleres	23	31,9
19. Terapia ocupacional	30	41,6
20. Otros	13	18,0

2.4.1. Servicio de Diagnóstico Psicológico

Nos interesa destacar algunos de estos datos, por ejemplo el Servicio de Diagnóstico Psicológico que mencionan tenerlo 63 de los 72 Centros, es decir un 87,5% de ellos, siendo el porcentaje más alto de todos. Suponemos que este dato quiere decir que los Centros consideran imprescindible este servicio dado el tipo de beneficiarios, las necesidades clasificatorias que tienen y la distribución de las ayudas existentes en diversos organismos en base al Cociente Intelectual.

Pero, es el caso de que la existencia de Psicólogos en los Centros haciendo labores diagnósticas es mínima, según hemos podido ver en las plantillas, aunque el número de profesionales con esa titulación sea del 50% de la totalidad de los técnicos. Por otro lado, en el otro estudio paralelo, los datos comprobados son que el diagnóstico psicológico es empleado sólo en un 18% de las peticiones de ayudas individuales por parte de los Centros y que de este porcentaje, sólo el 10% de los informes, está firmado por un Psicólogo.

Todo ello nos está dando idea de un problema múltiple que se puede estar produciendo: a) intrusismo; b) adscripción de C.I. en función de la convocatoria de ayudas y del organismo al que va dirigida la petición; c) distribución de los deficientes en función de las necesidades del Centro y no al revés.

En cualquiera de los casos nos da idea del total desprecio por los planteamientos y métodos psicológicos, la ineficacia real de unos instrumentos que han perdido su utilidad por el abuso que se ha hecho de ellos y la necesidad de replantearse el sistema de clasificación de los subnormales en función de una descripción de conductas adecuada a las necesidades y deficiencias que puede presentar, elaborado por un profesional de la Psicología. Esto que pue-

de parecer aquí como una reivindicación corporativa, no lo es si comprobamos que la exigencia de control de estos datos viene determinada, no porque un colectivo profesional lo plantee, sino porque las distintas instituciones que dispensan ayudas, exigen cada día más una clasificación clara, así como eficacia en los instrumentos utilizados para conocer la realidad y extensión del problema, a la hora de planificar soluciones desde las escasas dotaciones económicas existentes.

2.4.2. Servicio de apoyo y orientación familiar

Un 84,7% de los Centros cuentan con este servicio, que, junto al de Diagnóstico psicológico anteriormente estudiado, es de los más citados, en consonancia con una actividad que es capital en un Centro de esta naturaleza: orientar a la familia hacia los distintos tipos de ayuda existentes, las perspectivas educativas del deficiente, etc.

Desconocemos qué características y contenido posee este servicio y qué personal lo dispensa.

2.4.3. Servicio de Logopedia

Otro servicio que cuenta con una gran cobertura es el de Logopedia, con un 75% de los Centros que lo poseen. Sin embargo, son pocos los Centros que cuentan con logopedas entre sus profesionales, ya que existe sólo un 2,1% de estos en el total de las plantillas analizadas y un 3,8% de diplomados en pedagogía terapéutica, entre cuyas disciplinas se encuentra la Logopedia.

Pensamos que en esto, como en el caso del diagnóstico psicológico, es más un deseo que una realidad o, por el contrario, dispensan este servicio personas que no tienen los conocimientos suficientes para ello; o, cuando menos, la titulación requerida.

2.4.4. Otros servicios

Merecerían un comentario aparte los

datos recogidos en torno a servicios como:

- Psicoterapia individual, en un 55% de los Centros.
- Asistencia médica en el 51%.
- Actividades de ocio y tiempo libre en el 53%.
- Nivelación cultural y actividades educativas, en el 50% de los casos.

Cada uno de ellos merece un comentario aparte; pero el primero de los mencionados de Psicoterapia individual nos plantea el mismo tipo de preguntas que en casos anteriores, ¿quién hace la psicoterapia?

La asistencia médica en la mitad de los Centros ¿está suponiendo que se lleva a cabo una integración de la medicina escolar en el ámbito del centro? ¿Se tiene una concepción sanitaria de estos Centros educativos? ¿Se medicaliza también la educación?

En otro orden de cosas tanto las actividades educativas como las de ocio y tiempo libre cuentan sólo (a la hora de ser contabilizados) en la mitad de los Centros, lo cual es un dato en sí mismo tan elocuente que no merecería más comentario si no apareciese en la dotación infraestructural de los Centros el dato de que existen "aulas" en un 82% de los Centros. Todo ello nos está haciendo pensar que el aula se considera como espacio genérico de estancia que tiene la más variopinta utilización o que se considera como tal a la hora de solicitar subvenciones del MEC.

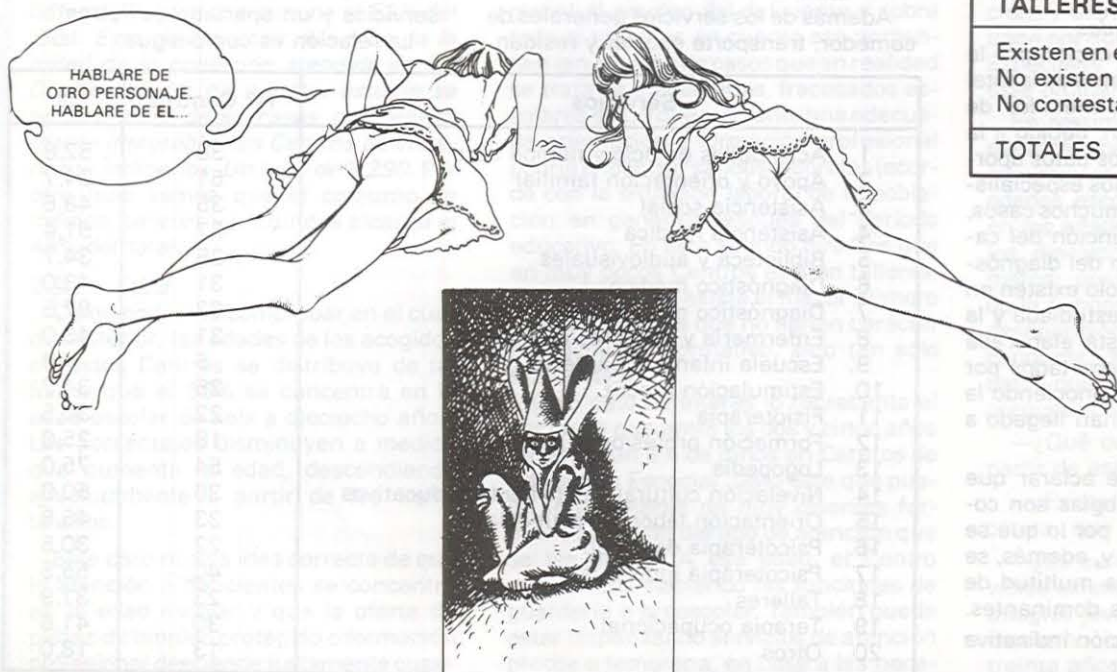
Por otro lado, las actividades de ocio y tiempo libre no se consideran un servicio específico en la mitad de los Centros. No sabemos por qué.

3. Talleres

Anteriormente vimos que la cobertura de servicios para deficientes descendía, haciéndose prácticamente inexistentes a partir de los 30 años.

De los 72 Centros estudiados, obtuvimos los siguientes resultados:

TALLERES	Nº	%
Existen en el Centro	28	39
No existen	37	51,5
No contesta	7	9,5
TOTALES	72	100



De este 39% que afirma tener taller sólo 9 tienen carácter productivo; el resto de los Centros son de carácter formativo y/o terapéutico.

Esos 9 Centros que poseen taller productivo tienen integrados 305 deficientes que en su mayoría perciben una gratificación en función de la producción realizada y que es muy variable.

Las tareas realizadas son: cerámica, costura, manipulado de piezas, perchas, pequeños montajes, etc.

Estos datos esbozan someramente cual es la situación de los deficientes a partir de los 18 años, teniendo en cuenta, además que el 50% de la población estudiada está calificado como límite y/o ligero, incluso como normal con fracaso escolar o problemas de aprendizaje y/o conducta.

4. Integración

Un 60% de los Centros en su declaración de principios, se propone como proyecto educativo la integración social de los deficientes.

La "integración" está extendida como filosofía aunque no todos entendemos lo mismo cuando hablamos de ella.

Además, la integración social del deficiente no se considera como que sea algo que se debe practicar desde la esfera de influencia donde cada Centro se encuentra, sino que se considera que es algo que debe hacerse desde fuera: por el Gobierno, por otros Centros, otros colectivos, etc., pero no con "mis" deficientes.

Por ello es curioso comprobar que las distintas modalidades de integración que se proponen obtienen un respaldo desigual desde la perspectiva del Centro y según a los niveles intelectuales a los que se refiera.

Las "modalidades" de integración siempre la referimos, en este caso, a la integración escolar, ya que hemos visto que la integración social general en los servicios generales es muy baja, bien sea porque no se practica desde los Centros, o bien porque el entorno responde negativamente a ella.

Dichos tipos de integración están referidos a:

- La clase normal.
- Unidades especiales dentro de un colegio normal.
- Clase normal con sesiones de apoyo fuera del aula.

— Apoyo especial tecnológico o de profesorado dentro del aula.

El porcentaje señalado al principio de este epígrafe queda reducido a un 47% de los Centros que afirman estar a favor de la integración en algunas de las cuatro modalidades apuntadas, siendo la tercera la más citada para el grupo de deficientes ligeros y caracteriales y la segunda para los medios.

Con todo, lo que parece percibirse de la controvertida "filosofía de la integración" es que, cada vez se hace más necesario el contemplar en los programas políticos una voluntad clara de cumplir el objetivo de integración con indicadores homogéneos, al tiempo que se crean los servicios sectorizados necesarios para que se de la integración de hecho.

Creo oportuno dejar constancia aquí de que no podemos predicar la integración como filosofía si no va acompañada de una creación de recursos suficientes y de una complementación de las actividades integradoras con equipos psicopedagógicos que canalicen las contradicciones que la mencionada integración puede producir, para solventar los aspectos técnicos y prácticos que la misma genera.

5. Clasificación de los Centros

Se establecieron unos indicadores de calidad de los Centros en función de las siguientes variables.

- Personal.
- Costo por plaza.
- Grado de afección del beneficiario.
- Homogeneidad.
- Relación personal y beneficiarios.
- Índice corrector.

La interrelación de los anteriores indicadores dieron unas puntuaciones que permitieron establecer una "calificación" del Centro que integraba todos los aspectos estudiados con un índice.

La propuesta de calificación numérica era contrastada con la calificación otorgada en cada caso por los investigadores en función de las visitas realizadas a los Centros.

El resultado final fue una calificación de cero a diez establecida en tres bandas:

- De 0 a 4 puntos: inadecuado.
- De 4,1 a 7,5 puntos: suficiente.
- De 7,6 a 10 puntos: bueno.

5.1. Indicadores

Pasemos a ver cuales fueron los indicadores establecidos y el modo como fueron estudiados y cuantificados, así como los criterios que dieron pie a su formulación.

5.1.1. Personal

El objetivo de este indicador era relacionar el número de personal técnico, administrativo y de servicios, según los datos aportados en la Encuesta. En caso de que el personal técnico fuera superior al doble de personal de administración y servicios, la calificación otorgada era positiva y si aquel era inferior, negativa. Otorgando un máximo de 1,5 puntos en base a la dispersión existente.

5.1.2. Costo/plaza

Este indicador pretendía apreciar el costo/plaza en base a dos modelos establecidos previamente. Se halló el volumen total de gastos en cada Centro y se dividió por el número de beneficiarios.

Se hallaron posteriormente los valores-tipo en Centros con media pensión alimenticia, con o sin taller y, finalmente, con Residencia.

La calificación de 2 puntos se obtenía en el óptimo de los casos; si se mantenían dentro de los costos obtenidos como "modelo" o "tipo". Se puntuaba negativamente en el caso de que aquellos superaran a estos.

5.1.3. Grado de afección

Este indicador consideraba la posibilidad de integración de determinados colectivos acogidos en cada Centro, en base a la normativa existente del M² de Educación donde se recomendaba la progresiva integración de deficientes cuyo C.I. fuera superior a 51.

Como vimos en el estudio, el 48% de los acogidos tienen un C.I. superior a ese punto, pero la escasa fiabilidad de estos datos nos hizo baremar este indicador con un valor de sólo 0,5 puntos.

5.1.4. Homogeneidad

El objetivo que se marcó este indicador era detectar el nivel de homogeneidad del colectivo de atendidos en cada Centro, según la definición habitual que aportan los C.I.

Este dato se obtuvo de la suma de los dos grupos correlativos más numerosos, hallando el porcentaje que representan con respecto al total de cada Centro. Los distintos porcentajes arrojaron un índice, por encima del cual se puntuaba positivamente, hasta un máximo de 2 puntos.

Se partía de la hipótesis de que no se puede realizar una atención adecuada en cuanto a calidad y cantidad de servicios diversificados, si no existe una homogeneidad mínima suficiente en la capacidad de aprendizaje. Por ello puntuaron negativamente, por obtener porcentajes bajos de homogeneidad, aquellos "centros-saco", donde no hay unos criterios previos de admisión de deficientes.

Obsérvese que estamos atendiendo en todo momento a criterios de calidad de servicios psicopedagógicos, sin entrar a valorar la labor asistencial que pueda realizarse en el Centro.

5.1.5. Relación personal-número de beneficiarios

Indicador que pretendía medir la relación existente entre el número de deficientes acogidos en el Centro y el número de personas dedicadas a su atención, cuidado, formación, educación, etc.

Los índices que nos da la OMS en este caso, como se comprobó en los resultados, son muy diferentes a la realidad de los Centros estudiados.

Por ello, el índice, se obtuvo a partir de los datos obtenidos por nosotros, teniendo en cuenta la realidad existente y la media de la muestra.



5.1.6. *Corrector de baremos/visita*

Este indicador (muy importante) se basaba en establecer una valoración subjetiva de los investigadores en base a la visita girada al Centro.

En la metodología empleada en las visitas, se tuvo en cuenta:

- a) Análisis de los datos aportados por la Encuesta.
- b) Entrevista con Directivos y profesionales.
- c) Metodologías empleadas en la clasificación, diagnóstico y tratamiento de casos.
- d) Conexión con la familia y la sociedad.
- e) Sistemas de financiación.
- f) Grado de satisfacción de los objetivos.
- g) Observación directa sobre distintos aspectos estructurales e infraestructurales.
- h) Actitudes detectadas.

Todo ello hacía obtener a los Centros un máximo de 2 puntos.

5.2. *Tabla de calificación de los Centros*

Se confeccionó una tabla donde se conjugaron todos los indicadores numéricamente, con un resultado final.

6. *Conclusiones*

Se realizó una relación de conclusiones a las que se acompañaban una serie de propuestas de medidas a tomar para mejorar la situación. Estas llevaron aparejadas unos criterios prioritarios de atención que fue objeto de otro trabajo.

En este punto, y para terminar, sólo nos referiremos a las conclusiones.

6.1. *Distribución geográfica de los Centros*

6.1.1. Además de los Centros que se encuentran ubicados en otras provincias que suponen niveles de alejamiento que producen un grado de desarraigo mayor en los deficientes, la distribución de los Centros en la propia capital de Madrid, nos está dando a conocer una realidad no deseada.

6.1.2. La iniciativa privada y la falta de planificación dentro del ámbito de la Educación Especial, ha dado como resultado que la mayoría de los Centros estén ubicados en la zona Nordeste de Madrid, que con la zona Noroeste suman un total del 78%, mientras que las zonas más pobladas del cinturón, sólo cuentan con el 21% de los Centros.

6.1.3. Lo mismo ocurre con la provincia, porque mientras en los pueblos de alrededor de la capital de la zona Sur existen once Centros, el mismo número existe en los pueblos en torno a la Carretera de La Coruña.

6.2. *Aspectos físicos y arquitectónicos*

6.2.1. Existen algunos macrocentros de escasa rentabilidad social, que suponen altos gastos de inversión en su construcción y mantenimiento y su eficacia no puede comprobarse.

6.2.2. Por el contrario, existe un gran porcentaje de Centros de escasas dimensiones, que no reúnen condiciones de habilitabilidad o carecen de es-

pacios elementales, con una alta concentración de beneficiarios, que hace que se rentabilicen al máximo pequeños lugares, en detrimento de la calidad de los servicios prestados.

6.2.3. Más de la mitad de los Centros tienen barreras arquitectónicas que imposibilitan una buena integración y, en algunos casos, suponen una variable de selección de los beneficiarios.

6.3. *Organización y aspectos jurídicos*

6.3.1. En una gran mayoría de los Centros estudiados no se lleva a cabo la normativa vigente en materia de organización y participación.

6.3.2. Existe una gran laguna legal en cuanto a que falta de documentación interna en los Centros.

6.4. *Plantillas*

6.4.1. De una buena parte de los Centros se desconocen los datos laborales: función, categorías, sueldo, dedicación, etc., del personal que presta sus servicios en ellos.

6.4.2. Entre los datos obtenidos se advierte una generalidad de salarios bajos.

6.4.3. Existe, entre el personal, un alto porcentaje de personal sanitario.

6.4.4. Existe un elevado porcentaje de personal no cualificado.

6.5. *Beneficiarios*

6.5.1. Existen deficiencias en el sistema de admisión en torno a:

- Edad (el 80% es de edad escolar).
- Domicilio (el 60% tiene que desplazarse).
- Minusvalía (no se cumplen las recomendaciones en materia de integración).
- Diagnóstico (se desconoce en su gran mayoría y está efectuado por profesionales no idóneos).

6.6. *Talleres*

6.6.1. La mayoría de los Centros no tiene planteada la formación profesional y la integración laboral como objetivos.

6.6.2. Sólo el 12% de los Centros tienen talleres productivos, con actividades laborales marginales e inadecuadas al sistema de producción.

6.6.3. La relación laboral de los deficientes no está sometida a ninguna reglamentación.

6.7. *Metodología*

6.7.1. Existe un bajo porcentaje de experiencias de integración en los sistemas ordinarios de educación.

6.7.2. El personal de Centros de Educación Especial está, en general, poco profesionalizado; siendo su actividad, sobre todo, vocacional.

6.7.3. En general, los Centros se conciben como un lugar donde los deficientes pasan unas horas, no importando mucho cómo llenarlas.

6.8. *Conexión con la sociedad*

6.8.1. En general, se realiza una actividad escasa con la comunidad y de conexión con la sociedad marginal y no integrada.

6.8.2. No se realizan experiencias de contactos con la población normal de igual edad.



Dibujos:
Milo Manara

EXPERIENCIAS



El *a fondo* de este número de *Papeles del Colegio*, *Psicólogos* se ha centrado en el tema *psicología y retraso mental*; el siguiente artículo, ofrecido en el marco de nuestra sección de *experiencias*, está integrado en la misma problemática tratada en el *a fondo*; en realidad, complementa lo allí ofrecido.

EDUCACION ESPECIAL EN PARLA: HACIA UNA MAYOR INTEGRACION

María Fernández Viña, Jacinta Herreros Ibáñez, María Luisa López González, Carmen Martínez Serrano, Sonsoles Méndez de Vigo Llorens y Pilar Muñoz Deleito (*)

EN este artículo se da a conocer una experiencia que se está llevando a cabo en Parla de puesta en marcha de aulas de Apoyo en centros públicos de E.G.B., y de mayor utilización de los recursos del Colegio Público de Educación Especial por la Comunidad, como medio de atención al alumno con dificultades, previniendo su posible fracaso escolar y/o desintegración posterior.

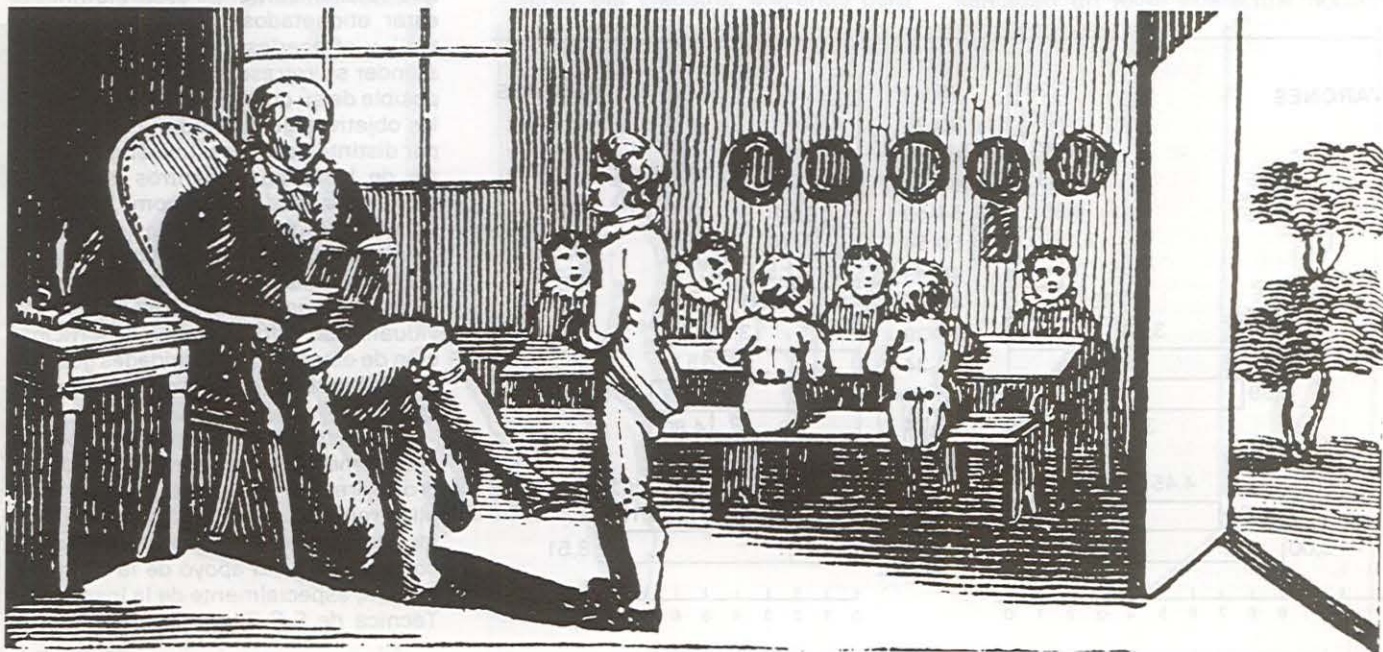
Previo a desarrollar lo que ha sido nuestra experiencia es necesario acla-

rar los términos Educación Especial e Integración, tal y como los hemos utilizado en este Equipo Multiprofesional.

De las dos acepciones más empleadas del término Educación Especial, entendiéndola bien como aquella atención que se da a los alumnos deficientes, en centros o unidades específicas, paralela al sistema ordinario de Educación, o bien como aquella educación individual que, de forma permanente o transitoria tiende a compensar déficits que pueden tener los alumnos en deter-

minados momentos de su proceso educativo, siendo ésta, más que un tipo de Educación marcadamente diferente, marcadamente diferente, programas individuales dentro del sistema ordinario de Educación.

Así, siempre que hablemos de Educación Especial, nos estaremos refiriendo a esta segunda acepción, dado que partimos del principio de integración y consideramos, que es necesario, que el alumno reciba la atención que requiere en su entorno (principio de Sectoriza-





ción), como un servicio ordinario de la Comunidad (principio de Normalización) y con una atención lo más individualizada posible, teniendo en cuenta sus características personales (principio de Enseñanza individualizada).

Descripción del ámbito de trabajo

Tomando como base los principios mencionados, este Equipo comenzó a funcionar en diciembre de 1981, compuesto por dos Asistentes Sociales, dos Pedagógicas y dos Psicólogas (1), ubicado en Parla, aunque con un sector de actuación que incluía otras localidades cercanas.

Parla, municipio situado a 22 kms. de Madrid, por la carretera de Toledo, pertenece al llamado cinturón industrial de la zona Sur, y cumple todas las características de "ciudad dormitorio".

Su población, de aproximadamente 62.000 habitantes, está compuesta principalmente por inmigrantes con po-

co tiempo de asentamiento, la mayoría mano de obra no cualificada, con el puesto de trabajo fuera del municipio, y con un índice de paro de los más altos de la provincia.

La pirámide de población tiene una doble base, encontrándose el mayor porcentaje entre los habitantes de cero a nueve años y en los de veinte a veintinueve.

En esta población existe un 11,15% de analfabetos totales, un 36,54% con Instrucción Primaria incompleta, el 32,83% ha realizado la Instrucción Primaria o Primera Etapa de E.G.B., el 11,22% ha realizado la Segunda Etapa de E.G.B. o Bachiller Elemental; han realizado Enseñanzas Medias (F.P. - B.U.P. - C.O.U.) un 6,11%; son titulados de Grado Medio el 1,44%, y titulados de Grado Superior el 0,6% de la población (2).

A este bajo nivel socioeconómico y cultural, se une la falta de infraestructura y de recursos locales, tanto en asfaltado, alcantarillado, alumbrado, etcétera, como de recursos asistenciales y preventivos, sanitarios, sociales y educativos. Situación que, poco a poco, se va mejorando.

En concreto, a nivel educativo, en 1981, Parla contaba con doce colegios públicos de E.G.B., tres colegios privados de E.G.B. subvencionados en su totalidad, un centro público de Formación Profesional y un centro público de BUP.

La necesidad de Preescolar a partir de los cinco años estaba prácticamente cubierta dentro de los colegios públicos de E.G.B.; existían numerosas Guarderías, aproximadamente 35, todas ellas privadas, y con una infraestructura muy deficiente.

No había, hasta ese momento, ningún tipo de recurso o servicios culturales o de apoyo a la educación, ni públicos ni privados; a excepción de un centro de educación especial, de carác-

ter comarcal, con capacidad para 300 alumnos y que comenzó a funcionar a mediados del curso 80-81. Así mismo, existían diez unidades de educación especial, dependientes de un sólo colegio, aunque admitiendo alumnado de todos los centros públicos y situadas fuera del recinto escolar en unos bajos comerciales.

Estas unidades funcionaban como un colegio independiente, con su propio claustro de profesores, un A.P.A. legalmente constituido, y un horario, una programación y distribución propia; funcionamiento que no se adecuaba con lo expuesto en la Ley General de Educación de 1970, en su artículo 51, donde habla del establecimiento de unidades de Educación Especial en centros docentes del régimen ordinario.

Atendían a alumnos considerados "deficientes" en su mayoría por sus problemas de aprendizaje y/o de conducta, a los que se había remitido, bien mediante algún estudio psicológico o bien, mediante la opinión del profesor.

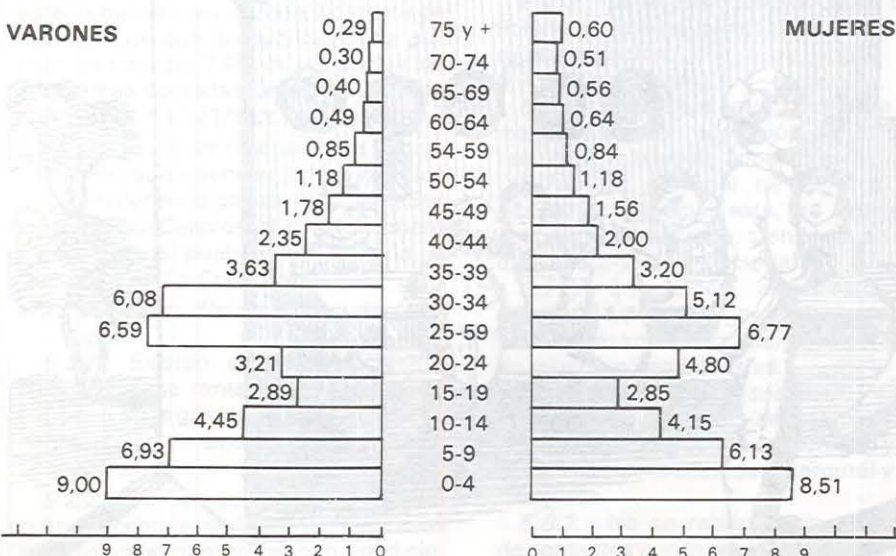
Los alumnos abandonaban las aulas, generalmente, cuando terminaban la edad de escolarización obligatoria, sin que estuviese previsto su posible incorporación, en algún momento, a la E.G.B. reglada. Nos encontrábamos, pues, con unas unidades alejadas totalmente, tanto física como funcionalmente, de la dinámica de los otros colegios, con unos alumnos etiquetados y señalados como deficientes y con un retraso escolar, que a pesar del tiempo transcurrido en las aulas, era muy acusado.

Por lo tanto su situación no se ajustaba a los principios de INTEGRACIÓN, NORMALIZACIÓN y SECTORIZACIÓN.

Primeros objetivos

Con el fin de paliar el rechazo social que estaban sufriendo estos alumnos al estar etiquetados como "medios-tonos", y ofrecerles una alternativa para atender su retraso escolar lo más cerca posible de su domicilio, nos propusimos los objetivos de distribuir las diez aulas por distintos colegios, ubicándolos dentro de los propios centros (sectorización), utilizando el aula como un recurso más del propio centro (normalización), estableciendo las orientaciones individuales para los problemas escolares que presentaban (enseñanza individualizada), y fomentando la participación de éstos en las actividades generales del centro (comienzos de integración).

Para conseguir estos primeros objetivos fue necesario mentalizar a padres y profesores de las ventajas que para ellos reportarían en el desarrollo escolar, social y personal de los alumnos, así como, obtener el apoyo de la Administración, especialmente de la Inspección Técnica de E.G.B. de ésta localidad.



EXPERIENCIAS

Una experiencia diferente

Paralelamente, en un colegio de C.P. Pablo Picasso, y por propia iniciativa de los profesores, comenzó la experiencia de utilizar el aula de educación especial que les había correspondido en la distribución, como un recurso que los alumnos podían utilizar unas horas determinadas a la semana, en grupos reducidos y para intentar superar unos problemas concretos de aprendizaje. Las ventajas que veían con este sistema, es que podían emplear el aula para atender a más alumnos y que estos no se consideraran distintos del resto de sus compañeros por acudir a ella. Este planteamiento surgió a raíz de comprobar que los alumnos que llegaron con el aula de educación especial, no tenían unos problemas muy diferentes que otros alumnos de su propio centro; así mismo, esos alumnos se podían integrar sin mayores dificultades en los cursos ordinarios del colegio.

Esta experiencia desarrollada durante el curso 82-83 obtuvo unos resultados bastante positivos, dado que atendía a un número mayor de alumnos, que estos ya no eran alumnos del aula, sino que pertenecían a sus respectivos cursos, necesitando enseñanza con programas individuales a tiempo parcial, que el aula estaba considerada como una más del centro, integrada totalmente dentro del organigrama escolar y que se aprovecharon al máximo los recursos humanos y materiales existentes en el colegio. (3)

Hacia una mayor integración

Esta nueva forma de utilizar las aulas de Educación Especial, se fue difundiendo en la comunidad (alumnos, padres, profesores, autoridades locales,

administración, etc.) y progresivamente fue siendo asimilada.

El Equipo Multiprofesional, ante los resultados favorables obtenidos en esta nueva experiencia, en el C.P. Pablo Picasso, y la buena actitud de la Comunidad, vió factible el potenciar que existieran, al menos un aula de Apoyo (denominación establecida para este tipo de aula) en cada uno de los Colegios Públicos de E.G.B. en Parla, para atender a sus alumnos con problemas de aprendizaje y para conseguir unos mayores niveles de integración de aquellos que ya estaban en las aulas de Educación Especial.

Este propósito se alcanzó en parte y así, al comenzar el curso 83-84, de los dieciocho colegios públicos que existen actualmente en Parla, catorce cuentan con Aulas de Apoyo, siendo éstas en su totalidad veintiuna (incluyendo las diez de Educación Especial, anteriores).

Los objetivos que persiguió el Equipo con la puesta en marcha de estas aulas fueron recuperar el mayor número de alumnos con problemas de aprendizaje en el menor tiempo posible y evitar la desadaptación que se produce en el alumno, tanto por el retraso que le ocasiona su problema, como por la posible atención de éste en un aula de Educación Especial fuera de la dinámica del Colegio.

El aula de apoyo es una más del centro, donde acude el niño con problemas de aprendizaje varias horas a la semana, de forma diaria o alterna, en función de las características personales.

Los requisitos que debe tener el aula para favorecer su funcionamiento y conseguir estos objetivos, son:

- Un número de alumnos reducido (no más de 5 a 7 alumnos) por grupo, pudiendo formarse 3 ó 4 grupos por aula.
- Una coordinación de todos los profesores del claustro; eligiendo para

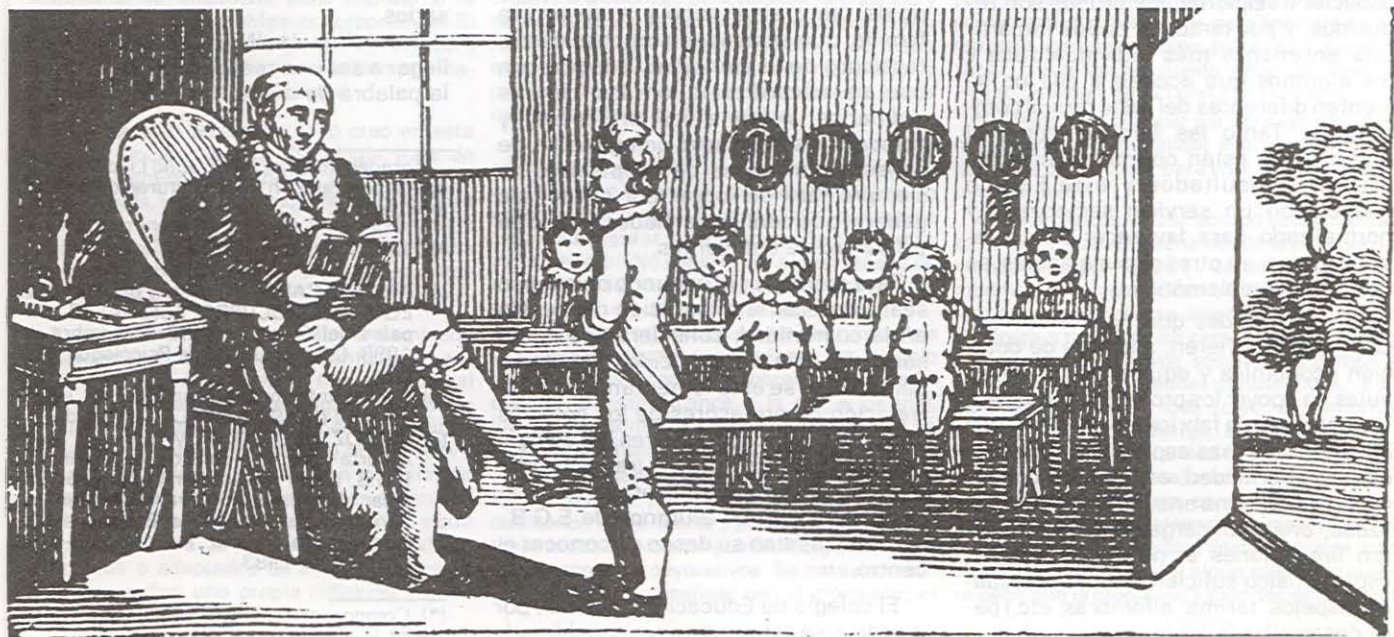
profesor del aula a aquel que tenga más conocimientos en problemas de aprendizaje y esté motivado para la tarea.

Una vez dado los pasos preliminares de explicar el modelo del aula y sus características a cada uno de los colegios que iban a disponer de ellas, nuestro trabajo se centró en su puesta en funcionamiento, siguiendo diferentes estrategias, dependiendo de las características de los centros y de la procedencia de las aulas, debido a que, por un lado, teníamos que transformar en aulas de apoyo las aulas de Educación Especial, y por otro, poner en funcionamiento las nuevas.

En las primeras, es decir, las que teníamos que transformar de aulas de Educación Especial en aulas de Apoyo, y dado que estas contaban con un número de alumnos ya existentes, el primer paso fue intentar integrar estos alumnos en el curso más adecuado, siguiendo los criterios, de nivel intelectual, nivel pedagógico, motivación del alumno y de su familia, actitud del profesor y preparación de los compañeros.

Para ello, se realizó un estudio completo de cada uno de los alumnos, y se elaboraron las orientaciones precisas, tanto para padres como para profesores. Teniendo en cuenta todos los criterios anteriores, se lograron diferentes tipos de integraciones; así, un grupo de alumnos se integraron de forma completa, sin ningún tipo de ayuda fuera de su clase, el mayor porcentaje se integraron con programas combinados necesitando una o dos horas diarias en el aula de apoyo, y otros se integraron de forma parcial, acudiendo un mayor número de horas al aula de apoyo que los anteriores.

Esta labor ha supuesto unas serias dificultades sobre todo, debido a que no era fácil encontrar una solución a unos alumnos que, en muchos casos, presentaban un nivel intelectual normal



EXPERIENCIAS

bajo, con un retraso pedagógico de tres o cuatro cursos, y etiquetados socialmente como deficientes.

A partir de aquí, los pasos que continuaron fueron comunes con los de las aulas de Apoyo de nuevo funcionamiento, consistieron en:

- Recoger información de todos los alumnos detectados por los profesores que, por sus dificultades escolares, necesitaban acudir al Aula de Apoyo.
- Estudio individual, selección y constitución conjuntamente con el profesorado, de los grupos de alumnos que iban a acudir a este aula.
- Información tanto al profesor de Apoyo como del curso, así como a las familias, de las características individuales de cada uno de los niños.
- Establecimiento conjuntamente con el profesor de Apoyo y del curso de los objetivos a conseguir con cada alumno, así como del método de trabajo a utilizar para ello.
- De todos estos alumnos, sujeto de integración, se realiza un seguimiento periódico de su evolución, para comprobar su situación y, en su caso, modificar las orientaciones.

El número de alumnos que como media atiende el Aula de Apoyo es de unos veinte a veinticinco, variando la cifra, dependiendo de las entradas y salidas que se producen.

Desde el inicio de nuestra experiencia con las aulas de Apoyo (curso 83-84) hasta el momento, los aspectos positivos que hemos encontrado en éstos son muy semejantes a los que en teoría esperábamos, el aula les está sirviendo a los centros para recuperar alumnos con problemas de aprendizaje de etiología diversa (absentismo escolar, inadecuados métodos de enseñanza, problemas afectivos, falta de estimulación socio-cultural y problemas intelectuales leves), atiende a un mayor número de alumnos que un aula de educación especial tradicional, los grupos son reducidos, y por tanto, se puede impartir una enseñanza más individualizada y los alumnos que acuden a ella no se sienten diferentes del resto de sus compañeros. Tanto las familias como el profesorado, están optimistas ante los primeros resultados y éste Equipo cuenta con un servicio sectorizado y normalizado para favorecer una integración que, en otras circunstancias, se haría más problemática.

Las dificultades que nos hemos encontrado se refieren, a la falta de dotación económica y equipamiento de las aulas de apoyo; los profesores se ven en la necesidad de fabricarse ellos mismos el material (fichas específicas, material de psicomotricidad, etc.) lo que conlleva, al ser ésta una enseñanza individualizada, una gran carga de trabajo. Existen limitaciones al no contar con un espacio físico suficientemente adecuado (espejos, tarima, alfombras, etc.) para desarrollar la labor.

Problemas debido también, a una falta de previsión en las construcciones escolares, puesto que se siguen sin salvar las barreras arquitectónicas que dificultan la asistencia a un centro ordinario de deficientes motóricos y sensoriales.

Al ser necesario, para el buen funcionamiento de las Aulas de Apoyo la total coordinación y trabajo en equipo de los profesores del claustro y estar éstos, tradicionalmente, acostumbrados a una labor más individual, siguen surgiendo ciertas dificultades, en determinados momentos, como en la constitución de los grupos de alumnos que acuden al aula de apoyo, en la programación, etc.

Debido a que el aula de Apoyo ofrece la posibilidad de atender alumnos con programas de integración combinada y parcial, esto nos ha supuesto una traba en la organización de los grupos, por necesitar algunos niños más tiempo de asistencia que otros.

La integración más difícil

Cuando nuestra labor está relacionada con el Colegio de E.E., C.P. María Montessori, resulta más problemática al tener este centro, como específico de Educación Especial, una connotación negativa.

Por ello, nuestros objetivos principales se centraron en favorecer la integración de sus alumnos con posibilidades de seguir la enseñanza en centros ordinarios, y favorecer la integración social del centro, como un recurso normalizado de la comunidad.

Para conseguir el primer objetivo y contando con que los centros ordinarios disponían de mayores recursos que facilitaban la integración de éstos alumnos (las aulas de Apoyo) se realizó una labor de información mentalizadora dirigida tanto al alumno y a su propia familia, que estaban, en muchos casos, recelosos de la atención y acogida con que se encontrarían en los centros ordinarios, como a los profesores y compañeros del nuevo colegio a fin de conseguir un clima de aceptación, no siempre fácil de lograr por el rechazo general que conlleva el haber estado en un centro de deficientes.

Para conseguir el segundo objetivo, o sea, favorecer la integración del centro en la comunidad, consideramos necesario que éste sea conocido y aceptado; para lo cual se está fomentando la interrelación de profesores de los colegios de E.G.B. con los profesores del colegio de Educación Especial, a través fundamentalmente de los casos de integración, así como, de alumnos de E.G.B., que manifiestan su deseo de conocer el centro.

El colegio de Educación Especial, por su parte, se esfuerza en ser considerado

como un centro más, tomando parte en todas las actividades locales que se organizan (fiestas, actividades deportivas, culturales, etc.) y ayudando a sus alumnos a conocer y participar en la comunidad a la que pertenecen (a saber comprar en el mercadillo, a utilizar los servicios de Correos, transportes, etc.).

En esta misma línea de integración social del centro, consideramos importante que éste no sea utilizado solamente como centro específico de atención a deficientes, sino que el resto de la comunidad pueda beneficiarse de sus servicios e instalaciones; es decir, convertirse en un centro de usos múltiples o en un centro de recursos.

Para ello, y como primer paso, el Equipo Multiprofesional apoyó a la dirección del Centro en su idea de utilizar los gabinetes de Logopedia, en horas extraescolares, para atender a alumnos de centros públicos de Parla que presentaran problemas de habla. En este sentido se aprobó por la Dirección Provincial de Educación un proyecto elaborado conjuntamente por la Dirección del C.P. María Montessori, el Ayuntamiento de Parla y éste Equipo Multiprofesional.

Este servicio comenzó a funcionar en el segundo trimestre de este curso, atendiendo actualmente, seis logopedas, en servicios individuales, a veinticuatro niños.

Conclusiones

En definitiva, en Parla lo que hemos intentado conseguir como un primer paso hacia la integración, es lograr no desintegrar a mayor número de niños del sistema escolar y social.

A través de nuestra experiencia hemos constatado que hay que abordar la integración de una forma paulatina y gradual, contando con una concienciación social y un apoyo administrativo y económico que facilite los medios necesarios.

Con ellos la INTEGRACIÓN puede llegar a ser una realidad, dejando de ser la palabra de moda.

Agradecemos, al Dr. D. Julio Lillo Jover, la ayuda prestada en la estructuración de este artículo.

NOTAS:

- (1) ARRANZ CARRILLO, M.L. y otros.— LOS EQUIPOS MULTIPROFESIONALES. Papeles del Colegio, nº 12. Diciembre de 1983. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- (2) Revista informativa Municipal, nº 1 de 6 de Abril de 1983. PARLA —Madrid—.
- (3) MUÑOZ DELEITO, P. y otros.— "Aula Abierta" en los centros escolares de E.G.B. como medio de recuperación escolar. Comunicación presentada en las Jornadas de Orientación Educativa. Celebradas en Madrid, los días 6-7-8 de Octubre de 1983.

(*) Componentes del Equipo Multiprofesional nº 11 - Parla.

En la sección que dedicamos en este número de *Papeles del Colegio, Psicólogos* al ya próximo *Primer Congreso del Colegio* encontraréis además de un artículo de Pablo del Río sobre *psicología, desarrollo humano y calidad de vida* entrevistas con psicólogos catalanes relacionados con la preparación del Congreso en Cataluña.

LOS REYES, PRESIDENCIA DE HONOR

Sus Majestades los Reyes, don Juan Carlos y doña Sofía, han aceptado la Presidencia de Honor de nuestro Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. El Decano del Colegio, Carlos Camarero, recibió carta fechada el pasado 21 de marzo, de la casa de Su Majestad el Rey en la que el Marqués de Mondéjar, el Jefe de la Casa de Su Majestad, así lo confirmaba.

Psicología: desarrollo humano y calidad de vida

Diez puntos para una nueva línea

PABLO DEL RIO

Quizá piense alguno que, como muchos eslóganes, el del Congreso de Colegios de Psicólogos de 1984, no es más que una frase voluntaria de enganche para implicar a la opinión pública en problemas corporativos. Si así fuera no merecería la pena escribir sobre ello: los eslóganes se auto-invalidan por inadecuación y falta de credibilidad.

Pero también podría ser y yo creo en esta segunda opción, que la Psicología trata de abrir un camino más abierto y dialéctico en nuestro país, y que está, no tanto sirviéndose de los términos del eslogan, como trabajando para dotarlos de sentido y aplicabilidad. En esa trayectoria podrían ayudar a situarnos estos diez puntos de reflexión:

1.— La psicología española ha cambiado drásticamente, cualitativa y cuantitativamente en los últimos años a tres niveles: a) productividad teórica e investigación (medible en libros, revistas y publicaciones especializadas aparte de otros indicadores); b) productividad social y aplicada (medible en los miles de puestos de actuación profesional en el servicio público cubiertos los últimos cinco años, y que no se limitan a la aplicación de modelos adoptados o adaptados de otros países sino que desarrollan una propia reflexión y unos

dispositivos también propios de enfoque y actuación; c) productividad científico tecnológica, (más allá de la teórica, explicativa, descriptiva o didáctica), para abordar la creación y puesta a punto de técnicas e instrumentos de intervención (sería ésta más difícil de medir que las anteriores y de desarrollo más precario por falta de medios, pero el incremento no ha dejado también de ser notable).

2.— Este cambio permite otros sucesos: el de realizar una reflexión propia y no importada al cien por cien, sobre los objetivos y el objeto de nuestra Psicología. Digo nuestra porque se trata de asegurar la validez ecológica además de la general. No cabe, en el actual estado de desarrollo de la Psicología, plantearse una profesión y una docencia simplemente "traducidas". Cada vez más los conocimientos sobre el hombre obligan a abandonar un modelo teórico ideal y a construir sobre el terreno, aún cuando la vista alcance a la vez a los más lejanos horizontes. La psicología española ya tiene fuerzas para hacerlo.

3.— Condición necesaria para lograr esa validez teórica y ecológica es la de superar dualismos entre teoría y práctica, excluyendo tanto el academicismo como el corporativismo en sus aspectos peyorativos. Se trata de hacer compatibles el investigar con el intervenir, el

conocimiento con el cambio. U. Bronfenbrenner sostiene que no sólo no son ambos incompatibles, sino que se precisan mutuamente: es preciso cambiar la realidad para conocerla es preciso trabajar sobre ella, para captarla en su realidad evolutiva. Como psicólogos nuestro saber científico no puede dejar de lado la intencionalidad de la conducta humana.

No basta con conocer por conocer sino que necesitamos, para validar ese conocimiento, que sirva para actuar, para vivir, para ser mejor o mejor ser.

4.— Las raíces de esa actitud podrían estar en la constatación hecha desde la biología (la hemos oído por ej. de F. Cerdón) de que las modificaciones genéticas en la herencia humana parecen haberse detenido: La selección biológica a través de los caracteres adquiridos ha cesado por motivos sociales: cuidamos a nuestros ancianos, débiles minusválidos... Eso no quiere decir que toda selección evolutiva haya cesado, sin embargo: ahora seleccionamos la viabilidad y calidad del desarrollo por razones sociales y culturales (renta, creencias, nacionalidad, raza, parentesco, etc.). Hemos detenido una selección gracias al desarrollo cultural y social e iniciamos otra con esas mismas armas. De algún modo eso quiere decir que la propia evolución social niega un

modelo ideal o acabado del hombre y está comprometida implícitamente en su modificación o selección. Malamente la Psicología podría suponer un objeto de conocimiento estable, como la física, cuando su objeto es internacional y esencialmente inestable, y cuando la propia psicología puede y debe ser un instrumento de exploración y actuación esencial para dirigir óptimamente ese cambio. No sólo debemos reconocer pues esa inestabilidad epistemológica, sino tomar parte en ella como ciencia aplicada comprometida.

De algún modo es un viejo problema que vuelve a rebrotar con fuerza en la Psicología actual como demuestra la vitalidad del redescubrimiento de Vygotski por la actual psicología americana. Vygotski subrayó el proceso de "interiorización" del mundo exterior en la evolución biológica e histórica del hombre. Hoy, debemos subrayar también, gracias al enorme poder de la difusión tecnológica, industrial y cultural, el proceso de "exteriorización" de las producciones de nuestra mente en cambios masivos y determinantes en el medio ambiente general. El proceso se cierra.

5.— Por ello la Psicología se compromete cada vez más en modelos teóricos de influencia ecológica e interaccionista. Tanto el hombre como el ambiente no sólo se influyen uno al otro, sino que han acabado siendo ambos fruto de esa interacción. La Psicología no puede ya encerrarse en la mente y dejar el entorno a biólogos y economistas. Y viceversa. Un circuito se ha cerrado entre lo psico-socio-cultural y lo físico-geográfico-económico. La proliferación de grandes mentes interdisciplinarias en los últimos diez, veinte años no es sólo fruto de su propia inquietud y valía. Refleja también este hecho. Es decir su trabajo, su mente "reflejan", en la aceptación vygotskiana, esa interrelación.

6.— Aún sin realizar esta reflexión siempre y globalmente de un modo explícito, la propia estructura y organización interior en la psicología, también responde a ella. No hace toda vía mucho, en el principio de nuestra profesión, contábamos con una psicología científica que trataba de conocer al hombre, la mente humana y animal, y, muy a otro extremo, una psicología aplicada cuyo marco cultural y social venía impuesto por la demanda económico-laboral y que haría aflorar la Psicología Industrial, la Psicología Escolar, la Psicología Clínica, la Psicología penal, la Psicología del consumidor, etc.

Ahora, tanto desde la Psicología Científica como desde la intervención, se da una reflexión-instrumentación-intervención para ver la realidad a que se aplica la psicología como efecto o manifestación, al tiempo que causa, (causalidad recíproca) de las estructuras y procesos esenciales de la mente humana. Dicho de otro modo: se ve al sujeto en evolución como una construcción en el medio socio-cultural humano en sus diversas manifestaciones, de modo que no pueden aislarse los procesos esenciales de aquellas áreas de realidad en las que se forjan y manifiestan. Y viceversa: no puede hacerse una psicología aplicada que se inhiba del desarrollo humano esencial.

7.— En la práctica eso supone una globalización de las áreas antes un tanto mosaicas de actuación de la psicología: la escuela, el hospital, la fábrica, el penal, etc. Ahora la psicología de la educación no se solapa con la escuela sino que se ocupa de todo el proceso de

construcción y desarrollo personal: la construcción social de la psique humana no es otra cosa que educación ya sea formal (escuela) o informal (familia, barrio, cultura de masas). La psicología clínica no es ya el estudio y tratamiento de patologías sino la comprensión y optimización de los procesos adaptativos y mejorativos del organismo-mente individual y social y se habla más de salud que de enfermedad. La psicología de la actividad productiva (trabajo) y de sus implicaciones tanto económicas (producto y valor económico de la actividad o beneficio económico) como psico-sociales o culturales (efectos evolutivos sobre el individuo y la sociedad ya sean constructivos o destructivos: "beneficio" humano) va poco a poco perfilándose mejor y dejando atrás los condicionantes y estereotipos de la psicología taylorista.

La psicología de la vida en sociedad y el producto final de la calidad de la vida va también imponiendo este enfoque amplio sobre otros planteamientos o bien ya especulativos, ya experimentales, de la psicología social, o bien aplicados en sectores muy circunscritos de actividades económicas (consumo y publicidad, cultura de masas, construcción y urbanismo, etc.) políticas (propaganda, opinión pública) o de asistencia social (marginados en sus diversas acepciones: ancianos, mujeres, niños, jóvenes, delincuentes, drogadictos, alcohólicos, minusválidos psíquicos y físicos, parados, mendigos, grupos étnicos minoritarios, emigrantes, etc.). Parece que el considerar la vida humana como un proceso constructivo, autoevaluativo y autojustificativo tanto a nivel individual como a nivel de las distintas comunidades y de la totalidad de la especie va imponiendo una óptica que, fomentando las competencias profesionales específicas, lo hace velando por un proceso global que nos aleje de las listas de indicadores, problemas o asignaturas tradicionales en que el estar bien o mal en unos u otros ítems de la larga lista, no resuelve la desestructuración final.

Algunos psicólogos están en esta línea, también algunos economistas, sociólogos, médicos, etc. etc. En realidad todos aquellos profesionales que no se dejan reducir a un modelo ciego y mosaico de la vida humana. Llegaríamos en último término a un único indicador: ser más y mejor, vivir más y mejor.

8.— Por otra parte, el ciclo vital humano se ha expandido cuantitativamente tan deprisa que no sólo la expectativa de vida ha crecido en este siglo en 25 años hasta situarse en 75 años, con un límite óptimo esperable general, (de momento) de 113 años, (lo que ha supuesto que en los países avanzados, por ejemplo Inglaterra, los servicios al 3er. ciclo vital, es decir, a ancianos y jubilados ocupen el 1er. lugar en el presupuesto económico de asistencia social), sino que también la prolongación económicamente "improductiva" del 1er. ciclo se ha extendido en menos de un siglo de los 12 a más allá de los 20 años. El adultocentrismo del hombre trabajador (menos frecuentemente, la mujer) como rasero de medida de la vida humana tiene sin embargo hoy más fuerza que nunca en la historia y debe ser revisado por un enfoque completo y evolutivo del ciclo vital que vea los 3 tercios del ciclo como un todo que debe arrojar un resultado global satisfactorio.

9.— El concepto de calidad de vida adquiere así una preponderancia como objeto social que obliga a dársele también como objeto de conocimiento en la ciencias humanas.

Los psicólogos americanos comenzaron a desarrollar bajo la administración Johnson, sin demasiados ascos a su procedencia reivindicativa de la época dorada de los 60, el concepto de "calidad de vida" acuñado fuera de nuestra profesión (y que venía a oponerse a la "cantidad" de dinero-consumo o "nivel de vida" y a la cantidad-duración de la vida biológica). Parece llegado el momento de que lo mejor de la teoría y práctica psicológicas se viertan en esta tarea y no sólo algunos conocimientos marginales.

10.— No obstante, y por lo que sabe la psicología hoy, la calidad de vida es al menos tanto un resultado del desarrollo y la educación personal como de las condiciones físicas ambientales vitales. El tipo de hombre (individuo, sistema social humano) que se construye a través de la educación (formal e informal, explícita e implícita) es el factor principal de la calidad de vida. Problemas como el de la directividad a largo plazo de la conducta o capacidad de organización de la actividad, con motivos y normas cognitivamente avanzados (ver Leontiev) llevarían a plantear la libertad individual y el desarrollo moral como un resultado de esa construcción, por ejemplo.

La educación de hoy está pues inextricablemente ligada con la psicología social de la vida cotidiana (desde la formación en el consumo y el ocio al conocimiento social del mundo, desde el desarrollo moral a la organización de los ecosistemas culturales) y con la psicología de la salud y de la actividad productiva.

No parece ya sensato que los psicólogos se inhiban de una visión global del hombre. Porque es necesaria. Y porque puede ser eficaz.

Y no es abuso sacar la psicología a la vida en su más amplio sentido. De hecho sería importante que otras instancias llegaran también a la psicología.

REFERENCIAS

- Bronfenbrenner, U. — *The Ecology of Human Development*, Harvard Univ. Press, Cambridge, Massachusetts, 1979.
- Cordón, F. — Valor de la biología para educar al niño en el respeto a la vida. *Infancia y Aprendizaje*, 1980, 10 pp. 3-18.
- Dalkey, N.C. — La calidad de vida. *Revista Española de la Opinión Pública*, 1970, 21-22. pp. 279-293.
- Overton, W.F. y Reese, H.W. — *General models for man-environment relations*, en McGurk, H. Ed. "Ecological Factors in Human Development. North Holland, Amsterdam, 1977.
- Río, P. del — El desarrollo moral, algo más que conocimiento. *Infancia y Aprendizaje*, 1982, 18 pp. 1-2.
- Tamames, R. — Ecología: la nueva ética. *El País*, 21-8-1983 p. 10.
- Vygotski, L.S. — *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica, Barcelona 1979.

Entrevistas en Cataluña

En el número anterior de *Papeles del Colegio, Psicólogos* publicamos entrevistas con los responsables de cada una de las cinco áreas en que se ha estructurado el contenido del I Congreso. Por el hecho de celebrarse éste en Madrid, los entrevistados responsables de área son todos madrileños. A la redacción de la revista le pareció conveniente, por ello, recoger en este número la opinión de otros cinco colegiados catalanes integrados activamente en la preparación de cada una de las áreas; intentamos favorecer así lo que el I Congreso pretende: el intercambio de experiencias profesionales por encima de las distancias. Estas cinco entrevistas son las que a continuación ofrecemos.

Antonio Caparrós, psicología y profesión

—La psicología debe ser contemplada desde tres ángulos de vista: como actividad científica, como actividad tecnológica y como actividad práctica. Tenemos que partir de esta triple entidad de la psicología y establecer a partir de ahí las relaciones entre uno y otro tipo de actividad psicológica.

—Estamos con Antonio Caparrós en un despacho de la Facultad de Psicología de Barcelona. Continuamos la entrevista. ¿La Universidad ha tenido y tiene en cuenta esta triple realidad de la psicología?

—La Universidad no ha favorecido en absoluto la reflexión sobre esta realidad triple y por tanto no ha favorecido la diferenciación adecuada en esta realidad. La reflexión más rentable sobre el entramado de relaciones que yo creo que es la actividad psicológica ha de hacerse en mi opinión desde la perspectiva de esta triple diferenciación. Pero la psicología universitaria está demasiado preocupada por reconocerse como científica, con lo que tiende a olvidar los otros ángulos de vista: la psicología como tecnología y la psicología como actividad práctica.

—Una misma institución docente —la Facultad, la Universidad— ¿puede atender la formación en los tres aspectos de la psicología?

—La respuesta a esta pregunta la dejo abierta, porque evidentemente nos tendríamos que orientar a distintos tipos de formación; pero el separar unas actividades psicológicas de otras, también traería problemas. Veo difícil aplicar el modelo de las Escuelas Técnicas en este caso. De todos modos creo que la Universidad tiene que abrir una reflexión a fondo sobre este problema. Por otra parte, donde sí que veo

más viable establecer esta distinción es en el tercer ciclo.

—En la Facultad habéis iniciado ya un proceso de elaboración de un nuevo Plan de Estudios. ¿Podrías resumirnos qué principios le inspiran?

—Aún estamos en una fase completamente inicial en la elaboración del Plan, por lo que no es posible referirse a una filosofía inspiradora.

—Acaban de celebrarse aquí, en Barcelona, unas Jornadas de reflexión sobre la Universidad. Algunos representantes de la Administración, en concreto Borrel, ha denunciado la hipertrofia universitaria, y ha estimado excesivo el número de licenciados egresados cada año de algunas facultades. En tu opinión, ¿psicología sería una de las facultades en que sería conveniente establecer un *numerus clausus*?

—A nivel de principios no estoy de acuerdo con ninguna fórmula de *numerus clausus*. De todos modos, el problema concreto con el que nos enfrentamos es un problema difícilmente resoluble manteniéndose fiel a esos principios, porque esos principios implican el cumplimiento de unos supuestos que no se dan.

—¿Cómo intervenir entonces en la corrección del desfase entre el número, capacitación y especialidad de los licenciados en psicología y el número, especialidad y capacitación de los psicólogos demandados por la sociedad española?

—Un primer reajuste creo que tendría que venir de los planes de estudio y de la exigencia en los estudios: planes adaptados a una triple actividad psicológica, actividad científico-investigadora, actividad tecnológica y actividad profesional. Otro nivel en el que sería imprescindible actuar es en el de la información: informar a la sociedad, a los potenciales estudiantes de lo que significa la psicología. Además de todo lo anterior, no cabe descartar la necesidad de que alguna facultad concreta, temporalmente sobrecargada, tenga que recurrir a medidas de plazas limitadas; esto lo admitiría, pero nunca el *numerus clausus* como sistema global.

—Nos podrías resumir brevemente las raíces históricas de los actuales problemas institucionales de la psicología en España.

—Toda la historia de la psicología está muy viciada en nuestro país. La psicología es muy vulnerable a una manipulación ideológica y, a consecuencia de la guerra civil y de la postguerra, la psicología no pudo

desarrollarse, se convirtió en algo integrado en la filosofía, al margen, se desarrolló una psicología aplicada muy ramplona, independientemente de los méritos personales de quienes en su día trabajaron ahí. Así aún hoy, tenemos que luchar por liberarnos de pragmatismos y filosofías para constituir un cuerpo científico autónomo.

—La profesión y la facultad en Madrid y en Cataluña van en la misma línea en la constitución de esa psicología científica.

—No podría dar una respuesta muy fundamentada. Sin embargo, a un nivel hipotético sí que el hecho diferencial catalán, influye en dar una dimensión diferente a la psicología que se hace en Cataluña, tanto en la actividad profesional como en el nivel académico. En confrontaciones con compañeros de Madrid o de Valencia he percibido formas diferentes de hacer y de decir las cosas.

—Es natural que así ocurra...

—Evidentemente. La psicología es un entramado con un aspecto científico, con una dimensión profesional y con un aspecto tecnológico. Tal entramado canaliza un reflejo de la referencia social y cultural sobre la ciencia.

—¿El Primer Congreso puede, en este sentido, poner en contacto en un marco más amplio las diversas concreciones de la psicología?

—En efecto. Lo que quisiera dejar claro es el carácter no académico sino problematizador que debe de revestir el contenido de la mesa sobre la visión histórica de la psicología en España. Se trataría de acercarnos a la contemplación de las raíces históricas de la psicología para poder ser las limitaciones de origen en el pasado, para proyectar estrategias que permitan recuperar o recrear su identidad.

Nuria Silvestre, psicología educativa

—Nuria Silvestre está en el comité técnico del área "psicología educativa". Nuria ¿cuáles son las líneas fundamentales de trabajo en psicología educativa en Cataluña?

—Fundamentalmente hay tres líneas de trabajo funcionando. Por un lado, todo lo que representa la preocupación por la investigación básica, canalizada en el Instituto Municipal de Investigación de Psicología Aplicada —IMIPAE—. El Imipae es un centro público que depende del Ayuntamiento en el

que se hace un tipo de investigación en psicología educativa no directamente aplicada. Una segunda línea sería la de una investigación mucho más práctica de la que luego podemos hablar más extensamente porque es en la que yo personalmente me muevo.

—De acuerdo. Y ¿la tercera línea de trabajo?

—La tercera línea es, evidentemente, la de aplicación de la psicología a las distintas didácticas.

—¿De las experiencias de trabajo en las tres líneas habrá aportaciones al Congreso?

—Desde luego. Se recogerán diversas aportaciones, con las que esperamos que los psicólogos del resto del Estado podrán hacerse idea de la práctica catalana en psicología educativa.

—Háblanos entonces ahora de esa segunda línea de investigación, más práctica, en la que profesionalmente te mueves.

—Pues hemos recogido bastantes intervenciones de equipos multidisciplinarios que están trabajando en Ayuntamientos del Cinturón o en Centros de barrios y que van siguiendo la integración de chavales con deficiencias. Al integrar al chaval con problemas en el sistema escolar hay que intervenir para evitar que sea marginado o segregado. En la práctica, eso requiere una experimentación constante, sobre todo teniendo en cuenta la carencia de medios con la que nos movemos. Yo, por ejemplo, trabajo en un aspecto muy concreto: la integración de sordos y ciegos. En la integración con el deficiente mental o del deficiente físico se trabaja con especialistas. Pero aquí, con los sordos, hay que trabajar con maestros y pedagogos y son ellos los que tienen que dominar los elementos de psicología escolar que les permita integrar.

—¿Por dónde va la actividad del Impiae?

—Creo que es un caso único en todo el Estado. Se trata de un equipo que depende de un ayuntamiento, que no experimenta la presión de las necesidades cotidianas, la presión de resolver cada día el problema cotidiano; sus objetivos se centran en investigar las implicaciones pedagógicas de la psicología genética.

—¿Cuántos investigadores componen este equipo?

—No te lo digo con precisión. Entre diez y veinte.

—Este equipo, ¿está vinculado a la Universidad?

—Institucionalmente no, en absoluto. Luego, personalmente, tienen lógicas vinculaciones tanto con

la Universidad Central como con la Normal.

—Cambiendo de tema ¿cómo se estructura en Cataluña el apoyo a la escuela?

—Hay unos equipos multidisciplinarios —los Eapos— en los que hay un psicólogo y un pedagogo que diagnostican en todas las escuelas y determinan qué chavales necesitan ayuda. Su responsabilidad es la de dar recursos para la integración, el evitar una integración digamos salvaje. Claro, en la integración habría que contemplar otros lugares además de la escuela. Basta citar hospitales, el de San Juan de Dios, por ejemplo que es un hospital infantil y en el que tanto los chavales como los padres tendrían que ser objeto de atención del psicólogo en aras a una integración global que como te decía no se cierra en el marco de la escuela. El personal de ese hospital, al igual que los maestros, tendrían que ser también objeto de atención.

—¿Cómo reaccionan maestros y otro tipo de personal ante este tipo de ayudas?

—En general bien, pues se ha hablado mucho de la integración. También hay algunos maestros quemados por experiencias en las que han tenido que bregar con problemas, con excesivo número de alumnos por clase, y sin que se les haya aportado la ayuda que necesitaban para realizar la integración... En el centro en el que estoy, que es en cierto modo un centro privilegiado, pues es un terreno muy acotado, solo para ciegos y sordos, y del que los especialistas acuden cada día, la aceptación y vinculación con los maestros es muy estrecha: el maestro participa muchísimo, se siente colaborador del centro: maestros y especialistas nos sentimos trabajando juntos.

—¿Y los padres?

—El padre del deficiente, aunque parece que no debería plantearse problemas pues el sistema de integración le beneficia, sin embargo no lo percibe tan claramente. Al principio, no resulta beneficiado, el beneficio aparece a largo plazo; al principio, padece muchísimo. La tradicional delegación en la escuela especial, soluciona mucho más los problemas de los padres de entrada. Al integrar a su hijo, le siente comparado cada día con los otros chavales, con los que no tienen déficit; por tanto, tiene que participar mucho más en el trabajo y además pasa muchas más angustias.

—¿Y los niños sin déficit?

—Depende de cómo la institución haya planteado la integración. Si antes de acometerla se ha logra-

do el acuerdo del claustro, de la asociación de padres, etc., y se explica la integración como parte de una línea coherente de escuela, entonces los padres de niños sin déficit la viven de una manera muy positiva.

—Otro tema: fracaso escolar.

—En realidad hablando de las tres líneas de trabajo a que me he referido hemos hablado de fracaso escolar. Quien investiga en profundidad dirá que la única forma de plantearse el fracaso escolar es averiguando si los contenidos de los distintos niveles se adecúan a las distintas poblaciones a las que van dirigidos los programas. En realidad, quienes están haciendo integración de una manera profesional van a mostrar en el Congreso que tras demandas de integración hay en realidad problemas de fracaso escolar. Al psicólogo escolar, al que le llegan los rebotados que no funcionan en la escuela, muchas veces se le presenta la necesidad de ir a ver qué está pasando en esa escuela. En realidad había que ir a preescolar y desde allí hacer una prevención del fracaso escolar. En Cataluña, los equipos multiprofesionales que antes te explicaba, están dando prioridad no a los chavales con déficit biológico, sino que están enfocando lo que pasa en las escuelas a los chavales sin esos déficits: por qué no siguen adelante y qué tipo de ayuda hay que proporcionarles. En resumen: así tenemos un diagnóstico que se acerca a la institución escolar; lo que nos falta es el maestro itinerante que ayude cada día a los chavales en la escuela. Se puede determinar pues la manera de encauzar los problemas del chaval; nos falta el tratamiento.

—Acabamos. ¿Qué aportaciones le pides al Congreso?

—Bien. El Primer Congreso ofrece la primera posibilidad desde hace muchos años de cotejar las muy distintas experiencias de psicología escolar que se están desarrollando a todo lo ancho del Estado. En el Congreso creo que van a sobrar ideas, aunque falte tiempo para la reflexión; pero eso vendrá después.

Alfons Icart, psicología y salud

—Alfons Icart forma parte del Comité técnico que coordina los contenidos del área Psicología y Salud del próximo Primer Congreso. Alfons, ¿qué le pedirías al Primer Congreso?

—En primer lugar, que logre agrupar a los psicólogos de todo el

I CONGRESO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS

Estado. En segundo lugar, que impulse el reconocimiento de la profesión en el ámbito político y social. Y en tercer lugar, que nos permita a los asistentes hacernos una idea cabal de cuál es en la actualidad el nivel profesional. Si lo logramos, nos encontraremos motivados para seguir profundizando y mejorando la profesión.

—¿Te preocupa algún problema de la profesión en particular?

—Sí, me preocupa cierta falta de profesionalidad, cierto bajo nivel en el ejercicio de la profesión, lo que viene determinado sin duda por diversas causas en las que no voy a entrar; en cualquier caso, creo que no estamos dando el nivel que nos pide la sociedad. Este es para mí un problema vital. También me preocupa que el sistema sanitario no termina de admitir al psicólogo como un profesional de la salud, pero como un profesional más, al igual que cualquier otro especialista: la psicología rige la vida humana y el psicólogo tiene que estar donde existen relaciones entre personas.

—Tu respuesta me incita a preguntarte tu opinión sobre el borrador para la Ley de Bases de la Sanidad.

—En el borrador hay indudables avances respecto a la situación actual. Pero me parece que, desde nuestro punto de vista, hay una deficiencia fundamental: el psicólogo no está contemplado como uno más de los profesionales de la salud, lo psicológico no está bien contemplado en este borrador. Parece como si sus redactores pensaran que humanizando la medicina, lo psicológico desaparecería en un porcentaje muy elevado, y eso es totalmente falso.

—Y de las competencias que se transfieren a la Generalitat?

—Aún se puede hablar poco. Lo que sí es importante es el hecho de que la Generalitat sí que ha invitado al Colegio como institución a participar en la Comisión que planificará estos servicios.

—¿La sociedad catalana es sensible a la problemática psicológica?

—Sobre todo en el campo de la salud mental, Cataluña posee una sensibilidad superior a la de otras regiones. Sin duda se debe a que Cataluña tiene una visión más europea de las cosas. Desde los años setenta se desarrollan en Cataluña importantes experiencias privadas o semipúblicas de atención psicológica, de prevención de higiene mental, con una visión interdisciplinar de los equipos. Por ejemplo, hace dos años organizamos las Jornadas de Salud Mental de Cataluña interdisciplinariamente. Psicólogos, psiquiatras y asistentes socia-

les llevamos ya cuatro años planificando conjuntamente.

—¿Qué experiencia concreta catalana destacarías para conocimiento de los colegas del resto de España?

—Destacaría el circuito de asistencia a la salud mental que existe patrocinado por la Diputación de Barcelona. Ha organizado un circuito de asistencia psiquiátrica y psicológica que funciona a través de centros de asistencia primaria en pueblos o en barrios; cada centro atiende a una población de unos 150.000 habitantes. Ahí llegan las demandas de otras instituciones sanitarias, como los ambulatorios. Si es necesario, se puede pasar a un servicio de internamiento de los enfermos. Si no hiciera falta internar se les atiende en estos grupos con una visión psicológica, teniendo en cuenta a la persona que consulta.

—Esta y otras experiencias catalanas ¿van a poder ser conocidas por los asistentes al Congreso?

—Se relatarán bastantes experiencias realizadas tanto en el ámbito de la asistencia pública como en la privada. Para nosotros está claro la importancia que el Primer Congreso tiene como primera puesta en común de las experiencias de los psicólogos españoles.

—Parece ser que en Cataluña hay alguna discusión sobre cómo orientar la formación post-graduada en el área de clínica. ¿Podrías informarnos adecuadamente?

—Hubo un intento de crear una escuela de especialización en psicología clínica. Este intento quedó paralizado porque efectivamente se discute el enfoque a darla.

—¿En qué sentido?

—Bueno, pues no está claro si lo que hay que organizar es una escuela de psicología clínica para post-graduados o una escuela de post-graduados para profesionales de la salud, lo que, evidentemente, es distinto.

—¿Cuál es tu opinión en esta discusión?

—Nosotros pensamos que a estas alturas no se puede ir a formar escuelas de especialización concreta, y en ese sentido estamos intentando sensibilizar a las instituciones universitarias y a las profesionales. Lo que tiene que haber es una escuela de especialización para profesionales de la salud: para médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales...

—¿Podrías citar precedentes?

—El Colegio de Psicólogos de Barcelona hace un trabajo muy importante en formación de post-graduados y en la mayoría de los cur-

sos participan psicólogos, psiquiatras y ATS.

—Ya. Algún otro precedente.

—También existe en la Diputación de Barcelona, la Escuela de Graduados Sanitarios a la que van ATS y asistentes sociales a hacer una especialización psiquiátrica y psicológica.

—¿Este planteamiento es bien recibido por todos los colectivos profesionales que atienden la salud?

—Hay colectivos que están reaccionando muy bien. Así, por ejemplo, la sección colegial de psiquiatras o los asistentes sociales. Otros, no tanto. Por ejemplo los médicos, que están respondiendo muy negativamente. En realidad, el problema de fondo respecto a los médicos no es el de la formación post-graduada, sino el hecho de que la mayoría del colectivo médico todavía ve al psicólogo como un intruso en el campo de la salud, en vez de verlo como un colaborador.

Mercé Pérez, psicología, sociedad y calidad de vida

—Mercé. Cuando desde la psicología nos referimos a la calidad de vida, ¿no limitamos nuestras preocupaciones a sectores marginales?

—Cuando trabajamos con disminuidos, con toxicómanos, con niños con carencias sociofamiliares, con ancianos con problemas de dependencia, el trabajo hacia esos sectores les proporciona a ellos una asistencia directa, pero también proporciona algo al resto de los ciudadanos: les proporciona una promoción. Lo diré de otra manera: si se produjera una escisión del tipo "éstos son, por ejemplo, servicios de promoción de salud para los que no tienen tales carencias, y éstos son servicios de atención para los que tienen las carencias", no solo crearíamos dos tipos de servicios sociales, sino también dos tipos de sociedades de referencia.

—De hecho, hasta ahora se ha trabajado casi exclusivamente en función de situaciones de carencia.

—Sí, y habrá que pensar en que los servicios sociales atiendan también en los niveles de base a los servicios de bienestar.

—Entonces, ¿qué sentido tiene el centrar todo el Congreso en el lema "psicología, desarrollo humano y calidad de vida"?

—La razón es el que la calidad de vida impregna no solo este área, sino las cinco áreas del Congreso. En realidad los temas del área de la

que estamos hablando —psicología, sociedad y calidad de vida— no deben entrar solo a través de las mesas redondas cobijadas bajo el paraguas del área cuarta, sino a través de las mesas redondas de todas las demás.

—¿Y por qué un área concreta bautizada como de calidad de vida?

—Porque institucionalmente, laboralmente y hasta profesionalmente sí que hay un campo de trabajo que tiene como objetivo inmediato la calidad de vida. Es el campo de los servicios sociales. Pero es cierto lo que observabas: los servicios sociales existentes no son el único recurso social para mejorar la calidad de vida. Los recursos sociales para mejorar la calidad de vida son amplísimos, pero hay un tipo de recursos que están más estructurados y lo están en base a la carencia, porque la carencia es lo que más atenta a la calidad de vida.

—Pero el enunciado de algunas mesas redondas de este área cuarta, sin embargo, no se refieren al contenido concreto de ningún servicio social... Te cito de memoria: aspectos psicosociales de situaciones de paro, psicología y política, derechos humanos y psicología...

—Proponemos estos títulos como sugerencias de nuevos caminos. Del mismo modo que, insisto, gran parte de las comunicaciones en clínica, educativa o psicología del trabajo probablemente podrían englobarse en el epígrafe de calidad de vida, que, no por casualidad, como antes veíamos, es un objetivo de toda la actividad profesional.

—¿Nos centramos entonces ya en los servicios sociales?

—Tanto en los servicios sociales de base como en los específicos hay en Cataluña bastantes psicólogos trabajando en cosas diversas, en distintas funciones. Entre ellos, el Congreso ha despertado expectativas e interés y van a canalizar hacia él diversas comunicaciones. Recogen experiencias que no tienen por qué referirse restrictivamente al ámbito catalán, que no tienen por qué ser peculiares. Ahora, como decíamos, este área es un área que, en lo específico, recoge todo lo que hace referencia a los servicios sociales, pero que, en general, recoge las aportaciones que, realizándose en otros sectores de la actividad de los psicólogos, prima la reflexión sobre cómo su actividad incide en la calidad de vida por encima de cualquier otra reflexión.

—La delincuencia preocupa a la opinión. ¿Los psicólogos tienen algo que decir o hacer en este tema?

—Creo que sobre todo tienen al-

go que hacer: instrumentar, o presionar para que se instrumenten, servicios, actividades, formas de participación para que la población comprenda las cosas que suceden. Yo entiendo que los profesionales de la psicología tenemos que saber distinguir cuál es nuestro papel como profesionales: solo con la participación de la comunidad y con la asunción por ella de unos problemas que son suyos, que no son únicamente de aquel delincuente reincidente, podrá empezarse un proceso de abordaje. Hasta ahora, la forma establecida de abordaje de tales problemas era la separación de esos elementos, su exclusión. Y sin embargo, hay una dimensión de esos problemas que se origina, que viene de la propia comunidad. Por lo tanto, si ese trabajo no se realiza, será imposible o muy difícil hablar de reinserción.

—Tales criterios valdrían con mayor generalidad para otros grupos...

—El concepto de reinserción es útil para muchos grupos de población que están en situaciones de carencia, de déficits o con mayores grados de dependencia. Por la opinión puede sentirse con menor intensidad que en el caso de la delincuencia por afectar menos a la seguridad personal, pero el concepto de reinserción y lo que de él se deduce vale similarmente para los disminuidos psíquicos y físicos, o los viejos... En todo esto me muevo en la tendencia que hace referencia a la prevención y a la promoción, no solo a la prevención y menos aún a la sola asistencia.

—¿Se puede aportar algo más desde la psicología?

—Se puede aportar comprensión del ser humano. Personalmente considero, de todos modos, que una comprensión psicológica no es autosuficiente, como no lo es la comprensión individual. Desde la psicología como ciencia se posibilita una comprensión relacional con todos los fenómenos que se suceden en este sentido. Por ejemplo, el consumo de heroína, con la psicología se puede comprender cómo se inscribe ese fenómeno en aquel individuo que está sufriendo la adicción; pero además habrá que ver cuáles son las posibilidades en su medio, tanto en su microgrupo como en su macrogrupo. Por último, a otro nivel, habría que comprender desde un punto de vista psicológico la significación social que a estas problemáticas se les da y por qué se les da.

—¿El psicólogo debe hablar sobre ello corporativamente a la opinión pública?

—Me preocupa cuáles son los

mensajes que se pueden elaborar y su validez: a nosotros cómo profesionales, una de las cuestiones que nos puede preocupar es la de ver cuál es la incidencia que tienen los medios de comunicación a la hora de dimensionar la gravedad, el peso, incluso los efectos, de una problemática en un conjunto social. Preocupada por esa dimensión, tiendo a ser muy prudente y a medir restrictivamente las oportunidades para salir públicamente de un modo corporativo en temas como, digamos, el de la delincuencia. Entiendo que las intervenciones que podamos hacer como profesionales en los medios de comunicación de masas han de entenderse como un medio inespecífico de prevención primaria y por tanto hay que cuidar muy bien, al máximo, dónde interviene, por qué lo dices, cómo lo dices... Otra cosa distinta es que a raíz de un Congreso emitas una respuesta que consideras válida no solo para el propio colectivo, sino que tiene interés para el conjunto de una comunidad, y lo emites en unos términos que no están referidos a los problemas sino que están referidos a un conjunto ordenado de temáticas que una comunidad tiene por resolver, de tal modo que no incrementes la tensión respecto al problema.

—Terminamos. La posición profesional del psicólogo en la mejora de la calidad de vida de una comunidad, de un grupo.

—El psicólogo sería la persona que puede dar un soporte, un apoyo, una orientación desde una posición profesional, con mayor distancia, técnicamente hablando, a la posibilidad de elaborar y de reflexionar por parte del grupo lo que en él está sucediendo: qué es lo que les hace sufrir, qué es lo que les inquieta. El psicólogo puede incidir en que esa posibilidad de reflexión sea una posibilidad de reflexión abierta. Eso puede permitir que se dé una mayor calidad de vida en aquel marco de trabajo, que revertirá en los usuarios e indirectamente revertirán en sus núcleos de referencia básicos.

Ricardo Blasco, psicología del trabajo

—Ricardo Blasco forma parte de los equipos que están trabajando en la preparación del área de psicología del trabajo del Primer Congreso. Ricardo, explícanos que rasgos caracterizan al ejercicio de la psicología del trabajo en Cataluña.

—En Cataluña hay bastantes profesionales y tradición en psico-

gía del trabajo. Quizás lo que caracteriza o diferencie al psicólogo del trabajo catalán del madrileño, si existe alguna diferencia, es que aquí es más una profesión de francotiradores, que se practica más el ejercicio libre de la profesión. Por otro lado, existen dos generaciones distintas: la generación de los titulados en la Escuela de Psicología, muchos de los cuales ya están situados en los lugares a los que debían llegar, dirigen gabinetes importantes o, los que están en empresas, dirigen departamentos de relaciones humanas, o de formación... Luego los que terminamos la carrera hace seis o siete años que seguimos caminos similares a los que nos han precedido y que quizás seamos la última generación que ha tenido una oportunidad relativamente fácil de acceso a la profesión.

—¿Por qué el nivel de asociación, de gremialismo, no es más elevado entre los psicólogos del trabajo?

—Bueno, no sé. Quizás sea la propia práctica liberal de la profesión y sobre todo el hecho de que todos seamos un poco autodidactas lo que nos condicione a aislarnos, a guardar cada uno sus recursos, sus métodos, teniendo en cuenta que estamos en un mundo laboral restringido y nadie es amigo de echarse piedras a su propio tejado. Si la SEP ha reunido, en Cataluña, a un grupo de psicólogos del trabajo en actividades esporádicas. En este momento el Colegio se está preocupando de promover el asesoramiento y la participación de nuestros compañeros.

—Pero dado el tipo de problemas a que hoy se enfrenta la gran empresa, eso podría querer decir que la gran empresa se encuentra estancada en Cataluña...

—Las Empresas están hoy muy polarizadas hacia los problemas financieros. Quizás esto disminuya la atención a otros problemas. Sin embargo, ya se evidencia la necesidad de renovar el enfoque de las relaciones humanas. El "problema humano" preocupa al empresario, tras la actualización tecnológica.

—¿Cómo decide hoy un psicólogo hacer psicología industrial?

—Hay una cierta prevención frente al trabajo del psicólogo industrial. Aún hay quien lo ve como un manipulador de cerebros y de personas por vías tortuosas, casi mágicas. Tal idea crea un prejuicio que aparta de esta especialización a estudiantes que podrían ejercer magníficamente en este campo. Así, mientras la afluencia a otras especialidades es masiva, de la nuestra salen unas pocas decenas de titula-

dos al año. Es una especialidad muy minoritaria.

—¿Y los empresarios qué piensan?

—El empresario lo que busca es eficacia y puede no confiar en el psicólogo del trabajo porque no crea que le podemos aportar soluciones. Los psicólogos del trabajo, entonces, tenemos que dar esa eficacia dentro de los límites de la ética profesional. Te diría más: eficacia, que al final, siempre quiere decir calidad de vida y salud mental del trabajador, pues no se puede esperar productividad de un trabajador que no esté trabajando en buenas condiciones psicológicas.

—Sobre todo si el taylorismo decrece...

—Exacto. Cuando nuevas tecnologías modifican por completo el mundo del trabajo.

—¿Conoceremos algo nuevo en el Congreso sobre la intervención psicológica en relación con la organización en sus diversas facetas?

—Psicólogos que trabajan en grandes empresas y estudiosos del tema aportarán comunicaciones interesantes. Es un tema de actualidad desde años tanto en lo teórico como en la aplicación práctica y al que los psicólogos del trabajo siempre prestamos especial atención pues en él aprendemos lo que hay de más nuevo, aunque luego la aplicación de sus conclusiones resulte aún restringida.

—Pues vayamos a un tema de aplicación: la intervención del psicólogo en la seguridad vial.

—Entra en un momento álgido, o al menos así lo parece dado el número de congresos, jornadas... que se están organizando. Además del número de compañeros que ya trabajan en Centros de Revisiones para conductores en el reciente Congreso de Cáceres se ha marcado la pauta de las preocupaciones que están sobre la mesa en este momento. La Dirección General de Tráfico está colaborando en todo este proceso en el que ya se está llegando a conclusiones importantes, aunque estas conclusiones hay todavía que materializarlas en la práctica. Los psicólogos tienen en este campo un amplio margen de acción, tanto desde el punto de vista de la prevención de accidentes, como desde el de la formación de conductores e incluso de los no conductores, de los ciudadanos, en las escuelas o asociaciones de cualquier tipo que tengan inquietudes. Este no solo va a ser un campo de trabajo para bastantes psicólogos, que ya lo están siendo, sino un campo de investigación sobre el que no hay prácticamente nada hecho en este país. Sobre la seguridad

vial tienen que generarse trabajos, tesis, tesinas... Empieza a haber alguna tesis doctoral en Valencia o interesantes actividades de tipo educativo en Córdoba, pero aún son una gota de agua comparado con el potencial que este campo parece ofrecer.

—¿La atención psicológica en seguridad, higiene y salud mental en el trabajo es un campo en el que se cruzan psicólogos del trabajo y psicólogos clínicos?

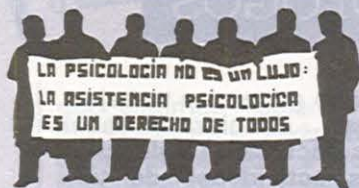
—Hay una serie de responsabilidades como la rehabilitación que en realidad se refieren a prácticas típicas del psicólogo clínico y a él habría que derivarle esos casos, pero hay otros más específicos del psicólogo del trabajo; estoy pensando en temas de diseño de puestos de trabajo desde un punto de vista de seguridad o en aspectos puramente ergonómicos. Luego hay otros problemas que vienen dados por las complicaciones de la vida: psicólogos clínicos que hacen psicología del trabajo o psicólogos del trabajo que hacen terapias. Pero éste es un tipo de problemas que ya se irán solucionando y en el que los colegios profesionales tendrán que incidir para que las especializaciones dejen de considerarse como un simple adorno.

—¿A cuáles de las mesas del área aconsejarías acudir a un psicólogo que no esté especializado en psicología del trabajo o a un estudiante de últimos cursos?

—Recomendaría dos mesas que creo que son las que pueden ofrecer una visión más actualizada de lo que es esta especialidad: la mesa segunda ("intervención psicológica en relación con la organización: desarrollo organizacional, sistemas de información, innovación tecnológica, relación entre grupos, etc.") y la tercera ("desarrollo humano en la organización: adaptación al puesto, motivación, reciclaje, jubilación, reconversión, etc."). Esto te lo digo tratando de colocarme en un punto de vista objetivo: las mesas dos y tres serían las más recomendables, porque desde un punto de vista subjetivo la mesa ocho es la que a mí más me interesa. ("Nuevas dimensiones de la psicología del trabajo").

—¿Por qué?

—Porque en ella van a aparecer nuevas posibilidades para nuevos profesionales. En cualquier caso, se trata de un Congreso profesional en el que todo lo que se comparta en psicología del trabajo va a impregnar a los asistentes no desde una mesa u otra, sino desde el conjunto de todas las vivencias en las Jornadas del Congreso.



La profesión

Material necesario para evaluar las aptitudes psicológicas en los centros de reconocimiento

Propuesta enviada al Ministerio, Dirección General de Tráfico para su inclusión en la nueva Orden Ministerial

Para el examen psicológico contarán con los siguientes materiales debidamente homologados (por su validez, fiabilidad, tipificación y discriminación) ante el Ministerio de Sanidad y el Colegio Oficial de Psicólogos.

1. Pruebas de inteligencia general, fluida o manipulativa, libres de sesgos culturales.
2. Pruebas de tiempo de reacción múltiple ante estímulos visuales y auditivos con diferentes tiempos inter-estímulos.

3. Pruebas de atención concentrada y resistencia ante la monotonía que presenten uno o varios estímulos repetitivamente durante el tiempo suficiente para detectar la aparición de fatiga precoz.
4. Pruebas de velocidad de anticipación ante uno o varios estímulos en movimiento secuenciado y con distintas velocidades de exposición.

5. Pruebas de coordinación bimanual en las que el ritmo de ejecución sea impuesto al sujeto.
6. Pruebas de personalidad, estilos cognitivos y escalas de actitudes relevantes en Seguridad Vial.

La capacidad de aprendizaje psicomotor se podrá medir aprovechando la información obtenida al realizar las pruebas reseñadas.

Estos instrumentos, por separado o formando parte de un equipo, se ajustarán a los grados de exigencia y métodos que se indican en el Anexo 2 del Real Decreto.

Los resultados en estas pruebas se conservarán a disposición de la Dirección General de Tráfico o el Colegio Oficial de Psicólogos para llevar a cabo investigaciones psicológicas empíricas en accidentalidad.

I. Inteligencia

La evaluación de la inteligencia puede realizarse mediante dos tipos de pruebas distintas:

1.— Pruebas de inteligencia de tipo general o libre de sesgos culturales que podrán ser aplicadas de una forma colectiva.

2.— Pruebas de inteligencia de tipo práctico y manipulativo. Hay que utilizar fundamentalmente este segundo tipo de pruebas ya que, por las investigaciones llevadas a cabo por Bonnardel (1949), Wittersheim (1976/77) y otros autores son las que nos permiten encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos accidentados y no accidentados.

II. Aptitudes psico-motoras

a) Tiempo de reacciones múltiples:

* Las respuestas motoras tienen que darse con las MANOS y los PIES.

* Los estímulos ante los cuales tiene el sujeto que responder han de ser de tres tipos distintos: dos de ellos visuales (LUCES y SEÑALES) y el tercero AUDITIVO. Dichos estímulos auditivos han de presentarse como tales y NO como sonido perturbador en la tarea a realizar por el sujeto. Ante un estímulo auditivo, el sujeto ha de dar una respuesta concreta.

El elemento perturbador sirve para perturbar la reacción del sujeto ante otro estímulo distinto, siendo su función psicológica totalmente diferente.

* Las características técnicas indicadas anteriormente pueden ser cumplidas por diversos aparatos, pero ellas no son garantía de que el objetivo de estos exámenes se cumpla si la evaluación propuesta no está avalada por investigaciones sobre su validez de constructo y predictiva.

* Una velocidad de presentación de los estímulos puede servir para discriminar entre los sujetos accidentados y los no accidentados mientras que otra velocidad no. De aquí la necesidad de investigaciones de base que avalen la validez de constructo y predictiva para estas variables psicológicas.

b) Atención concentrada y resistencia vigilante a la monotonía:

* La atención concentrada tiene que evaluarse ante un solo tipo de estímulos, mediante signos o símbolos determinados.

También es necesario que se utilicen pruebas apoyadas sobre anteriores estudios donde se demuestren la validez de constructo y predictiva de las mismas.

* La resistencia vigilante a la monotonía se evaluará por medio de respuestas motoras ante estímulos visuales (LUCES y SEÑALES) por un lado, y estímulos AUDITIVOS por otro. El objetivo es apreciar la capacidad del sujeto para mantener la atención a un nivel aceptable, durante la ejecución de una tarea repetitiva y monótona, en un espacio de tiempo lo suficientemente largo como para que se presente la fatiga.

c) Velocidad de anticipación:

* Una prueba de velocidad de anticipación sirve para evaluar:

1.— La precisión en la estimación que realice el sujeto de la velocidad de un punto en movimiento.

2.— La capacidad o fuerza de inhibición que posea el sujeto para no precipitarse a dar una respuesta motora requerida por el examinador con anterioridad a la presentación del estímulo.

* La unidad que se utilice para medir esta variable tiene que estar apoyada sobre investigaciones previas que demuestren su validez.

d) Coordinación bimanual:

* Se debe medir la coordinación bimanual mediante pruebas con RITMO DE EJECUCIÓN IMPUESTO.

Durante el ritmo de ejecución impuesto el sujeto tiene que adaptarse en cada momento de la prueba al ritmo que el aparato impone para efectuar la misma correctamente. Por el contrario, el tiempo total de ejecución, medido mediante un cronómetro y fijado por el examinador, permite al sujeto utilizar su propio ritmo y variarlo a su voluntad.

* La prueba ha de indicar la capacidad de adaptación que el sujeto posee ante una situación de

tensión originada por las condiciones que el medio ambiente le impone. La prueba tiene que imponer un ritmo determinado al sujeto durante la totalidad del examen.

* Se impone igualmente la necesidad de validar el ritmo de ejecución para ver cómo discrimina a los sujetos accidentados de los no accidentados.

ÁREAS DE EXPLORACIÓN OPCIONAL

I. Capacidad de aprendizaje psicomotor

* Puede medirse la capacidad de aprendizaje del sujeto y aprovechar la instrumentación e información al aplicar las pruebas anteriores de dos formas:

a) Contabilizar el número de ensayos necesarios para que el sujeto "aprenda" la prueba de reacciones múltiples discriminativas.

b) Volver a aplicar la prueba de coordinación bimanual a ritmo impuesto de ejecución y comparar los resultados obtenidos en la segunda aplicación con respecto a la primera.

* La forma que se utilice tiene que estar apoyada sobre investigaciones y estudios que demuestren su capacidad para discriminar entre los sujetos accidentados y los no accidentados.

II. Personalidad

* Abre la posibilidad de utilizar pruebas de personalidad en aquellos casos que el psicólogo lo crea conveniente por haber detectado rasgos de personalidad que impidan la obtención o revisión de los permisos de conducir de las clases C, D y E.

COMENTARIO GENERAL

Para no desvirtuar el examen psicológico indicado en el Anexo 2, hay que tener en cuenta, fundamentalmente, que las características técnicas que han de poseer los instrumentos para llevar a cabo el examen son necesarias pero NO SUFICIENTES.

Tienen que estar apoyados sobre unas investigaciones de base donde demuestren su validez para evaluar el objetivo de este examen psicológico; es decir, discriminar a los sujetos accidentables de los no accidentables.

En caso contrario, no se estará llevando a cabo un "examen psicológico" ya que no se sabrá qué se está midiendo.

Dado el incremento de aparatos no es el momento de especificar cuáles son los instrumentos idóneos. Se ha optado más bien por indicar los criterios básicos disponibles a partir de trabajos experimentales precedentes. La decisión final corresponde al psicólogo como profesional, tanto el que efectúe la inspección y autorización de instrumentos, como es que lleve a cabo el ejercicio y práctica diaria en los Centros de Reconocimiento.

Madrid, 11 de enero de 1984

Han elaborado los informes adjuntos los miembros de la Comisión Coordinadora de Psicología y Seguridad Vial, José María Prieto Zamora, Aurora Murga, Nicolás Seisdedos y Ricardo Blasco.

APTITUDES PSICOLÓGICAS PARA LA OBTENCIÓN Y REVISIÓN DE PERMISOS DE CONDUCIR DE LAS CLASES C - D - E

EXPLORACIÓN

GRADO DE EXIGENCIA

MÉTODO

I. Inteligencia

Nivel de inteligencia situado en el 75% superior de la curva de distribución normal, según baremos. Quienes se sitúen en el 25% inferior, serán sometidos a un "retest diferido".

— Pruebas de inteligencia práctica preferentemente manipulativas; libre de sesgos culturales.

II. Aptitudes psicomotoras:

a) Tiempo de reacciones múltiples.

El conjunto de las pruebas establecidas en este apartado deberán responder a un criterio de normalidad.

— Medición a través de respuestas motoras de manos y pies ante estímulos visuales (luzes y señales) y auditivos.

b) Atención concentrada y resistencia vigilante a la monotonía.

Los resultados muy deficientes en una de estas pruebas será causa de denegación.

— Medición a través de las respuestas motoras ante estímulos visuales (luzes y señales) y auditivos presentados en número y tiempo suficientes como para dar lugar a la aparición de la fatiga.

c) Velocidad de anticipación.

El criterio de denegación se basa en la predicción empírica de la proclividad a los accidentes. El punto de corte se establecerá según los parámetros obtenidos en los conductores accidentados.

— Medición mediante la presentación de estímulos visuales.

d) Coordinación bimanual.

— Determinación mediante pruebas con ritmo impuesto de ejecución.

OPCIONAL

I. Capacidad de aprendizaje psicomotor.

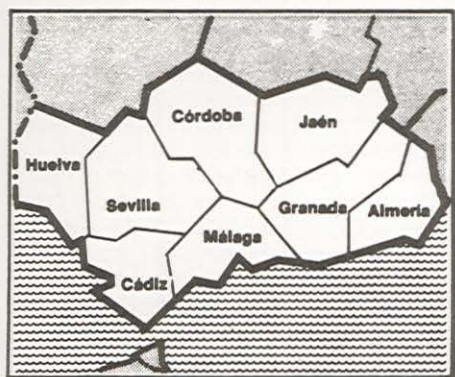
— Rendimiento positivo.

— Prueba específica de aprendizaje psicomotor.

II. Personalidad

— Evaluación positiva.

— Pruebas que permitan evaluar los rasgos de personalidad que afecten o incidan en la seguridad vial.



Las Delegaciones: Andalucía

Continuamos en este número de *Papeles del Colegio, Psicólogos*, la serie informativa sobre las distintas delegaciones que integran el Colegio. Hoy vamos a centrarnos en las dos delegaciones andaluzas, la de Andalucía Occidental y Oriental. Desde Granada y desde Sevilla nos han enviado el material que a continuación reproducimos.

Andalucía Oriental

MÁLAGA



JAÉN



GRANADA



ALMERÍA



La Delegación de Andalucía Oriental cubre un ámbito geográfico de las cuatro Provincias situadas en la parte Oriental de Andalucía: Almería, Granada, Jaén y Málaga. La Sede administrativa está en Granada.

La historia de su creación responde al deseo y a las necesidades planteadas por la generalidad de los Psicólogos: contar con un Colegio que canalizara el trabajo y la ilusión de miles de profesionales dispersos, hasta la creación de este Colegio y concretamente de esta Delegación en Febrero de 1980. A partir de 1977, hay diversos intentos de coordinarnos desde el medio profesional y universitario, hay representantes tanto de la Provincia de Málaga como

(continúa en la pág. 44)

Andalucía Occidental

CÁDIZ



CÓRDOBA



HUELVA



SEVILLA



La Delegación de Andalucía Occidental del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) se constituye en los primeros meses de 1980 abarcando las provincias de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla, así como la ciudad de Ceuta. Antecedentes de esta Delegación fue la Sección de Psicólogos existente en el Colegio de Doctores y Licenciados de la provincia de Sevilla desde principios de 1975, resultado —a su vez— de contactos entre profesionales y estudiantes de Psicología a lo largo de 1973 y 1974.

La Delegación hoy

Los colegiados

A primeros de diciembre de 1983, fecha en que se redacta este informe, Andalucía Occidental cuenta con 655 colegiados que, por *lugares de*

(continúa en la pág. 45)

ANDALUCÍA ORIENTAL

Granada en la coordinadora de Madrid, sección de Psicólogos en el Colegio de Doctores y Licenciados, y por fin a partir de la Ley de Creación del Colegio de Psicólogos, se constituye la Delegación, muy unida a Doctores y Licenciados en materia de local y personal hasta que en 1982 nos independizamos y ya tenemos nuestra propia sede. Nuestra Delegación en sus Estatutos Internos tiene cuatro sedes que a través de los vocales conectan la Junta con los Colegiados de dichas Provincias, se tiende a que cada vez estas sedes sean más autónomas.

Número de Colegiados, evolución y previsiones:

En la actualidad, (Octubre - 83), nuestro número de Colegiados es de 455, demográficamente repartidos de la siguiente forma:

Granada	190
Málaga	130
Jaén	63
Almería	62

Si bien en el primer y segundo año el número de Colegiados aumenta lentamente, en la actualidad aumenta en progresión elevada. En el presente año ha sido de un 30% superior al año anterior.

Miembros de la Junta Rectora:

Nuestra Junta actual toma posesión de su cargo el 26 de Julio de 1983, tres de sus miembros formaron parte de la Junta anterior, esto se produce después de las elecciones del 27 de Junio a los que acuden dos candidaturas y de las que sale la actual en todos sus miembros. La Junta está integrada por:

María López Domenech, como Presidente. Licenciada por la Universidad de Granada en el año 1979. Psicólogo clínico de "Aliter", centro de Psicología, en Granada desde 1980.

Adriana Linde Martín, como Vicepresidente. Licenciada por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1976. Trabaja en Málaga como Psicólogo escolar en un colegio privado, y es integrante de "Taller de Psicología".

Manuel Serrano Canón, como Secretario. Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1976. Trabaja en Albolote (Granada) como Psicólogo y es fundador del Gabinete de Psicología "Psicobuleia".

(continúa en la pág. 46)

Entrevista

María López Domenech, Presidente

—¿Desde cuándo eres miembro del Colegio de Psicólogos? ¿Cuánto tiempo hace que eres miembro de la Junta?

—Soy miembro del Colegio de Psicólogos desde el mismo día en que se creó la Delegación (GR-004), incluso antes de este día, venía trabajando para que esto fuera posible, primero desde círculos estudiantiles, después, al terminar, junto con los profesionales que salimos en el 79, y con todos aquellos otros que desde hacía tiempo estaban integrados en la sección de Psicología de Doctores y Licenciados y en conexión con la coordinadora, junto con otras Provincias de la Delegación.

Soy miembro de la Junta también desde el principio colaborando de distintas formas, fui Secretaria en la Junta anterior.

—¿Cuáles son las principales motivaciones de la actual Junta?

—Las motivaciones personales y dado que nuestra Delegación y nuestro Colegio en general, lo tiene todo prácticamente por hacer: (aprobación de Estatutos, Estatutos Profesionales, dignificación del puesto de trabajo, ampliación, etc.) son afortunadamente bajas, cada uno de los cargos requiere mucha ilusión y bastante resistencia a la frustración, sin embargo, las motivaciones están precisamente en esto: en hacer todo o gran parte de lo que esté sin hacer y abrir todos los canales posibles para que todo el colectivo pueda colaborar.



—¿Con qué dificultades te encuentras a la hora de llevar a cabo la tarea colegial?

—La principal dificultad viene derivada del no contar con la aprobación de los Estatutos del Colegio y los Estatutos Profesionales para responder a determinadas demandas que hace el Colegiado.

Por otra parte, la baja colaboración de los Colegiados, hay una cierta apatía y tenemos que buscar alternativas de conexión y motivación, esto es un tema preocupante al que intentamos la actual Junta dar resolución.

—¿Qué nivel de integración tiene la psicología en la Sociedad, llega a la opinión pública?

—Prácticamente la mayoría de nuestras inquietudes y las de todos los Psicólogos de la Delegación, es llevar a la opinión pública no sólo a la gente de la calle, sino incluso a profesionales afines, con los que cada día hay que trabajar o dialogar: Médicos, Maestros, A. Sociales, Abogados... Hay un gran desconocimiento de lo que es el Psicólogo, y a veces, no sólo desconocimiento, sino un mal conocimiento, prejuicios y generalidades erróneas. En nuestra Delegación se hizo un primer intento de acercamiento con las Primeras Jornadas de Psicología y Sociedad celebradas en Marzo, con ellas se quiso llegar a los distintos estamentos y profesiones afines. Sin embargo, el tema es importante y debe estar presente en

(continúa en la pág. 46)



Entrevista

Juan Daniel Ramírez, Presidente

—Es evidente que esta Delegación está en crecimiento, el número de colegiados ha aumentado y es aspiración de todos el que nuestro Colegio sea un Colegio sólido y bien implantado, capaz de defender los derechos y deberes de los profesionales además de poner en marcha un buen número de actividades. Pasar del deseo a la realidad es difícil, comporta grandes problemas, por qué no empezar hablando de éstos al comienzo de la entrevista y así superamos pronto y rápido el trago más amargo. Además de este modo no nos obstaculizan a lo largo de nuestra conversación.

—Estoy de acuerdo con ello, cuanto antes mejor. Pues bien, hablar de problemas es hablar de economía y hablar de economía es algo que se ha convertido en un tópico. Sin embargo es de obligada necesidad referirse a ella, sobre todo en casos como el de nuestra Delegación que ha tenido un fuerte crecimiento en cuanto a actividades se refiere y, a pesar de ello, seguimos operando con unas fuentes de financiación muy limitadas. Como por ejemplo diré que la comunicación, que es un aspecto fundamental de la vida colegial y especialmente en un Colegio joven con colegiados también jóvenes, es algo que nos cuesta un considerable esfuerzo económico. La creación de nuestra propia revista "Apuntes de Psicología" nos ha llevado a un replantea-

miento presupuestario de cierta importancia en el que hemos tenido que sacrificar cosas, tales como dejar temporalmente la suscripción a "Papeles del Colegio" y reducir el número de ejemplares que se venían recibiendo en esta Delegación.

Nos gustaría mantener esta suscripción de manera que llegara con periodicidad a todos los colegiados. No obstante, disponer de una revista propia nos hace prescindir por ahora de un órgano de expresión de primera magnitud, que permite una comunicación más amplia entre todas las nacionalidades y regiones del Estado, algo que es frecuente en aquellos países que han alcanzando un mayor desarrollo que nosotros en lo científico y en lo profesional.

Pero la falta de financiación no solo se nota en este aspecto, sino en otros muchos. Por ejemplo, en la dificultad que con frecuencia se tiene para conseguir espacios adecuados en los que impartir los cursos organizados por el Colegio, o de disponer de un local más amplio y asequible a nuestros colegiados, en el que sea posible reunirse en grupos más menos numerosos.

—A pesar de las dificultades que la economía depara ¿cuáles son las expectativas más inmediatas para el futuro de esta Delegación?

—Hay muchas cosas de las que hablar pero quizás las que más nos preocupan para un futuro próximo, sea la de llegar a consolidar y articular una estructura funcional que

(continúa en la pág. 47)

ANDALUCÍA OCCIDENTAL
residencia, se distribuyen de la siguiente forma:

Provincia de Sevilla: 475 colegiados
Provincia de Cádiz: 90 colegiados
Provincia de Huelva: 59 colegiados
Provincia de Córdoba: 30 colegiados
Ceuta: 1 colegiado

Por años, desde la constitución del Colegio, la evolución de la colegiación ha seguido este ritmo:

Año	Nuevos Colegiados	Total Colegiados
1980	97	97
1981	161	258
1982	171	429
1983	226	655

(Hasta 12 Diciembre)

En base a los datos disponibles derivados de una encuesta pasada entre los colegiados de la Delegación, la situación laboral existente entre los psicólogos en Andalucía Occidental sería:

- Aproximadamente el 30% se dedican profesionalmente en exclusiva a la Psicología, siendo ello su única y suficiente fuente de ingresos.
- Un 28% trabaja en tareas psicológicas en situación de subempleo.
- Alrededor del 11% desarrollan su trabajo en áreas que no tienen nada que ver con la Psicología.
- Algo más del 31% se encuentran en paro total.

Dado que, según la Secretaría Estatal, el índice de penetración de la colegiación entre los profesionales de toda España estaría próximo al 75% y, dando por sentado que la mayoría de los profesionales no colegiados correspondería a las categorías de parados o con trabajo fuera de la Psicología, hay que pensar realísticamente que habría que bajar los porcentajes de psicólogos con pleno empleo o con subempleo en Psicología e incrementar los correspondientes a las otras dos categorías. El panorama, evidentemente, no es para estar contentos.

En cuanto a intereses se refiere, utilizaremos los datos derivados de la encuesta a la que se hacía referencia más arriba. Esta encuesta fue elaborada según el proyecto de la UNESCO para la tipificación general de Ciencias y Tecnología y recoge hasta 90 posibles áreas de actuación psicológica. Los psicólogos de Andalucía Occidental manifiestan estas preferencias fundamentales:

Atendiendo a las trece grandes áreas de clasificación dentro de Psicología según la UNESCO, las preferencias vocacionales y la demanda de formación se estructuraría de la siguiente forma:

(continúa en la pág. 47)

ANDALUCÍA ORIENTAL

Antonio Tejeda Roldán, como Tesorero. Licenciado por la Universidad de Granada en 1981. Miembro de Psicobuleia y Reeducador del Centro de Estimulación Precoz y Tratamiento Recuperador de Albolote.

Francisco Martos Perales, como Vocal nº 1. Es profesor de Psicología en la Universidad de Granada. Lic. por la Universidad de Granada en 1979.

Andrés Rodríguez Fernández, como Vocal nº 2. Es Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1976. Es Doctor-profesor de Psicología en la Universidad de Granada.

Juan Vicente Vázquez, como Vocal nº 3. Es Psicólogo del Hospital Psiquiátrico de Almería y colaborador del Tribunal de Menores.

M.ª Victoria Gallardo Jáuregui, como Vocal nº 4. Licenciada por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1979. Trabaja en el Centro de Parálisis Cerebrales de Málaga.

Francisco Miras Martínez, como Vocal por Almería. Psicólogo. Profesor de Psicología de la Escuela de Formación del Profesorado de Almería.

Antonio M.ª del Río Sánchez, como Vocal por Granada. Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en el año 1977. Psicólogo del Centro de Formación Profesional "Ramón y Cajal" de Granada.

Remedios Fernández Herrera, como Vocal por Jaén. Licenciada por la Universidad de Granada en el año 1981. Psicólogo del Centro Asesor de la Mujer dependiente de la Diputación de Jaén.

Rosalía Gómez Ríos, como Vocal por Málaga. Licenciada por la Universidad de Granada en el año 1980. Trabaja como Psicólogo clínico y jurídico en "Apice" Gabinete de Psicología, Málaga.

Las funciones de la Junta permanente vienen dadas específicamente, después hay un vocal por cada provincia y su principal función es conectar a la Junta con los Colegiados (Asambleas Provinciales) recogiendo la máxima información, dirigen tareas específicas de formación, en algunos casos asumen tareas burocráticas además de representaciones concretas.

Las responsabilidades de los cuatro vocales generales no están especificadas de forma estable, si bien tienen tareas concretas de formación, información, trabajos específicos según acuerdos tomados en el Pleno de la Junta Rectora, progresivamente se intentará que asuman alguna responsabilidad específica y estable, según que las necesidades de la Junta y Colegiados vayan configurándose.

(continúa en la pág. 48)

todos nuestros objetivos, llevar a la opinión pública y dignificar nuestra profesión, creo que para ello hay en primer lugar que combatir el intrusismo, mejorar nuestra formación, y a veces mejorar el sistema retributivo. Hasta ahora se vienen haciendo prácticas estudiantiles no contratadas, trabajos sin ningún tipo de retribución o escasa, y esto desemboca en ese "mal conocimiento" del que antes hablaba. Al margen de estas y otras mejoras internas tenemos que salir fuera, utilizar los medios de comunicación, y estar en todos aquellos lugares donde el psicólogo es el bienestar social que se hace imprescindible.

—Ante la planificación que se están llevando a cabo en las distintas Conserjerías de la Junta de Andalucía, ¿cómo ves la inclusión en los distintos sectores de actividad?

—Hemos mantenido contactos con las Consejerías más afines: Educación, Trabajo y Seguridad Social, Servicios Sociales y Salud.

En realidad el nivel de "madurez" o estructuración de nuestro Gobierno Autonómico es aún escaso, están en período de ordenación, reparto, etc., lo que principalmente se ha intentado es que nos conozcan y conocerles; al preguntarles sobre la planificación y el nivel de inserción de los Psicólogos no hay respuestas claras, la planificación está haciéndose. En Educación parece que van a seguir con la misma técnica, no abrir puertas a los que no sean funcionarios, de las 108 plazas que se van a cubrir para centros psicopedagógicos comarcales, todos ellos serán maestros psicólogos en Comisión de Servicio, y lo que es aún más grave no serán retribuidos en tanto que al cargo que ocupan. En Servicios Sociales, aunque tampoco hay nada claro, parece más una puerta abierta por la que los Psicólogos podemos entrar, esperamos que no nos incluyan y aumente el grupo de "marginados". En Salud, parece que el Psicólogo no entra con ningún tipo de entidad propia de planificación.

La inserción del Psicólogo es difícil, sin embargo, todos estamos empezando, ellos y nosotros, intentaremos no perder el tren, nos han ofrecido todo tipo de colaboración y a la vez se nos pide cualquier estudio, análisis y alternativa que los profesionales de la psicología podamos aportarles, esto lo valoramos como positivo.

—¿Qué otros contactos estáis manteniendo?

—En principio se ha contactado

por escrito con organismos provinciales y locales: Direcciones Provinciales, Diputaciones, Ayuntamientos, Centros de Salud, Asociaciones... Por otra parte se están manteniendo entrevistas con aquellos más cercanos, lo que principalmente se desea es una buena relación e insistir que cuenten con el Colegio. Se observa un conocimiento vago de la Psicología y más aún del Colegio de Psicólogos. A la hora de hablar de puestos de trabajo, todo se hace más difuso, a veces te hacen sentir cierta impotencia. Insistimos mucho en que se cuente con el Colegio para todo lo relacionado con la Psicología, que los puestos de trabajo salgan a la luz pública, participar en tribunales de oposición o méritos, etc. Hasta ahora lo andado no ha sido en vano. Pero hay mucho que andar...

—¿Qué canales de participación tienen los colegiados?

—Hasta ahora, tenemos establecido las reuniones Provinciales periódicas, las comisiones de trabajo y acción y el Boletín de reciente publicación, como he dicho antes una de las mayores preocupaciones de la Junta es la colaboración e inserción del Colegiado en las tareas colegiales, cualquier canal que acoja la solidaridad y el enriquecimiento de la profesión es no sólo válido, sino imprescindible.

—¿Cómo ves la falta de empleo, el subempleo y qué soluciones os planteáis para ello?

—Creo que el paro y el subempleo es el principal problema de los psicólogos por tanto también del Colegio, sin embargo, y a pesar de que ésta es la mayor angustia que se observa en los Psicólogos, por otra parte totalmente explicable, por la salud de nuestro colectivo y a veces por la dignificación personal y profesional y dado que el Psicólogo desde que es estudiante sabe la realidad profesional, sus expectativas deberían estar lo más acordes a una realidad aplastante, se evitarían de esta forma "frustraciones" y a la vez insolidaridades, competencias malsanas, lo que no quiere decir conformismos, sino un análisis objetivo de una realidad y unos pasos a veces cortos, pero ciertos, para transformarla.

Después de esta opinión, tenemos este problema como muy importante, para ello no cesaremos de apelar a los organismos públicos.

A nivel práctico queremos crear una bolsa de trabajo y una Comisión de parados y hacer que los puestos de trabajo sean lo más claro y diáfanos posible. ■

JUAN DANIEL RAMÍREZ

abarque a las dos Delegaciones que existen en Andalucía. Esto es algo que ambas Delegaciones deseamos, por razones obvias, que no es necesario reseñar aquí.

Ahora bien, ¿en qué forma debe llevarse a cabo el desarrollo de esta estructura? Esto es algo que está por concretar. Sea cual fuera el sistema elegido, lo importante es que ni una ni otra pierdan independencia y capacidad de acción, y que sin embargo podamos llegar a establecer proyectos conjuntos acordes a nuestra realidad.

Esto es importante porque además, los organismos con los que se contacta prefieren siempre negociar con una institución que a ser posible sea representativa de toda Andalucía. No obstante hay que partir de un hecho significativo, y es que la amplitud geográfica de nuestro territorio exige que mantengamos la especificidad de cada zona.

—**Algunas veces el trabajo interno de la Junta Rectora lleva a que sus miembros descuiden el contacto periódico con otras instituciones y con los medios de comunicación que a la postre son los que nos acercan a la sociedad ¿cómo nos encontramos al respecto?**

—En esa pregunta hay en realidad dos cuestiones y como tal deben contestarse por separado. En primer lugar hay que decir que la Junta está atendiendo con máximo interés el contacto con instituciones que tienen como objeto el desarrollo profesional y/o científico.

Nuestro Colegio es miembro fundador de la Fundación Universitaria que hace un año aproximadamente se puso en marcha auspiciada por la propia Universidad de Sevilla, con el objeto de estimular la vida cultural y científica dentro de los ámbitos universitarios y extrauniversitarios.

De otra parte, en la Junta recientemente hemos desestimado la pertenencia del Presidente a la recién creada Unión Profesional Andaluza, puesto que todos albergábamos serias dudas sobre los objetivos que dicho club de notables persigue.

—**Y en cuanto a la presencia en los medios de comunicación...**

—A veces uno piensa que el psicólogo no sabe valorar adecuadamente la presencia de nuestros conocimientos en los medios de comunicación, y es curioso porque si hay alguien que conozca adecuadamente el problema de la información y la comunicación es el mismo psicólogo. Esto quizás se deba a que algunos de nosotros hemos tenido experiencias no demasiado gratas al respecto. Sea como fuere habría que organizar y programar adecuadamente la presencia de la profesión en los medios de comunicación ya que ello permitiría orientar a un público necesitado de asistencia psicológica en cual-

quiera de nuestras áreas profesionales.

—**Y hablando de áreas de trabajo ¿cómo ves el futuro de la Psicología escolar?**

—Este es un punto peliagudo, especialmente porque no sería extraño que en el futuro pueda haber una relativa oferta de trabajo. Somos muchos los que pensamos que no es posible la renovación pedagógica propugnada por muchos educadores si no se incorpora el psicólogo a la Educación.

Pero además, esta incorporación debería planificarse, y mucho nos tememos que los poderes públicos no se estén planteando seriamente el problema y en la creación de los equipos multiprofesionales se tienda a reducir al psicólogo a un papel de mero burócrata. Da que pensar la resolución aparecida recientemente en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía por la que se convoca concurso público de méritos para cubrir plazas de psicólogos en los Servicios de Apoyo Escolar. Estos servicios se ocuparán con Profesores de E.G.B. que poseen además el título de psicólogo. El hecho de que el primer y único requisito en la práctica sea que el psicólogo pertenezca al cuerpo de funcionarios, da un cierto tufillo a burocratismo y tiende a cerrar la posibilidad de crear un cuerpo de verdaderos profesionales en donde el baremo para la selección de éstos sea otro muy distinto. Por otra parte, seamos sinceros, esto crea una competencia desleal. De seguir las cosas como están, el Colegio debería proponer a nuestra Universidad la supresión del curso puente que facilita el acceso a cuarto curso a los profesores de E.G.B. y que conste que esto no es nada personal. Yo mismo tengo el título de Magisterio y he trabajado como Profesor de E.G.B. antes de licenciarme en Psicología. Mi preocupación es que de seguir las cosas así, estas medidas pueden reforzar el arribismo y la promoción fácil.

—**¿Qué tendrías que decir respecto a la Psicología clínica?**

—A mi, como a tantos, me preocupa este tema; quizás porque es mucha y muy grave la responsabilidad que contrae el psicólogo clínico y también porque es donde podemos ser juzgados más duramente. Muchas miradas convergen hacia nosotros, pendientes del posible éxito o fracaso en este campo.

Con frecuencia uno se asusta porque ve que afloran gabinetes y consultas privadas en gran número, quizás porque no hay otra salida y en gran medida porque atrae a un número importante de recién licenciados. Esto conlleva a que, sin demasiados conocimientos prácticos y teóricos se lancen a una práctica profesional difícil y arriesgada. ■

ANDALUCÍA OCCIDENTAL

Comisiones de Trabajo

La estructuración y organización de las actividades de los colegiados de Andalucía Occidental a través de Comisiones, han sido consideradas fundamentales por la actual Junta Rectora y así, desde su toma de posesión, se ha potenciado la constitución de distintos grupos de trabajo que, en la actualidad, son los siguientes:

- Comisión de Psicología Clínica.
- Comisión Deontológica.
- Comisión de Empleo.
- Comisión de Psicología Escolar o Infantil.
- Comisión de Formación.
- Comisión de Investigación.
- Comisión de Seguridad Vial.
- Comisión de Psicología Social y Comunitaria.
- Comisión de Psicología del Trabajo.

Además de estos grupos de trabajo de la Junta Rectora dimana, provisionalmente, el Consejo de Redacción del órgano de comunicación de la Delegación: "Apuntes de Psicología".

La Junta Rectora

La actual Junta, tras ser proclamada (candidatura única), tomó posesión el 10 de marzo de 1982 y está compuesta por las siguientes personas:

Presidente: Juan Daniel Ramírez Garrido. Vicepresidente: Antonio Sánchez-Barranco (Corresponsable de las Comisiones Deontológica y Clínica). Secretario: Francisco Fernández Serra (Corresponsable de las Comisiones Deontológica y de Investigación. Director de "Apuntes de Psicología"). Vicesecretaria: Pilar Calero García (Corresponsable de la Comisión de Psicología Escolar e Infantil). Tesorero: Francisco Javier Pérez Santamaría (Secretario Técnico de Redacción de "Apuntes de Psicología"). Vocal 1º: Irene Fuentes Caro (Corresponsable de la Comisión de Psicología Escolar e Infantil). Vocal 2º: María del Pilar Hernández Villares (Vocal por Huelva). Vocal 3º: José Ignacio Navarro Guzmán (Vocal por Cádiz). Vocal 5º: José Luis Domínguez Lavado (Responsable de la Comisión de Psicología del Trabajo). Vocal 6º: Carmen del Río Sánchez (Corresponsable de la Comisión Clínica).

Desde el comienzo de su gestión hasta hoy, la Junta ha sufrido algunos cambios, así, han dimitido los vocales cuarto y séptimo por incompatibilidades de dedicación entre su trabajo y la pertenencia a la Junta y, por el contrario, se han incorporado a

(continúa en la pág. 49)

Actividad colegial: Comisiones, presupuesto, publicaciones, actividades de formación:

Como hemos dicho anteriormente la principal actividad colegial se produce en las distintas Provincias-Sedes de nuestra Delegación. Periódicamente se hacen reuniones provinciales donde se propone y discute las distintas acciones a llevar a cabo. Después de muchos intentos de crear comisiones desde "arriba", no se han obtenido en nuestra Delegación grandes resultados. Sin embargo, hay ya en funcionamiento distintas comisiones que han surgido espontáneamente a partir de unas problemáticas comunes, de esta forma contamos en la actualidad con la comisión de Jurídica y comisión de clínica, basada en la actualidad en problemáticas con reeducaciones, más o menos válidas para la resolución de problemas, estudios de necesidades, y alternativas en este campo profesional. Por otra parte, la Junta intenta recuperar aquellas comisiones clásicas repartidas en el campo profesional: escolar, laboral, defensa profesional, formación e información.

Nuestro presupuesto en la actua-

lidad es de aproximadamente 2.000.000 de pesetas, que si bien es una cantidad para tener que utilizar la imaginación por parte de los que tenemos que distribuirla, empieza a dejarnos cierto margen para poder contar en la actualidad con un local aprovechable, un administrativo, y con una mínima infraestructura de movimiento para poder ofrecer al Colegiado cada vez una mejor atención.

Respecto a publicaciones, una de las mayores preocupaciones de la Junta Rectora, era la necesidad de contar con un medio informativo abierto a cualquier tipo de colaboración, ésta es nuestra primera y única publicación: el Boletín Informativo de la Delegación que a partir del mes de Octubre está abierto y saldrá bimensualmente.

Lo que hasta la fecha se ha llevado a cabo es: Curso de Evaluación y Bio Fed-Back, Terapia de Pareja, Dos cursos de Psicología Cognitiva, Dos cursos de Habilidades Sociales, cursos de Reciclaje sobre Depresión y aportaciones Psicofisiológicas en Psicología Clínica, Jornadas de Psicología y Sociedad, Psicología Jurídica...

Actualmente estamos elaborando el plan de actividades a corto y largo plazo. A largo plazo el plan abarcará las siguientes áreas:

- Apertura a nuevos campos de la Psicología en nuestra Delegación: Jurídica, Seguridad Vial, Tercera Edad, Deportes...
- Cursos de Reciclaje y Específicos

en las distintas áreas: Escolar, Clínica, Reeducación, Laboral, otros de tipo más generalizado: Evaluación, Lenguaje, Psicomotricidad. Todo esto en colaboración con organismos afines: Junta de Andalucía, Universidad, I.C.E.S., Insero, Diputaciones...

Relaciones con la Universidad:

Facultad de Psicología, dentro de nuestra Delegación hay en Granada, en la Universidad de Málaga se hacen los primeros cursos, así como en Jaén y Almería en los respectivos Colegios Universitarios. Las relaciones con la Universidad hasta ahora han sido escasas, en la actualidad intentamos integrar al mayor número de profesorado en el Colegio, dos de los miembros de la Junta son profesores en la Universidad y tenemos otras colaboraciones por parte de colegiados docentes. El plan de actividades que se va a llevar en la Facultad de Granada, se va a hacer íntegramente en colaboración con el Colegio, y en nuestras actividades de reciclaje queremos que sean en su mayoría con profesionales de nuestra Delegación. Uno de los estamentos hasta ahora "relativamente" olvidado ha sido el alumnado, en la actualidad se pretende mantener relaciones, sobre todo en el último curso: presentación de nuestro bo-

ANDALUCÍA OCCIDENTAL

ella como miembros cooptados y responsables de Comisiones estos compañeros: Santiago Benjume Rodríguez (Comisión de Investigación), José Carlos Caracul Tubío (Comisión de Formación), Manuel Sotomayor Saez (Comisión de Seguridad Vial) y Felipe Vallejo Jiménez (Comisión de Psicología Social y Comunitaria).

De entre los miembros de la Junta Rectora, Presidente, Vicepresidente, Secretario, Vicesecretaria y Tesorero constituyen la Comisión Permanente; encargándose los dos primeros fundamentalmente de todo lo que significan relaciones institucionales de la Delegación mientras que Secretario y Vicesecretaria atienden básicamente a la organización interna y el Tesorero a lo relativo a la gestión económica. De la Comisión Permanente depende, provisionalmente, la Comisión de Empleo.

La actual Junta Rectora vino a sustituir a la Provisional que había venido actuando al frente de la Delegación desde su creación y que presidida por Margarita Laviana Cuetos (presidenta igualmente de la antigua Sección de Psicólogos del Colegio de Doctores y Licenciados de Sevilla) se

enfrentó, con éxito, a las pesadas y fundamentales tareas de dotar a la Delegación de la infraestructura mínima para poder funcionar, así como a iniciar la colegiación.

Actividades desarrolladas por la Delegación de Andalucía Occidental

Formación permanente

Pasando a presentar las actividades desarrolladas por la Delegación en los últimos tiempos, y tratando de ligar estas actividades con los objetivos que se marcó la actual Junta Rectora, comenzaremos por las actividades de formación ya que nos parecen un medio indirecto pero eficaz, de luchar por un papel más relevante del psicólogo en nuestra sociedad desde el momento en que aumenta su capacitación y su propia seguridad personal y profesional, necesarias de adquirir en un colectivo

joven en el que muchos de sus componentes están desempleados.

Estos son los cursos directamente organizados por la Delegación y desarrollados a lo largo de 1982 y 1983:

- *La asistencia psicológica en el centro escolar. Etapa preescolar y ciclo inicial.* Noviembre 1982. Sevilla. Profesor: D. José Manuel Soler.
- *Aspectos psicológicos del autismo infantil.* Febrero 1983. Sevilla. Profesor: D. Angel Riviere.
- *Terapia del comportamiento aplicada a disfunciones sexuales y depresión.* Marzo 1983. Huelva. Profesores: D. José Antonio I. Carrobes y D. Julio Alvarez Cerveró.
- *Psicoterapia infantil. Teorías y técnicas.* Mayo-Junio 1983. Sevilla. Profesora: Doña Carmen Navarro González.
- *Informática aplicada a las Ciencias Humanas.* Noviembre 1983. Febrero 1984. Sevilla. Profesor: D. Carlos Camacho Martínez.
- *Técnica psicoanalítica.* Noviembre 1983-Enero 1984. Sevilla. Profesor: D. Antonio Sánchez Barranco.

Estos seis cursos han supuesto la participación de 273 colegiados y un

tín, apertura de los cursos prácticos de formación... se pretende, además, mantener relaciones más estrechas a nivel de plan de estudios y otras actividades de tipo práctico.

La Delegación y la Junta de Gobierno Estatal:

Hasta ahora las relaciones mantenidas, si no exclusivamente, si en su mayoría han sido burocráticas. A veces se echa en falta una información más cercana de todo lo que a nivel central se lleva a cabo. Sin embargo, en un colegio de nueva creación, la labor de la Junta de Gobierno se considera positiva. La alternativa y problemática más candente es la falta de contacto entre las Delegaciones, esto de alguna forma podría coordinarlo la Junta Estatal: intercambios profesionales, reuniones de los distintos cargos de la Junta de las distintas Delegaciones...

Perspectivas: ¿Formar Colegio independiente?

Estamos en contacto con la Junta Rectora de la Delegación de Andalu-

cía Occidental, sobre todo para los contactos que venimos manteniendo con la Junta de Andalucía. Queremos intercambiar actividades, modos de trabajo, problemática, etc. En la actualidad no se ha tocado el tema de Colegio independiente, parece que con la aprobación de los Estatutos, Andalucía se independizaría, sin embargo, no está claro —y esto dependerá también del Gobierno Andaluz— si será un sólo Colegio Andaluz o si las distintas Delegaciones, Oriental y Occidental solicitarán Colegios independientes con algún órgano federado.

Demandas a "Papeles del Colegio, Psicólogos"

El colectivo de Psicólogos de Andalucía Oriental está contento con la edición de Papeles del Colegio, se tocan temas actuales, candentes y es el medio con el que contamos para una comunicación entre todos. En este sentido, nuestra Delegación agradece el enorme esfuerzo por parte de la Delegación de Madrid. Por otra parte, y dado que informar a los Colegiados es un objetivo prioritario, demandamos una mayor actualidad en las informaciones, sobre todo de formación y puestos de trabajo. Nuestra Delegación pretende dar una información actualizada de todo

lo que ocurre en nuestro ámbito geográfico, nuestras dificultades se hacen mayores en un nivel nacional. Por tanto, en esta materia las Delegaciones debemos tener un mayor contacto con Papeles del Colegio, de lo que parece ser esto un primer intento.

Preocupaciones más sentidas entre la Junta y los Colegiados:

La preocupación más sentida por parte de la Junta es la baja colaboración por parte de los Colegiados, es uno de nuestros objetivos y temas de preocupación hacer que los Colegiados participen y colaboren en la tarea colegial. Surgen a veces también dificultades de coordinación entre las Provincias o Sedes Provinciales, ya que nuestro principio es principalmente democrático y a veces esto se hace difícil en un ámbito geográfico extenso. Las preocupaciones de los Colegiados vienen dadas y éstas, a su vez, como preocupaciones de la Junta: por una información rápida, una formación que recoja los distintos campos, control de los puestos de trabajo que se haga de forma pública y democrática, la dignificación de la profesión, instrumentos comunes (certificados oficiales, etc.). ■

total de 174 horas lectivas. Los precios de inscripción han variado, según los cursos, desde 3.500 a 10.000 pesetas y se han reservado un 20% de las plazas disponibles para matrícula gratuita de colegiados en paro.

Además de los cursos, la Comisión de Psicología Clínica organizó una conferencia-coloquio sobre *Psicoterapia dinámica breve-intensiva* que corrió a cargo de D. Manuel Trujillo.

También en la línea de potenciar la formación de los colegiados y su constante puesta al día, a propuesta de la Comisión de Investigación, se han creado los *Primeros Premios de Investigación 1983* para colegiados de Andalucía Occidental. Son cuatro los premios dotados cada uno de ellos con 250.000 pesetas más el compromiso de publicación y corresponden a estas áreas: a) Psicoanálisis, Psicología Dinámica y Psicoterapia. b) Psicología Social, del Trabajo y Comunitaria. c) Psicología Cognitiva y evolutiva. d) Psicología Conductual. Alternativamente se premiarán trabajos aplicados o básicos y a partir de la tercera convocatoria, sólo podrán concurrir a ellos los licenciados en los dos cursos inmediatamente anteriores.

Otras actividades de formación en las que han participado la Delegación de Andalucía Occidental durante este último período y que, además —al suponer contactos con otras instituciones— han servido al objetivo de potenciar la imagen y papel del psicólogo así como consolidar la actuación del C.O.P., han sido las siguientes:

- *Jornadas de relaciones Públicas 82*. Organizadas por la Escuela de Relaciones Públicas CASCIO. Sevilla. Abril 1982.
- *III Semana de Psicología de la Universidad de Sevilla*. Organizada por estudiantes de la Facultad de Filosofía y CC. de la Educación (Sección Psicología) de Sevilla. Mayo 1982.
- *Curso de Modificación de conducta en ambientes educativos*. Organizado por el COP (Andalucía Occidental) junto con el ICE de la Universidad de Cádiz. Cádiz. Mayo y Junio 1982.
- *Symposium Nacional sobre Terapias del Comportamiento*. Organizado por el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz. Cádiz. Noviembre 1982.

- Conferencia de *Moustafá Safouan sobre "La Transferencia"*. Organizada por el Instituto Francés de Sevilla. Enero 1983.
- Cursos sobre *Seguridad vial y evaluación psicológica*. Organizados por el Centro de Salud Mental, A.I.S.N. de Sevilla. Febrero y Marzo de 1983.
- *Primeras Jornadas Andaluzas de Psicología y Sociedad*. Organizada por la Delegación de Andalucía Oriental del COP. Granada. Marzo 1983.
- Mesas redondas multiprofesionales sobre *Problemática de la familia actual*. Organizadas por la agrupación norteamericana Professional Seminar Consultants Inc. Sevilla. Marzo 1983.
- *III Jornadas sobre drogodependencia y psicotrópicos*. Organizadas por el Gabinete Regional de Psicología de la Jefatura Superior de Policía de Sevilla. Abril 1983.
- *Primer Congreso Nacional de Psicología del Trabajo*. Organizado por el COP (Delegación de Madrid) y la Sociedad Española de Psicología. Madrid. Abril 1983.
- *Primer Coloquio Internacional sobre Cerebro y Agresión*. Organi-

(continúa en la pág. 50)

zado por el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y CC. Educación de la Universidad de Sevilla. Sevilla. Mayo 1983.

Relaciones Institucionales de la Delegación

De cara a lograr el máximo cumplimiento del objetivo de potenciación del papel del psicólogo y del propio Colegio, está claro que los contactos institucionales son primordiales. En este plano deben entenderse las relaciones mantenidas con diversas Direcciones Generales de la Junta de Andalucía, Diputaciones provinciales de Cádiz, Huelva y Sevilla, Ayuntamiento de Huelva y Sevilla así como de distintos pueblos de las provincias de Cádiz y Sevilla. La Comisión de Psicología Escolar e Infantil, por su parte, ha dirigido cartas a los Ayuntamientos de la mayoría de los pueblos de las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla razonando la conveniencia y posibilidad de implantar gabinetes psicopedagógicos municipales, incluso ofreciéndose —junto con la Comisión de Empleo— a gestionar la hipotética selección de proyectos y personas para atender a tales servicios.

También con la Universidad de Sevilla, y por distintos motivos, han existido contactos. En concreto, se han mantenido entrevistas —varias en la mayoría de los casos— con el Rectorado, con el Vicerectorado de Ordenación Académica, con el Centro de Orientación de Empleo y con el Decanato de la Facultad de Filosofía y CC. de la Educación. Estas relaciones, necesarias en su momento, facilitarán que en su día, el Colegio pueda participar en la renovación de los planes de estudio de la licenciatura en Psicología.

Un apartado importante de las relaciones externas de la Delegación, lo constituye los encuentros con otros Colegios Profesionales. En particular, y por diferentes asuntos, se han mantenido encuentros con los Colegios de Abogados, Asistentes Sociales, Economistas, Farmacéuticos, Ingenieros Industriales, Médicos y Químicos y, en general con la práctica totalidad de representantes de los Colegios existentes en Andalucía como consecuencia de la elaboración de los Estatutos de la Unión Profesional de Andalucía, asociación privada de presidentes de Colegios en la que los psicólogos nos estamos planteando la posible pertenencia.

Creemos especialmente interesante en el capítulo que se está tratando, sobre todo en lo referente a la potenciación del Colegio, la pertenencia del mismo a distintas Fun-

daciones que se vayan creando. Así la Delegación de Andalucía Occidental es miembro fundador de la Fundación Universitaria de Sevilla constituida en Diciembre de 1982 y que se define como "institución, con carácter de fundación cultural privada, de financiación y promoción" que prevee entre sus actividades ayudas a la investigación, cursos para postgraduados, adecuación entre enseñanza universitaria y necesidades sociales, inserción de estudiantes de últimos cursos en sus ámbitos profesionales específicos...

Igualmente, participamos con otros Colegios Profesionales en un intento de Fundación Orientada hacia la formación en prácticas de postgraduados y su consecuente fomento de empleo. El proyecto de esta Fundación, promovido inicialmente por una importante empresa sevillana, ha quedado, desgraciadamente, paralizado por ahora por dificultades de financiación.

Completando el tema de las relaciones exteriores de la Delegación, señalaremos el acto público celebrado por iniciativa del Colegio dentro de la campaña para las elecciones generales de Octubre de 1982. La Delegación preparó un encuentro con representantes de los partidos políticos parlamentarios que expusieron a los colegiados asistentes puntos fundamentales de sus programas en las áreas de educación, sanidad y servicios sociales. La asistencia al acto de la cuarta parte de los colegiados de la Delegación, así como lo animado y extenso del coloquio, nos ha demostrado la utilidad de iniciativas de este tipo de cara a la clarificación social del papel a desempeñar por los psicólogos.

Por último, indicaremos aquí que desde la toma de posesión de la actual Junta Rectora, y por diversos motivos, se han hecho públicas diez notas de prensa además de algunas entrevistas en periódicos o radios con distintos miembros de la Junta.

Relaciones con estudiantes de Psicología

Queremos resaltar este tema como un punto aparte por el carácter primordial que la Junta Rectora viene dando a las relaciones con los estudiantes de Psicología (considerándolos siempre futuros profesionales) tratando de despertar en ellos el interés por el Colegio. Ello se ha operativizado en actuaciones concretas que van desde apoyo económico y técnico a sus iniciativas (III Semana de Psicología de la Universidad de Sevilla), hasta la participación de estudiantes en Comisiones

del Colegio y aún, con remuneración, en tareas administrativas auxiliares; también se han hecho presentaciones oficiales del Colegio en la Facultad de Sevilla y se han entregado Boletines Informativos y ejemplares de "apuntes de Psicología" a estudiantes de los últimos cursos.

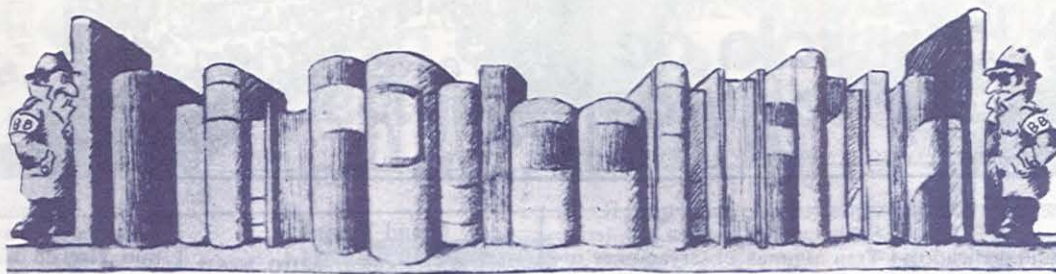
A tales "mismos", desgraciadamente poco frecuentes con nuestros estudiantes universitarios se suele encontrar eco; así, el buen ritmo de colegiación —especialmente a lo largo de 1983— puede ser un resultado tangible de la actitud del Colegio hacia los estudiantes.

Consolidación interna de la Delegación de Andalucía Occidental

En este punto queremos resaltar tres aspectos: La aparición de "Apuntes de Psicología" como revista de la Delegación, la preparación de nuestra futura Asesoría Jurídica y la creación de la Comisión Deontológica. Todo ello, además de las ventajas inmediatas que supone, significa un rodaje de cara a los servicios mínimos con los que —como futuro Colegio autónomo— deberemos contar tras el proceso de segregación previsto en los Estatutos del C.O.P.

"Apuntes de Psicología" aparece en Abril del 83 como continuación directa del "Boletín Informativo" comenzado a editar por la Delegación justo un año antes. Del "Boletín" se publicaron tres números y de "Apuntes" otros tres hasta finalizar 1983. "Apuntes", pensada como revista profesional y colegial, no excluye por ahora temas generales teóricos ni de investigación mientras en Andalucía no se cuente con una revista de esa índole. Cuando ese momento llegue, el intento contará con el apoyo —si no con la iniciativa— de la Delegación del C.O.P. de Andalucía Occidental. Hasta ahora, en los tres números editados de la revista, además de la información estrictamente colegial, aparece una docena de artículos de contenido, estando ya previstos otros seis más de tal índole para el número que saldrá en Enero de 1984.

La suscripción a la revista —que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Andalucía Occidental— está abierta para cualquier colegiado de las demás Delegaciones, existiendo el propósito decidido de sacar seis números al año.



Aplicaciones clínicas de la psicología experimental

Ediciones Morata
H. Leitenberg
Modificación y
terapia de conducta
Tomo II
Infancia y juventud
Aplicaciones generales



H. Leitenberg

Modificación y terapia de conducta. Tomo II: Infancia y Juventud. Aplicaciones Generales.

Ediciones Morata.
504 págs. 17 x 25. Rústica, 1983

En este segundo tomo* H. Leitenberg ha reunido a conocidos especialistas en la materia para que realicen una revisión exhaustiva de las Aplicaciones Clínicas de la Psicología Experimental en niños y jóvenes y en una serie heterogénea de temas reunidos bajo la etiqueta de Aplicaciones Generales.

En el Capítulo I, O. I. Lovaas y D. Newsom se han encargado de la modificación de conducta en niños psicóticos. Tras una serie de consideraciones históricas sobre el tema, estos autores analizan el autismo desde las aportaciones de la teoría del refuerzo y hacen una descripción conductual del autista, somera pero precisa. A continuación comienzan a tratar del control de la conducta psicótica,

deteniéndose en la conducta autodestructiva y en la conducta autoestimulante. Revisan seguidamente con brillantez la formación del lenguaje en psicóticos (formación de una topografía verbal, formación de significados, semántica, sintaxis y fonética). Tras describir la investigación actual sobre la percepción en estos pacientes en sus aspectos concretos (superselectividad estimular, técnicas de instigación, de instigación-desvanecimiento, generalización de estímulos y memoria), hacen lo mismo en cuanto a la motivación y a la conducta en la escuela.

En el Capítulo II, J. S. Birnbrauer se encarga de la modificación de conducta con deficientes mentales. Después de hablarlos brevemente de cuestiones metodológicas, revisa las técnicas que se han empleado en centros educativos (enseñanza programada, economía de fichas, modelado, reforzamiento social y fichas, privilegios y tiempo fuera), los problemas de transferencia y mantenimiento del cambio, efectos sobre otros niños y generalización del control. A continuación se centra en la investigación en servicios clínicos, revisando los estudios con objetivos múltiples, sobre hábitos de limpieza, de alimentación y otros repertorios de autoayuda, así como la conducta agresiva y autolesiva. Analiza también procedimientos de castigo y aversivos, comparando unos con otros, así como DRO. Por último nos habla de los trabajos hechos en centros de formación profesional, finalizando con una visión del panorama actual sobre el tema. Birnbrauer aclara todo ello con interesantes tablas de revisión.

En el Capítulo III, J. A. Burchard y P. T. Harig, tratan sobre el difícil campo de la modificación de conducta con delincuentes juveniles, revisando los más importantes proyectos de investigación que se han llevado a cabo sobre el tema para la rehabilitación desde instituciones (El CASE II, ITP, Centros juveniles...) y la comunidad (Achievement Place, en cierto detalle) y los programas de prevención basados en la comunidad (SLP, FSCP, PICA-PREP y Hunt). Como los autores concluyen, parece que resulta más eficaz modificar el ambiente del joven



sala de lecturas

delincuente que su comportamiento individual.

T. R. Risley y S. Twardosz revisan en el Capítulo IV la modificación de conducta en el jardín de infancia. Los autores, tras mostrarnos cómo el jardín de infancia es un medio ambiente diseñado específicamente para conseguir un óptimo desarrollo de los niños pequeños, revisan los procedimientos experimentales para investigar su desarrollo. A continuación analizan los problemas clínicos que en estos centros pueden encontrarse: problemas "normales" de capacidades motrices, sociales, lingüísticas y escolares y problemas graves, concluyendo acerca del diseño de entornos mejores para nuestros niños.

S. G. O'Leary y K. D. O'Leary se encargan de las aplicaciones de la modificación de conducta en la escuela, centrándose en los resultados obtenidos con distintas técnicas. Así, el uso de la atención por parte del profesor, la atención por parte de los compañeros, las recompensas, los distintos tipos de castigo, el modelado, la instrucción, los procedimientos de auto-control (auto-objetivos, autorregistro, autoevaluación, autorreforma) y los procedimientos de generalización y mantenimiento del cambio. Tras detenerse en la necesaria preparación del profesor, los autores analizan las cuestiones metodológicas más importantes en el área y sugieren

* Puede verse la reseña bibliográfica del Tomo I en PAPELES DEL COLEGIO. Marzo, 1983.

Aplicaciones
clínicas de la
psicología
experimental
Página 51

Psicoanálisis y
deficiencia
mental
Página 52

Revistas recibidas
Página 53



sala de lecturas



algunas direcciones para futuras investigaciones.

El último capítulo dedicado a niños y jóvenes se refiere a la intervención conductual dentro de la familia. R. G. Wahler se encarga de revisar este relativamente novedoso campo de aplicación de la modificación de conducta infantil, aportando incluso algunas especulaciones muy personales sobre el tema. La mayor parte del capítulo se dedica a los tipos de conductas alteradas de los niños en su medio familiar (conducta de oposición, déficits conductuales, conductas de otras edades y del otro sexo).

Tras un rápido énfasis en los determinantes situacionales de estas alteraciones, los autores realizan una detenida revisión de la evaluación conductual dentro de la familia y de los procedimientos de intervención en ella.

En la Segunda Parte de este Tomo II, se revisan una serie de temas de interés en modificación de conducta que son de aplicación general.

S. Agrad se encarga así de las aplicaciones de la modificación de conducta en la unidad psiquiátrica de un hospital general: la estructura y función de la unidad, algunas razones de su lenta introducción, algunas técnicas que se han aplicado para el diseño de ambientes conductuales, aplicaciones a problemas de conducta individuales, la interacción con la farmacoterapia y otras formas no conductuales de tratamiento y aplicaciones futuras.

En un momento de tan notable auge de la intervención psicológica, comunitaria, no podía faltar en un manual como el presente un capítulo dedicado al tema. Se encargan de ello R. P. Liberman, L. W. King y W. J. de Risi, quienes nos muestran las posibilidades de los métodos conductuales en los servicios de salud mental comunitaria y dos interesantes programas en detalle: el proyecto BAM y los programas del centro de salud comunitaria de OXNARD (EE. UU.). Por último, los autores nos hablan de los problemas que se han ido encontrando en este área y las cuestiones a resolver en el futuro.

Cada día es mayor el nivel de sofisticación y empleo de tecnología en la práctica de la modificación de conducta. Se hace, por ello, muy necesario que los manuales generales incluyan información sobre el particular y reconfir-

tante el capítulo que R. L. Schwitzgebel dedica al tema. Tras algunas observaciones introductorias, el autor comienza el tema desde cero, pero sin superficialidad en la instrumentación usual en modificación de conducta, debido a que nos informa de los procedimientos generales para el diseño de instrumentos; es de interés también para aquellos con tales pretensiones o posibilidades. Algunas fotografías, unos de los más importantes aparatos empleados ilustran el capítulo.

En el capítulo X, L. Krasner trata los clásicos temas en este tipo de manuales sobre los problemas éticos que surgen en la práctica cotidiana y las tendencias futuras en el área.

Por último se incluyen en esta edición en castellano de la obra de Leitenberg una lista de terminologías en terapia de conducta, a cargo de J. L. González Almendros y M. D. González Portal, con cada término en inglés y su correspondiente en castellano y un gráfico ilustrativo que compara los sistemas educativos en EE.UU. y España.

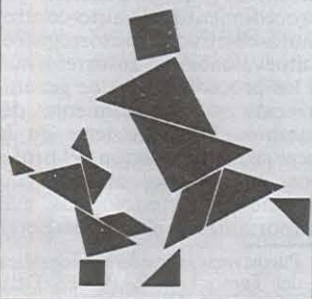
En resumen, la obra de Leitenberg representa un manual clásico en el tema, de gran valor para todo aquél que trabaje en el área clínica o escolar en Psicología, así como para los estudiantes, que tienen aquí un destacado texto de consulta.

José Luis González Almendros

Psicoanálisis y deficiencia mental

Paidós
Biblioteca
de psicología
profunda

Maud Mannoni
El niño retardado
y su madre



Maud Mannoni "El niño retardado y su madre"

Paidós. Buenos Aires, 1982

El libro motivo de esta reseña viene a reflejar los quince años de experiencia clínica de la autora con niños retrasados, y su deuda inicial con Lagache, Françoise Dolto, Colette Audry y, cómo no, con Jacques Lacan. Obra escrita desde una "posición estrictamente psicoanalítica" viene a iluminar, de un modo sencillo pero radical —en tanto asombro ante la raíz y origen de lo dado—, un campo clínico oficialmente negado al psicoanálisis: la deficiencia mental.

Sin olvidar el trastorno orgánico que acompaña a la deficiencia (capítulos I y II), Mannoni nos expone con admirable lucidez la cara oculta de la experiencia del deficiente ubicándonos en el punto de vista del psicoanalista. Más, ¿qué pinta el psicoanálisis en todo esto?, se preguntarán los bienpensantes. ¿Es que moribundo ya el psicoanálisis confunde la realidad orgánica de la deficiencia mental con el deseo de su charlatanería terapéutica? ¿Cómo explicarnos que en un libro sobre deficientes se dediquen capítulos enteros a la contratransferencia del analista o a la relación fantasmática del niño con su madre? (capítulos III y IV). Si a algún sitio conduce la autora al lector es al lugar del cuestionamiento de la realidad del deficiente como tal, y de la suya propia como persona.

Mannoni inició sus investigaciones sobre las posibilidades terapéuticas de los llamados débiles mentales en 1950, en unión de la doctora F. Dolto. Tras años de investigación y experiencia clínica, no se ahogó su inicial capacidad de asombro, y puede llegar a cuestionar la noción misma de debilidad mental. Pero, ¿a dónde ha ido a parar? "A no querer saber nada, al principio, del CI o de la alteración orgánica, a fin de escuchar hablar al sujeto, para captar, a través de su discurso y del de los padres, el sentido que había llegado a tener la debilidad mental para unos y otros".

Mientras que psicólogos, médicos y pedagogos, juntos, reueltos o separados, tratan de "reeducar" al "deficiente", Mannoni se sienta a escucharle. Ah!, ¿pero es que hablan? "Has-

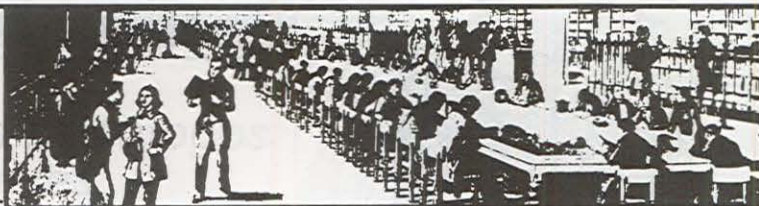
ta hace no demasiado tiempo, el psicótico era enviado al manicomio. Hoy en día, el débil mental tiene todavía por destino ser el objeto de alguien o de algo (pasa de la reeducación materna a toda clase de formas de reeducación)". Más, ¿quién le escucha y reconoce como ser humano "con deseos no alienados en el Otro"?

A fin de cuentas, lo que expone Mannoni "no es tanto un método de tratamiento opuesto a otro, sino un nuevo espíritu para encarar a un ser disminuido". Se trata de denunciar el trato en tanto objeto que el niño retrasado recibe desde las pedagogías y psicologías "más avanzadas" y conferirle su propia "dimensión de sujeto, en lugar de ser objeto peloteado que los adultos se pasan" y tratan de excluir a toda costa (científicamente, ¿no?) "no por el color de su piel, sino por la forma o la cualidad de su inteligencia".

Sin despreciar la herencia orgánica, así como la herencia del medio familiar ("historia existente ya antes del nacimiento de cada uno de los autores del drama"), y la importancia de la reeducación, se nos muestra la necesidad que tienen algunos niños de escucha y ayuda psicológica previa a todo diagnóstico y reeducación impuesto por el Otro.

¿Psicoanálisis del deficiente? ¿Cura? ¿Una vez más la arrogancia de los analistas? Mannoni contesta a los "reeducadores": "Con el término 'curar' no pretendo restituir una integridad física y psíquica comprometida por factores orgánicos no despreciables, sino liberar al sujeto de los trastornos psíquicos que frenan una evolución con un handicap inicial... a través del tratamiento... llevo al sujeto a asumir su propia historia, en lugar de permanecer alienado en la de la madre". Pues, ¿quién le escucha y reconoce como ser humano "con deseos no alienados en el Otro"?

Francisco Javier Alba



REVISTAS RECIBIDAS



INFANCIA Y APRENDIZAJE

Nº 25 - 1984 (I)

Editorial.

Michael Cole. "La zona de desarrollo próximo: donde cultura y conocimiento se general mutuamente".

Jonas Langer. "La formación de conceptos y símbolos en niños pequeños".

Fuensanta Hernández-Pina. "Actitudes lingüísticas parentales y desarrollo del lenguaje infantil".

D. Rodríguez, H. Montagner, A. Restoin, B. Schaal y V. Ullmann. Redacción: Apdo. Nº 549. F.D. Madrid.



AMERICAN PSYCHOLOGIST

Journal of the American Psychological Association
Volume 39 - January 1984
Number 1

David S. Holmes. "Meditation and Somatic Arousal Reduction: A Review of the Experimental Evidence".

William D. Garvey, Stephen D. Gottfredson, and James G. Simmons. "A Comparison of Two Major Scientific Information Exchange Processes in Psychology: 1962 and 1976".

Redacción: 1400 North Uhle Street, Arlington, Virginia 22201. USA.



INFORMES DE PSICOLOGIA

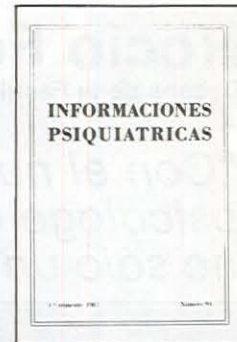
Vol. 2. Nº 3. 1983, 275-434

Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. "Influence of EMG-Biofeedback and cognitive treatment, in muscular tension level and subjective perception of pain, in chronic headache: an experimental research".

Alfonso Medina, F. "Naturaleza de la información y representación de categorías".

Lillo Jover, J. "Condicionamiento contextual y condicionamiento a estímulos fásicos: un enfoque asociativo".

Redacción: Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Despacho 1126. Madrid-23.



INFORMACIONES PSIQUIATRICAS

Nº 94. 4º Trimestre 1983

José Manuel González Infante y Félix Baratech Nuche. "Formas atípicas de la depresión".

B. Ribas Ozonias, F. Fuentenebro de Diego, M. A. Arranz Bombín y J. L. Santos Gómez. "Datos biológicos fundamentales sobre el rubidio y su comparación con el litio (I)".

José María Aldama de Llano. "Psicofármacos en los síndromes demenciales seniles".

Redacción: Dr. Pujadas, 41 - San Baudilio de Llobregat - Barcelona. Tfnos.: 661 24 00 y 661 00 62.



REVISTA ESPAÑOLA DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

Nº 2. Agosto 1983

Carrasco, I. "Enfoque cognitivo-conductual de los problemas de aserción".

Badós, A y Guardia, J. "Eliminación de varias fobias a animales mediante modelado participante, utilizando un diseño de línea de base múltiple".

López, J. y Moreno, R. "Utilización contingente del recreo para el aumento de conductas de trabajo individual en clases de E.G.B.". Redacción: Apto. Correos, 9209 Madrid.



PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Nº 5. Noviembre 1983

Leonor Pantinat. "Introducción a la Psicología de la Forma de Fritz Perls. Introduction to Fritz Perls' Gestalt Therapy".

Ramón Rosal y Ana Gimeno. "Aportaciones de la Psicología de la Gestalt a la Terapia Gestalt. Contributions to Gestalt Therapy from Gestalt Psychology".

J. Canto y C. Muñoz. "Psicoanálisis y Terapia Gestalt. Psychoanalysis and Gestalt Therapy".

Redacción: Avenida de Madrid, 133, 1º, 1ª. Barcelona-28. Teléfono: 330 44 27.



PSIQUIS

Año V. Nº 6/83.
Noviembre - Diciembre 1983

Antonio Vela Bueno y Jesús Oliván Palacios. "Especialización hemisférica y psicopatológica (III)".

Armando Luis Morera Fumero y José Luis G. de Rivera. "Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica".

José Giner Ubago, Pedro Fdez.-Argüelles Vinteno, José E. Iglesias Rodríguez y José L. Barea Bejarano. "Aspectos médico-psicológicos en pacientes oncológicos (personalidad previa y trastornos psíquicos)".

Redacción: Arzobispo Morcillo, 24. Apto. 54.092. Madrid-34. Teléfonos: 733 88 11 y 733 88 92.



REVISTA DE PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA APLICADAS

Vol. XIV. Nº 27. 1983

Editorial.

Francisco Martí Figueres. "Por una mejora de la calidad educativa".

José-Miguel Orts Timoner. "La elección de estudios universitarios de los Bachilleres valencianos: Motivaciones y factores condicionantes".

Juan Pascual Llorell y Gonzalo Musitu Ochoa. "La integración del rechazado escolar".

Redacción: Arzobispo Company, 91. Valencia-11. Tel. 355 79 72.



entrevista

Rocío Fernández Ballesteros

Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid

"Con el nuevo Plan pretendemos formar un psicólogo que sepa ejercer en el campo aplicado, no sólo un psicólogo académico ni un psicólogo de laboratorio"



Me gusta hablar, charlar... Me gusta reirme. Me gustan muchas cosas distintas... Me gusta el deporte, el ski en el mar, en la nieve... Aficiones manuales no tengo ninguna... Me preocupa la falta de tiempo para hacer lo que quisiera. Rocío Fernández Ballesteros, decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, desgrana su rosario particular de deseos e imposibilidades. Estamos en su despacho: una habitación no muy grande en la que algunos toques "femeninos" aligeran la funcionalidad de los muebles.

Fundamentalmente la Facultad necesita disponer de un edificio propio. En este momento, nos encontramos con una Facultad dividida físicamente entre dos lugares distintos: en un pabellón situado en el polideportivo, lo llamamos las "galeras", se cursan los dos primeros cursos; los tres últimos y el tercer ciclo se cursan en dos módulos de Económicas.

Camino del despacho de la Decana de Psicología hemos tropezado un grupo de albañiles trabajando. Efectivamente, estamos haciendo unas obras que van a permitirnos continuar de una manera al menos decorosa durante los dos próximos años. Pero lo fundamental es construir un nuevo edificio que dé unidad física a los estudios de psicología. Rocío Fernández Ballesteros sueña en voz alta soluciones al alcance de la mano; cuenta que ya ha conseguido suelo para ese nuevo edificio —la Universidad nos ha concedido en el campus una parcela edificable, en-

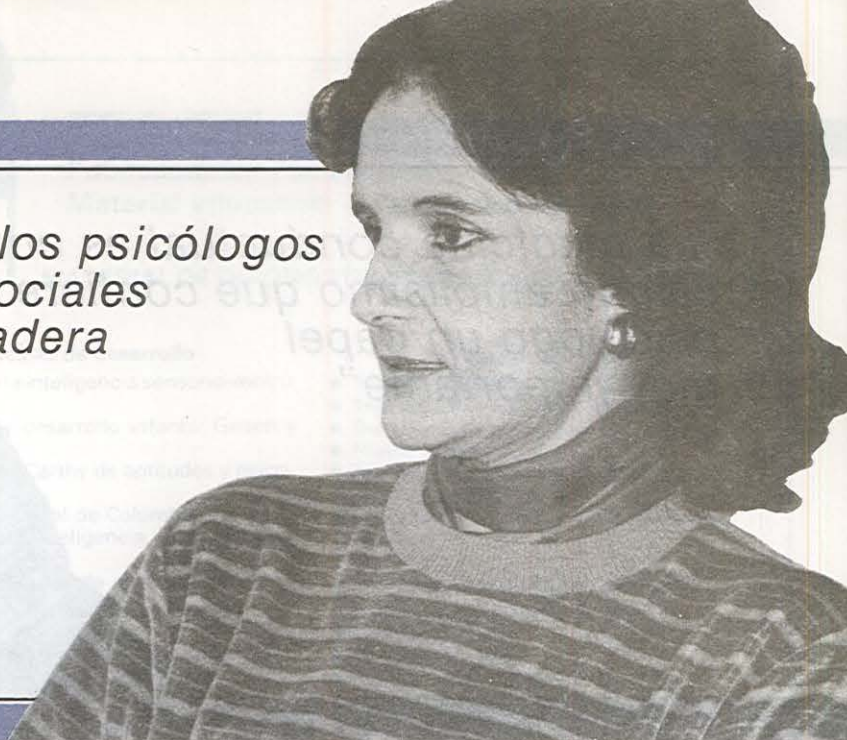
frente de la biblioteca—, que ya han aprobado el presupuesto para las obras y que ya está elaborado un proyecto de edificio al que el Ministerio va a dar pronto luz verde —espero que este mismo mes den la aprobación. Si todo va bien, la primera piedra se podrá poner antes de que termine el mes de julio; el edificio podrá terminarse en unos 18 meses.

En Psicología de la Autónoma están matriculados unos 1.700 estudiantes. El equipo que en estos momentos dirige la Facultad prevee que esa cifra se mantendrá o incluso decrecerá en el futuro; los datos de los dos últimos años reflejan, de hecho, un ligero descenso de la cifra de matriculados. Por eso, el edificio de la Facultad tiene capacidad para 2.000 estudiantes.

Ya pasó la época en que estuvo de moda estudiar psicología. Una moda que, de un modo extraño, no se sustentaba en una información seria sobre las realidades de la práctica profesional. Cuando das charlas a estudiantes de 2º ó de 3º de Bup, es decir a los estudiantes que están a punto de decidirse por una u otra profesión, sorprende su falta de información sobre la práctica profesional. Y es con esa insuficiente información con la que han de decidir su opción. Yo he dado bastantes charlas de este tipo. En ellas me he encontrado con que los oyentes piensan que la psicología es una carrera de letras y que no van a tener que estudiar en ella matemáticas o biología...

Además de conocer la carrera elegida hay más aspec-

"Mientras no cuenten con los psicólogos ni con los planificadores sociales no podrán hacer una verdadera reforma psiquiátrica"



tos a considerar para realizar una correcta orientación profesional. Uno de ellos, que a veces se olvida, es el de la previsible amplitud de la demanda social de psicólogos y de las demás profesiones; también hay que considerar la capacidad del sistema de enseñanza universitaria para satisfacer las necesidades formativas de los matriculados. La Facultad tiene que disponer de mecanismos que la permitan ejercer alguna forma de números clausus si el número de aspirantes a matricularse supera su capacidad formadora. Un *numerus clausus* que, evidentemente, no atente a los derechos de cualquier ciudadano a estudiar lo que le plazca; pero que no atente de ninguna manera, porque también se puede atentar al derecho a estudiar psicología permitiendo unos cursos masificados que hacen imposible la atención docente, el estudio. En los Estatutos de la Universidad será donde habrá que perfilar tales mecanismos de selección.

Edificio, mecanismos de ajuste del número y de la calidad de los matriculados a las exigencias de una formación universitaria... Es el momento de dirigir nuestra conversación de las condiciones materiales en que se imparte la enseñanza a su contenido. Llevamos ocho meses trabajando en la elaboración del nuevo plan de estudios. Espero que el próximo curso podamos presentar ya un boceto de él.

Una Comisión se está encargando de elaborar el nuevo Plan de Estudios; de ella for-

man parte igual número de alumnos que de profesores. La Comisión se plantea lo primero recopilar el máximo de información previa. Para ello, la Comisión se ha subdividido en cuatro subcomisiones operativas. El objetivo es disponer de datos suficientes como para que la determinación del curriculum universitario del psicólogo sea algo serio y objetivo, dificultando decisiones arbitrarias, discusiones subjetivas o personalistas.

Las subcomisiones tienen el encargo de elaborar las siguientes informaciones: ¿qué echaron en falta los profesionales que hoy ejercen de psicólogos en su formación universitaria?; ¿qué curriculum universitario se exige a los psicólogos en otras facultades españolas y extranjeras?; ¿y de qué recursos humanos puede disponer la Facultad de Psicología entre el profesorado de la Universidad Autónoma, sea cual sea la facultad en la que están designados?

Creo que el Plan vigente en nuestra Facultad es excesivamente teórico. Yo lucharé para que en el que estamos elaborando, el perfil de su curriculum se ajuste a las aplicaciones. Nuestra preocupación fundamental es la de que el nuevo Plan faculte al licenciado en psicología a ejercer la profesión; pretendemos formar un psicólogo que ejerza en el campo aplicado, no un psicólogo académico ni un psicólogo de laboratorio. El Plan preveerá, naturalmente, un primer ciclo teórico; pero después ha de pasarse a la parte aplicada.

Al charlar sobre el contenido del curriculum universitario del psicólogo era inevitable que se "colara" en nuestra conversación el debate que ha suscitado en los ambientes profesionales ligados a la docencia la reciente elaboración por el Ministerio de un proyecto de estructuración de los saberes académicos en áreas de conocimiento. En otras páginas de este número de la revista informamos de ese debate. Sobre el proyecto de estructuración en áreas de conocimiento se ha montado un gran revuelo. A mí no me parece muy negativo lo que ha propuesto el Ministerio. Esta Facultad ha aceptado en líneas generales el proyecto, exceptuando que se pide que el área de Psicobiología sea independiente, es decir que no esté en Básica y que el área de Personalidad, Evaluación y Psicoterapia pase a llamarse Personalidad, Evaluación e Intervención. Por otro lado, hemos canalizado toda petición o toda enmienda planteada por un colectivo docente, incluso aunque solamente fuera por un profesor; hemos cursado al Ministerio cualquier enmienda propuesta por un profesor, por un colectivo de profesores, o por un departamento. Rocío Fernández Ballesteros, como profesor, seguramente tiene también alguna enmienda. Para mí, el ideal hubiera sido que se hubiera previsto un área de Aplicadas, algo que no se ha podido conseguir porque cada catedrático, cada núcleo de profesores, pretende tener su aplicación. Es decir, Básica pretende tener su aplicación; me pregunto cómo

es posible conseguirlo. Educativa y Evolutiva pretenden tener su aplicación y eso me parece más lógico, pues así se asegura coherencia y conexión entre lo aplicado y lo básico. Sin embargo, personalmente, me parece que hubiera sido ventajoso el haber tenido un área de Aplicada; lo hubiera sido incluso por razones prácticas; ese área hubiera podido establecer contactos más claros con instituciones. No ha ocurrido así. De todos modos, me parece que puede haber un área fundamentalmente aplicada; ese área es la de Evaluación e Intervención, si es que el Ministerio acepta el término.

En la esquina menos esperada de la entrevista ha reaparecido impensadamente el problema de los medios necesarios para satisfacer la docencia. Ciertos medios son tanto más necesarios cuanto que se piensa en una formación para las aplicaciones. Formación para las aplicaciones implica prácticas; prácticas implica medios. Una parte de la formación práctica puede realizarse en la propia Universidad. Asignaturas como la mía, Psicodiagnóstico o Evaluación Psicológica, por ejemplo, permiten que el alumno practique en la propia Universidad: el alumno puede aplicar pruebas, y, además, utilizando un vídeo se puede aprovechar óptimamente ese tipo de prácticas. Esto ya lo estamos haciendo en muchas asignaturas. Pero además, organizamos otro tipo de prácticas fuera de la Universidad. Por ejemplo, volviendo a referirme a mi asignatura, organizamos

"La medicina conductual es un campo amplísimo que confiere al psicólogo un papel muy importante"



prácticas en ambientes educativos: tenemos firmados un par de convenios a título más bien privado entre la cátedra y un centro escolar: los alumnos de cuarto hacen así prácticas de orientación escolar. Del mismo modo, la Facultad tiene suscrito un convenio con un hospital psiquiátrico, el Hospital Provincial. Pretendemos regular esas prácticas estableciendo un convenio con la Autonomía de Madrid que implique contraprestaciones por parte del profesorado de la Universidad Autónoma a cambio de facilidades para realizar prácticas.

De la realidad poco halagüeña de los hospitales psiquiátricos a la reforma psiquiátrica no hay más que un paso, paso que franqueamos inmediatamente. Me parece que utilizar el término salud mental como lo hace el proyecto del actual gobierno, es equívoco. Lo que en realidad proponen es una reforma psiquiátrica y eso es mucho menos amplio que promover la salud mental. Las objeciones no se limitan al uso excesivo del término "salud mental". Incluso como reforma psiquiátrica, Rocio Fernández Ballesteros tiene peros al proyecto gubernamental. El borrador me parece un borrador corto, estrecho, no coordinado que tendrán que replantear si quieren hacer de verdad una reforma psiquiátrica. Mientras no cuenten con los psicólogos y con los planificadores sociales, no podrán hacerlo bien. Me resulta increíble que la Comisión para la Reforma Psiquiátrica no haya contado de forma institucional con los psicólogos.

Algo similar podría decirse de la participación del psicólogo en la reforma sanitaria. Efectivamente, el psicólogo debería participar en muy distintos servicios sanitarios en los hospitales generales. Incluso debería participar en la formación del médico que trabaja en clínica, al que el psicólogo puede proporcionar herramientas instrumentales y formas más coherentes de trabajar que las que está aplicando en este momento, incluso en algo tan elemental como la forma de verter un diagnóstico a un paciente. Peor hay más: la medicina conductual es un campo amplísimo que confiere al psicólogo un papel muy importante en el cuidado de la salud.

La conversación se acerca a su fin. Es inevitable plantearle a la Decano cómo ve la colaboración entre el Colegio Oficial de Psicólogos y la Universidad. En primer lugar, es preciso que intercambiamos información de interés mutuo. Nosotros tenemos en la Facultad acceso a informaciones de interés profesional que al Colegio no le llegan. Igual ocurre en sentido inverso. Voy a poner un ejemplo del interés mutuo de un intercambio fluido de información. Determinado proyecto legal, de primeras no le llega al Colegio; cuando le llega, a lo mejor el plazo para incidir en determinado planteamiento que como profesión nos interesa ya ha vencido. Así ocurría en el caso de la LRU que preveía convenios entre Educación y Sanidad con el fin de facilitar prácticas para las carreras de En-

fermería y de Medicina, pero no para la nuestra. El contacto entre la Facultad y el Colegio, permitió a éste incidir ante el Congreso para que se incluyera una coetilla que dice "y otras enseñanzas que así lo requieran". Es decir que el constante intercambio de información es fundamental.

Otra cuestión en la que el Colegio y la Universidad tienen que colaborar es en el establecimiento del tercer ciclo, de la especialización. Este es un tema absolutamente importante. Si montáramos un programa coherente de tercer ciclo no proliferarían unas enseñanzas postgrado absolutamente anárquicas, de dudosa seriedad en algunos casos. Pero hoy proliferan porque existe un vacío que de alguna manera alguien llena.

El intercambio de información es algo más amplio que la información legislativa o la información profesional. Sí. El Colegio emprendió una serie de iniciativas muy interesantes para montar un fondo común de información en fondos documentales. Esta es una línea de trabajo que nosotros desde esta Facultad queremos potenciar. Parece ser que alguna otra facultad no estaba demasiado de acuerdo con el establecimiento de este fondo documental común. Pero si el Colegio tiene unos fondos interesantes y además lo tiene bastante bien montado, y si se puede luego tener acceso a él desde una Facultad, si se puede pedir luego una subvención conjunta para su de-

sarrollo, no veo sino ventajas en su desarrollo. Igualmente, las nuevas facultades nos hemos puesto de acuerdo en lograr una subvención conjunta del Ministerio de Cultura que nos permita hacernos con un gran fondo, aunque luego determinada parte de él se encuentre en una facultad y otra parte se encuentre en otra. Pero en definitiva, todo el fondo estará al alcance de todas las facultades pidiendo fotocopias, etc. Así no duplicaríamos esfuerzos y rentabilizaríamos recursos económicos escasos.

Vamos a dejar a Rocio Fernández Ballesteros. Seguirá soñando con la nueva Facultad; una nueva Facultad para la que ya está previendo hasta el color y hasta el patrón. Claro, un patrón laico; un patrón para unos estudios del siglo XX. Estamos pensando en la fecha del nacimiento de Huarte de Sanjuan o la fecha en que se constituyó el primer laboratorio de psicología.

¿Y el color? Malva, malva...

Claro, ha de ser un color distinto al de Filosofía. El violeta es el color de la templanza, está hecho de igual proporción de rojo y azul, es el color de la lucidez y de la acción reflexiva, del equilibrio entre la tierra y el cielo, los sentidos y el espíritu, la pasión y la inteligencia, el amor y la sabiduría.

Me lo lee de un diccionario que ha extraído cuidadosamente de la biblioteca. En la palabra malva, hay una señal.

Daniel Iribar

PSICOLOGIA/LIBROS DESCUENTO

**LIBRERIA
UNIVERSITAS/"98"**

C/ Fernández de los Ríos, 98
MADRID-15. Tlf.: 243 34 44
(Frente al Colegio de Psicólogos
y al lado del metro de Moncloa).

- ★ Especialización: **PSICOLOGIA**.
- ★ 12 años de experiencia en la Universidad.
- ★ Hasta el 20% de **DESCUENTO**.
- ★ No se cierra al mediodía.

ASESORIA JURIDICA

Javier Mauleón y
Luis Felipe Gómez
atienden las consultas
de los colegiados los jueves,
de 17,30 a 20,00 h., en
nuestra sede. Es imprescindible
acreditar la condición
de colegiado.

PARADOX LIBROS

- AARON. T. BECK. Terapia cognitiva de la depresión.
- H. J. EYSENCK. Manual de psicología anormal.
- HONING-STADDON. Manual de conducta operante.
- S. MINUCHIN. Técnicas de terapia familiar.
- A. TAYLOR. Introducción a la psicología. Manual.

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



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

NOVEDADES:

CHANDEZON: El Análisis Transaccional. 500 ptas.

DECLOLY: El Juego Educativo. 500 ptas.

PROXIMA APARICION:

C-STEWART: Guarderías y cuidado infantil. (Serie Bruner, tomo 15).

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



TEA Ediciones, S. A.
Publicaciones Psicológicas - Tests
Material educativo - Librería especializada

MATERIAL DE DIAGNOSTICO PARA EDUCACION ESPECIAL

Escalas de desarrollo

- Etapas de la inteligencia sensorio-motriz (Piaget).
- Escalas de desarrollo infantil: Gesell y Bayley.
- Escalas Mc Carthy de aptitudes y psicomotricidad.
- Madurez Mental de Columbia.
- Escalas de Inteligencia de Wechsler.

Dificultades de aprendizaje

- Boehm-Test de conceptos básicos.
- Aptitudes cognitivas.
- Pruebas de diagnóstico preescolar.
- BAPAE. Aprendizaje escolar.
- Percepción visual (Frostig).
- Pruebas de lectura (nivel I y II).

Aspectos clínicos

- Test del Esquema Corporal.
- Test para el examen de la Afasia.
- Dominancia Lateral (Harris).
- Praxia constructiva.
- Test de Retención Visual (Benton).
- Figura Compleja de Rey.
- Formación de Conceptos (Hanfman-kasanin).

Evaluación de la personalidad

- CAT -A, CAT -H, TAT -Escolar.
- Fábulas de Duss.
- PN -Pata Negra.
- Cuestionarios: CPQ, ESPQ, EPQ-J.
- P. IP. Prediagnóstico infantil (Cuestionario para padres).

NOVEDADES

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

MADRID - Fray Benardino de Sahagún, 24. Tel.: 458.83.11. BARCELONA - Muntaner, 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.



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

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

SEMINARIO DE ENTREVISTA DIAGNOSTICA. Un día a la semana. Un curso. Sta. Teresa, 5-1ª planta. Tel. 419 89 42.

SEMINARIO INTRODUCTORIO SOBRE PSICOTERAPIAS breves de apoyo o de emergencia. Especialmente dirigido a psicólogos que trabajen en Gabinetes Psicopedagógicos. Miembros de equipos multiprofesionales de orientación. Asistentes sociales. Información: 401 55 29.

PSICOANÁLISIS, LECTURA Y COMENTARIO DE TEXTOS de Freud sobre la técnica del psicoanálisis, en el Ateneo Freudiano, C/ O'Donnell, 25, 1ª dcha. Madrid-9. Los martes a las 15 horas. Coordina Miriam Chorne. Información tel.: 435 57 29.

BARCELONA. Los niños distintos. Curso CEMEDETE. 20 años de experiencia aplicada a la integración del niño distinto y a la prevención del fracaso escolar. Dirigido a médicos, psicólogos, pedagogos, maestros y estudiantes de esta área. Organiza el Centro Médico de Diagnóstico y Tratamiento Educativo de Barcelona. Información tels.: 468 10 19 y 468 40 11 de Madrid o 218 80 12 de Barcelona.

DESPACHOS

COMPARTO consulta, C/ Ortega y Gasset, con servicio de secretaria. To-

do incluido, 10.000 ptas mes. Tel. 469 78 19 (medio día).

COMPARTIMOS gabinete en funcionamiento con psicólogo o psiquiatra de orientación psicoanalítica. Zona Bª Salamanca. Colaboración total en el trabajo. Condiciones económicas a tratar. Llamar de 4 a 8 al tel. 431 63 65.

DESPACHO COMPARTIDO. Muy amplio. Derecho a sala de grupos. Zona Bª Salamanca. Teléfonos 435 31 70 (cualquier hora) o 268 21 50 (horas comida).

PSICOLOGO PSICOANALISTA desea compartir despacho con otro/a psicoanalista preferentemente. 12.000 ptas/mensuales. Junto al metro de Argüelles. Llamar Dr. Rodríguez. Tels.: 243 78 67 - 415 01 03 y 243 03 12 (a partir del medio día).

BUSCO despacho o apartamento para consulta de psicoanálisis. Tels.: 435 31 70 y 268 21 50.

MEDICO PSIQUIATRA alquila despacho contiguo a psicólogo/a. Zona céntrica. Precio razonable. Tel 446 18 75.

ALONSO MARTINEZ. Alquiler despacho amueblado. También alquiler por horas en Argüelles. Tel. 438 47 83 de 14,30 a 15,30.

GABINETES

JAEN. Gabinete de Psicología "Alameda". Escuela Infantil de Maduración y Aprendizaje. Preescolar de apoyo. Tratamiento global de la psicomotrici-

dad junto a tratamientos específicos en terapia individual. Diagnóstico y tratamiento. Psicología escolar. Psicología Clínica. Pª de la Estación, 33 (pasaje). Tel. 25 73 23 Jaén y Navas, 5, tel. 69 58 37 Linares.

CENTRO DE PSICOTERAPIA INFANTIL de la Cruz Roja de Toledo. Tratamientos psicológicos de niños y adolescentes. Tratamientos individuales y grupales. Orientación. Calle Gral. Moscardó, 6. Toledo. Tel. (925) 22 29 00. (Carácter gratuito).

CONSULTA PSICOLÓGICA y Reeducación ALME. Trastornos del lenguaje, modificación de conducta, psicoterapia individual, dirigida por psiquiatras y psicólogos clínicos. Juan de Austria, 10, bajo B. Madrid-10. Teléfono: 448 17 97.

INSTITUTO GRAUSS. Diagnóstico, psicoterapia individual de niños, adolescentes y adultos, y psicoterapia de grupos. Tratamiento de los trastornos sexuales. Gran Vía, 569-1ª 1ª. Barcelona. Telef. (93) 253 27 87.

ROBERTO LONGHI. Psicoterapias Breves y de Emergencia. Especialmente dirigidos a: Psicólogos Clínicos o que trabajan en Gab. Psicopedagógicos, o miembros de equipos multiprofesionales de orientación. Telef. 401 55 29.

PSICOTERAPIA DE ORIENTACION PSICOANALITICA. María Ruipérez. Tel. 446 50 60. A las 15 horas.

G.A.D.O.R.P.P. (Gabinete de Diagnóstico, Orien-

tación y Rehabilitación Psicológica y Pedagógica) Alcalá, 389. Dos años de funcionamiento. Teléfonos: 255 01 52 y 407 24 23.

INTESEX (Instituto de Terapia Sexual). Tratamiento de disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer, problemas de pareja, desviaciones sexuales, etc. Orientación: Modificación de conducta. Tel. 250 30 60.

G.O.E.P. (Gabinetes Psicotécnicos Francisco Lahoz). Dificultades escolares, psicoterapias. Fundados en 1978. Pozuelo de Alarcón, c/ Sevilla, 1, 1ª D. Cursos y seminarios. Majadahonda. c/ Gran Vía, 43, 1ª. Tel. 715 17 01.



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

.....
.....
.....

Disposiciones publicadas en el BOE de interés para los lectores

Estructuras básicas de salud

Texto del Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud.

La tradicional separación en la organización sanitaria española entre las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales, poco consecuente con las exigencias de un moderno sistema sanitario, tendrá que ser reconsiderada y, en su caso, revisada en toda su dimensión en el marco de la nueva legislación que se apruebe en desarrollo de las previsiones constitucionales. No se trata ahora de plantear todo el sistema de asistencia primaria, sino solamente llevar a cabo unas primeras realizaciones a través de disposiciones que aseguren el período transitorio.

No obstante lo que dicha nueva legislación pueda determinar al respecto, la recepción por las Comunidades Autónomas ya constituidas de competencias sobre el sector sanitario puede plantear algunos problemas organizativos que, sin embargo, son susceptibles de superación en este instante si, de acuerdo con los principios que establece el presente Real Decreto, se inicia una reestructuración de servicios inspirada en una intensa cooperación con las Comunidades Autónomas, que se ha plasmado en la discusión del proyecto del Decreto con dichas Comunidades, de acuerdo con la coordinación sanitaria reservada al Estado en el artículo 149.1.16 de la Constitución española y en el artículo 4.1 de la Ley del Proceso Autonómico.

En efecto, la mencionada concepción integral de los servicios sanitarios puede resultar dificultada por el hecho de que en la actual situación del proceso de transferencia el Estado aún retiene competencias en materia de asistencia sanitaria (la incardinada, sobre todo, en el área asistencial de la Seguridad Social), mientras que han pasado a depender de las Comunidades Autónomas los tradicionales servicios de sanidad preventiva y buena parte de los funcionarios que los atienden.

La necesaria integración de ambos sectores tiene que ser, por fuerza, un proceso lento, y desde luego, en razón a las reglas competenciales dichas, no podrá producirse sin contar con la colaboración de las Comunidades Autónomas que hayan asumido responsabilidades en materia sanitaria.

Hasta tanto la reforma general del sistema sanitario reciba un tratamiento normativo definitivo, es aconsejable adoptar medidas preparatorias que no sólo no la dificulten, sino que eliminen desde ahora probables obstáculos añadidos a los que son normales en toda reforma.

Por todo ello, con absoluto respeto a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas, el presente Real Decreto establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud, a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las Comunidades en que se insertan quienes por otro lado participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario. Todo ello con el fin de garantizar el derecho a la salud de acuerdo con los principios de la Constitución en su artículo 43.2 interpuesto desde la perspectiva de los artículos 53.1 y 53.3 de la misma Constitución.

De otra parte, la reforma que se pretende parte de la realidad actual y de las leyes hoy vigentes, entre las que cabe destacar:

El artículo 6º de la Ley General de Seguridad

Social, de 30 de mayo de 1974, encomienda al Gobierno dictar las disposiciones necesarias para coordinar la acción de los Organismos, servicios y Entidades gestoras del sistema de Seguridad Social con los que cumplen funciones afines de sanidad pública o asistencia social.

La disposición final cuarta, 1, de la Ley 116/1966, de 22 de diciembre, faculta al Gobierno para revisar las plantillas de los Cuerpos de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local, "de forma que permita atemperar las funciones públicas ejercidas por los sanitarios locales con las circunstancias del momento y coordinarlas, en la medida de lo posible, con las de niveles superiores".

El Real Decreto ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, punto de partida de una reforma de la gestión de los servicios sanitarios y asistenciales, tanto del Estado como de la Seguridad Social, con arreglo a principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización; principios que son asimismo recogidos, con validez general, por la propia Constitución de 27 de diciembre de 1978. Dicha reforma ha de afectar a "las estructuras, organizaciones y competencias de los órganos, instituciones, servicios o establecimientos" sanitarios y asistenciales, por lo que la disposición final segunda, 3, del mencionado Real Decreto-ley produce una plena y completa deslegalización "en dichos aspectos" y expresamente autoriza al Gobierno para derogarlas o modificarlas por Real Decreto a propuesta del titular del Departamento ministerial competente.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, oído el Consejo de Estado y de acuerdo con el voto particular de su Presidente y de uno de sus Vocales permanentes, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 11 de enero de 1984,

DISPONGO:

Artículo 1º Delimitación de la Zona de Salud.

1. La Zona de Salud, marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.

2. La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

3. La Zona de Salud delimita una Zona

Médica, y está constituida por un sólo Partido Médico, sin separación en distritos. Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud.

Art. 2º Centro de Salud.

1. El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención primaria.

2. En el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud.

3. Los Centros de Salud contarán con una dotación de personal acorde con las necesidades de cada Zona, en los términos que expresa el artículo 8.

Art. 3º Equipo de Atención Primaria.

1. El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria.

2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

3. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:

a) Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la Zona.

b) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.

c) Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.

d) Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

e) Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.

f) El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

h) Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

Art. 4º Del Coordinador Médico.

1. El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población.

2. El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria.

3. El Coordinador Médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los Cuerpos Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad local.

Art. 5º Funciones de los Equipos de Atención Primaria.

1. a) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.

b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.

c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.

d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.

e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

f) Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.

2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.

3. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Art. 6º Jornada de trabajo.

1. La dedicación del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias, debiendo responsabilizarse de las peticiones de asistencia a domicilio y de las de carácter de urgencia, de conformidad con lo establecido en los Estatutos Jurídicos de Personal Médico y Auxiliar de la Seguridad Social, y las normas que los desarrollan.

2. En el medio rural la atención se prestará en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el Centro

de Salud. Consultorios Locales y domicilios, tanto en régimen ordinario como de urgencia.

Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del Equipo para la asistencia de urgencia, centralizándose en el Centro de Salud durante todos los días de la semana.

Art.º 7 Coordinación de niveles.

Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en las disposiciones de desarrollo de este Real Decreto.

Art.º 8º Del personal sanitario.

1. El número de médicos del Equipo de Atención Primaria estará en función de la población a atender. El número máximo de población adscrita a cada Médico general y Pediatra-Puericultor se establecerá en las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto.

2. La población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de Médico dentro de la Zona de Salud, de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo del presente Real Decreto.

3. El número de personal sanitario auxiliar titulado se fijará teniendo en cuenta la población a atender. El resto del personal, que forme parte del Equipo de Atención Primaria, se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su Zona de Salud.

Art.º 9º De la provisión de vacantes del personal sanitario.

1. Las plazas de personal sanitario de los Equipos de Atención Primaria adscritas estatutariamente a la Seguridad Social se proveerá con arreglo al artículo 110.2 de la Ley General de la Seguridad Social, conforme a las normas que dicte el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Las plazas vacantes de cupo, existentes o de nueva creación, y del restante personal auxiliar sanitario en las Instituciones Abiertas de la Zona

Médica donde se haya establecido un Equipo de Atención Primaria podrán ser adscritas por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Salud a los citados Equipos, cubriéndose por el procedimiento de concurso-oposición libre.

3. Por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo se regulará el procedimiento de provisión de plazas y, en especial lo relativo a la convocatoria, publicidad de la misma, pruebas y baremos de méritos, composición y actuación del Tribunal, así como la incorporación a las plazas de los que resulten seleccionados.

Art.º 10º Competencias de las Comunidades Autónomas.

1. Lo previsto en el presente Real Decreto se entenderá sin perjuicio de las competencias propias de las Comunidades Autónomas y de la colaboración que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud presten a las mismas para la aplicación y adaptación de los criterios generales de la planificación territorial y de las fórmulas de cooperación que puedan establecerse.

2. Las Comunidades Autónomas a las que hayan sido transferidos los servicios sanitarios antes dependientes del Instituto Nacional de la Salud, dentro de los límites presupuestarios correspondientes a los servicios transferidos, podrán optar por establecer o no la organización que regule este Real Decreto, con pleno respeto siempre a sus principios generales en la coordinación y planificación. Todo ello sin perjuicio de lo que establezca en su día la legislación que desarrolle el artículo 149.1.16 de la Constitución española.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—La adscripción a los Equipos de Atención Primaria de los funcionarios sanitarios locales que presten atención sanitaria a beneficiarios de la Seguridad Social, supondrá la integración del cupo de titulares del derecho a la asistencia sanitaria correspondiente a la plaza desempeñada, de manera definitiva.

Dicha plaza, una vez realizada la transformación, tendrá, a todos los efectos, la consideración de plaza de Equipos de Atención Primaria, cuyo régimen será de ineludible cumplimiento para el funcionario que pudiera desempeñarla; en cualquier caso, aquél mantendrá su actual "status" funcional inherente a su pertenencia a un Cuerpo de Sanitarios Locales.

Asimismo, los cupos del personal sanitario de la Seguridad Social, una vez realizada la integración en los Equipos de Atención Primaria, tendrán, a todos los efectos, consideración de plazas de dichos Equipos, cuyo régimen será de ineludible cumplimiento para el personal que pudiera desempeñarla, que conservará su vinculación estatutaria con la Seguridad Social.

Segunda.—En las Zonas de Salud donde coexista Servicio de Urgencia de la Seguridad Social, se procurará la necesaria coordinación y, en su caso, integración entre el mismo y el Equipo de Atención Primaria.

Tercera.—Se establecerá el procedimiento que permita el paso de la actual cartilla familiar a la individual.

Cuarta.—El Instituto Nacional de la Salud, dentro de los límites presupuestarios anuales y en función de la población protegida por la Seguridad Social a atender por los Equipos de Atención Primaria, facilitará los recursos o propondrá las partidas presupuestarias individualizadas y suficientes para la creación y puesta en marcha de los Equipos citados.

Quinta.—Por el Ministerio de Sanidad y Consumo se dictarán las disposiciones precisas para el desarrollo del presente Real Decreto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—En tanto no se establezca el modelo retributivo definitivo del personal sanitario estatutario con cupo que se incorpore a los Equipos de Atención Primaria, recibirá el complemento económico que determine, además de la retribución que le corresponda por el cupo de titulares

adscritos, según las normas actualmente vigentes, con el propósito de equilibrar sus niveles retributivos.

Segunda.—Al personal sanitario de la Seguridad Social con plaza en propiedad afectado por la creación del Equipo de Atención Primaria se le ofrecerá la incorporación de la misma mediante un concurso restringido cuyas características se regularán por Orden.

Tercera.—En aquellos casos en los que para la creación de la Zona de Salud sea preciso agrupar varios partidos médicos, los expedientes de reestructuración serán tramitados de oficio, previa audiencia de los interesados, y resueltos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma en que tales municipios radiquen, que comunicará al Ministerio de Sanidad y Consumo la resolución adoptada.

Cuarta.—La integración de los funcionarios sanitarios locales en los Equipos de Atención Primaria que se constituyan se realizará mediante la oferta de incorporación a todos los afectados por la reestructuración prevista en la disposición transitoria tercera.

Excepcionalmente, los órganos competentes podrán autorizar permutas entre los funcionarios que lo soliciten, aún cuando no se reúnan los requisitos establecidos en los párrafos primero, apartados b) y c), segundo y tercero del artículo 51 del Decreto 2120/1971, de 13 de agosto.

Quinta.—Toda plaza de personal sanitario de la Seguridad Social de cupo que se haya transformado en una plaza de Equipo de Atención Primaria, se considerará amortizada.

Sexta.—Las Unidades piloto de Medicina de Familia serán transformadas en Equipos de Atención Primaria.

Dado en Madrid a 11 de enero de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Sanidad y Consumo,
ERNESTO LLUCH MARTÍN

Prestaciones para la integración social de los minusválidos

El artículo 12, 1, de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, prevé que, en el plazo de un año a partir de su entrada en vigor, el Gobierno establecerá y regulará por Decreto un sistema especial de prestaciones sociales y económicas para los minusválidos que, por no desarrollar una actividad laboral no estén incluidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social.

Por medio del presente Real Decreto se procede, en consecuencia, a dar cumplimiento al mandato contenido en dicho precepto, regulán-

dose el sistema previsto en el mismo, en cuya acción protectora quedan englobadas las prestaciones contempladas en el título V y en las secciones 1.ª y 4.ª del título VI de la Ley 13/1982, de 7 de abril.

La regulación de las distintas prestaciones responde, por imperativo legal, a los caracteres de un auténtico sistema, integrado tanto por medidas de carácter técnico como por prestaciones de índole económica. No se regula, en consecuencia, cada una de ellas de forma aislada, ya que la totalidad se encuentra interrelacionada, respon-

diendo el conjunto a una serie de principios generales.

Por su importancia, merece destacarse la prioridad otorgada a los aspectos rehabilitadores e integradores, a través de la cual, siguiendo las modernas tendencias en la materia, se rebasa la óptica puramente asistencialista.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 1 de febrero de 1984,

DISPONGO

CAPITULO PRIMERO

Normas generales

Artículo 1.º Régimen de las prestaciones para minusválidos.

El sistema de prestaciones sociales y económicas para minusválidos previsto en el artículo 12 y concordantes de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, se regulará

Texto del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

por lo dispuesto en el presente Real Decreto y en las disposiciones que se dicten para su aplicación y desarrollo.

Art. 2.º Beneficiarios del sistema de prestaciones sociales y económicas.

1. Serán beneficiarios del sistema de prestaciones sociales y económicas regulado por el presente Real Decreto los españoles residentes en territorio nacional que reúnan las siguientes condiciones:

a) Estar afectado por una disminución, previsiblemente permanente, en sus facultades físicas, psíquicas o sensoriales, de la que se derive una minusvalía en grado igual o superior al que se determina en el presente Real Decreto para las distintas prestaciones, o estar afectado por un proceso degenerativo que pudiera derivar en minusvalía, en las prestaciones en que así se establezca expresamente.

El grado de minusvalía a que se refiere el párrafo anterior se determinará mediante la aplicación de un baremo por el que serán objeto de valoración tanto la disminución física, psíquica o sensorial del presunto minusválido, como, en su caso, factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su edad, entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural.

b) No estar comprendido en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social, por no desarrollar una actividad laboral.

c) No ser beneficiario o no tener derecho, por edad o por cualesquiera otras circunstancias, a prestación o ayuda de análoga naturaleza y finalidad y, en su caso, de igual o superior cuantía otorgada por otro Organismo público.

d) No superar el nivel de recursos económicos a que se refiere el artículo 32.

2. Los pensionistas y familiares o asimilados a cargo de titulares o pensionistas del sistema de la Seguridad Social tendrán asimismo derecho, total o parcialmente, a las prestaciones previstas en el presente Real Decreto, salvo cuando de las normas reguladoras de cada prestación resulten expresamente excluidos.

3. Podrán ser también beneficiarios de las prestaciones económicas reguladas en el presente Real Decreto los españoles residentes en el extranjero, siempre que carezcan de protección equiparable en el país en que residan, en la forma y con los requisitos que se establezcan.

En cuanto a los extranjeros, residentes en España, se estará a lo que se disponga en los convenios o acuerdos ratificados o suscritos con sus respectivos Estados o, en su defecto, a cuanto les fuera aplicable en virtud de reciprocidad tácita o expresamente reconocida.

CAPÍTULO II

De la acción protectora

Art. 3.º Contenido.

La acción protectora del sistema especial de prestaciones sociales y económicas comprenderá:

- Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.
- Rehabilitación médico funcional.
- Recuperación profesional.
- Medidas de integración social.

- Subsidio de garantía de ingresos mínimos.
- Subsidio por ayuda de tercera persona.
- Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.

SECCIÓN 1.ª DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Art. 4.º Objeto.

La asistencia sanitaria y farmacéutica tendrá por objeto la prestación de los servicios conducentes a conservar y restablecer la salud de los beneficiarios.

Art. 5.º Beneficiarios.

Serán beneficiarias de la prestación de asistencia sanitaria y farmacéutica aquellas personas que, además de las condiciones contenidas en el apartado c) del artículo 2.º, reúnan las siguientes:

- Estar afectadas por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100.
- No tener derecho, por cualquier título, obligatorio o como mejora voluntaria, sea como titulares o como beneficiarios a las prestaciones de asistencia sanitaria, incluida la farmacéutica, del régimen general o regímenes especiales del sistema de la Seguridad Social.

Art. 6.º Extensión.

Los servicios a los que se refiere la presente sección se prestarán con idéntica extensión que los de asistencia sanitaria y farmacéutica por enfermedad común, accidente no laboral y maternidad del régimen general de la Seguridad Social.

No obstante, en la prestación farmacéutica, la dispensación de medicamentos será gratuita para los beneficiarios.

SECCIÓN 2.ª DE LA REHABILITACIÓN MÉDICO FUNCIONAL

Art. 7.º Objeto.

La rehabilitación médico-funcional tendrá por objeto la prestación de los servicios que, no teniendo como finalidad únicamente el tratamiento de la afección como tal, se dirijan bien a evitar el proceso degenerativo que podría derivar en una disminución, bien a conseguir la recuperación física, psíquica o sensorial de la persona disminuida, desarrollando sus capacidades residuales.

Art. 8.º Beneficiarios.

1. Serán beneficiarias de la prestación de rehabilitación médico-funcional aquellas personas que, además de las condiciones contenidas en los apartados c) y d) del artículo 2.º, reúnan las siguientes:

- Estar afectadas por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100.
- No tener derecho, sea como titulares o como beneficiarias, a los tratamientos previstos en el artículo 9.º, con cargo al régimen general o a regímenes especiales del sistema de la Seguridad Social.
- Constituir su disminución un obstáculo para su adecuada integración educativa, laboral o social.

2. A efectos del otorgamiento de la prestación de rehabilitación médico-funcional, se consi-

deran asimiladas a la condición de beneficiarias aquellas personas en las que el equipo multiprofesional aprecie riesgo fundado de aparición de una disminución de no aplicarse los tratamientos correspondientes.

Art. 9.º Extensión.

1. Los servicios a los que se refiere la presente sección comprenderán diagnóstico, prescripción facultativa, tratamientos médicos y farmacológicos y, en general, las técnicas que sirven a la rehabilitación, tanto cuando se apliquen a situaciones de disminución como cuando se dirijan a la atención temprana de procesos degenerativos, que, entre otras, podrán incluir todas o algunas de las siguientes:

- Fisioterapia.
- Psicomotricidad.
- Terapia del lenguaje.
- Medicina ortopédica.
- Psicoterapia.

2. Estos servicios incluirán el suministro, adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y ortesis, así como de sillas de ruedas y otros elementos auxiliares, correspondientes a los otorgados en concepto de asistencia sanitaria por el sistema de la Seguridad Social, para los minusválidos cuya disminución lo aconseje.

3. En las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto se incluirá un listado de los aparatos, sillas de ruedas y elementos auxiliares susceptibles de otorgamiento con cargo a la presente sección.

4. El otorgamiento de los aparatos, sillas de ruedas y elementos auxiliares lo será en concepto de usufructo, siempre y cuando aquéllos sean susceptibles de uso posterior por otras personas, exigiéndose, en tal caso, una utilización adecuada y cuidadosa de los mismos.

SECCIÓN 3.ª DE LA RECUPERACIÓN PROFESIONAL

Art. 10.º Objeto.

La recuperación profesional tendrá por objeto el conjunto de prestaciones dirigidas a facilitar la inserción o, en su caso, reinserción laboral de los beneficiarios, a través de la obtención o conservación de un empleo adecuado, contribuyendo de esta manera, a la integración social del minusválido.

Art. 11.º Beneficiarios.

1. Serán beneficiarias de las prestaciones de recuperación profesional aquellas personas en edad laboral que, además de las condiciones establecidas en los apartados b), c) y d) del artículo 2.º, reúnan las siguientes:

- Estar afectado por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100.
- Presentar posibilidades razonables de recuperación a juicio del equipo multiprofesional y ser imprescindible el desarrollo de los procesos a efectos de una adecuada integración laboral.
- No tener derecho a las prestaciones de recuperación profesional del sistema de la Seguridad Social.

2. A efectos del otorgamiento de aquellas prestaciones de recuperación profesional más

adecuadas a una atención temprana, se considerarán asimiladas a la condición de beneficiarios aquellas personas en las que el equipo multiprofesional aprecie un riesgo fundado de aparición de una minusvalía de no aplicarse los tratamientos correspondientes.

3. El derecho a las prestaciones de recuperación profesional quedará subordinado a la existencia de una proporcionalidad entre el coste de las medidas y la eficacia previsible de su aplicación, teniendo en cuenta factores como edad, aptitudes, condiciones objetivas de empleo, así como la duración probable de la actividad laboral futura.

Art. 12.º Extensión.

1. Los procesos de recuperación profesional comprenderán todas o alguna de las siguientes prestaciones:

- Tratamientos de rehabilitación médico-funcional.
- Orientación profesional.
- Formación, readaptación o reeducación profesional según los casos.

1.1 Los tratamientos de rehabilitación médico-funcional serán los regulados en la sección 2.ª de este capítulo II, siempre que tengan por finalidad la recuperación profesional del minusválido.

1.2 La orientación profesional, tanto sea facilitada antes del tratamiento de rehabilitación médico-funcional como durante el mismo o al finalizar éste, tendrá por objeto la determinación de las actividades laborales más adecuadas al minusválido, en base a sus aptitudes, actitudes e intereses y empleo precedente, en su caso, teniendo asimismo en cuenta las exigencias peculiares de las profesiones consideradas y las posibilidades del mercado de trabajo.

1.3 La formación profesional comprenderá el conjunto de actividades formativas que tengan por objeto desde el adiestramiento para el desempeño de un puesto de trabajo, hasta las enseñanzas sistemáticas, regladas o no, para el desarrollo de una profesión o empleo.

1.4 La readaptación profesional comprenderá el conjunto de medidas dirigidas a la reincorporación del minusválido al puesto de trabajo, oficio o profesión que hubiera desempeñado con anterioridad.

1.5 La reeducación profesional comprenderá las actividades formativas a que se refiere el apartado 1.3 del presente artículo, dirigidas a la incorporación del minusválido a un oficio o profesión diferente del que hubiera desempeñado con anterioridad.

2. La formación y la reeducación a que se refieren los apartados anteriores comprenderán una preformación general básica, cuando sea necesario.

Art. 13.º Programa individual de recuperación profesional.

1. Los procesos de recuperación profesional definidos en el artículo anterior se desarrollarán previa elaboración por el equipo multiprofesional de un programa individual para cada beneficiario, que podrá comprender, en su caso, las medidas complementarias previstas en la sección 4.ª del capítulo II.

2. El disfrute de las prestaciones de recuperación profesional, así como la percepción del subsidio a que se refiere el artículo 16 estará condicionado al cumplimiento del programa y a la observancia de sus prescripciones por parte del beneficiario.

Art. 14. Ejecución de la recuperación profesional.

Las actividades formativas a que se refiere el artículo 12 podrán llevarse a cabo:

- En Centros ordinarios de formación.
- En Centros especiales de formación o de recuperación profesional, preferentemente de la Seguridad Social, en los casos en que la formación no sea posible en los Centros ordinarios.
- En Empresas o Centros de trabajo.

Art. 15. Recuperación profesional en Empresas o Centros de trabajo.

Cuando la actividad formativa se lleve a cabo en Empresas o Centros de trabajo habrá de elaborarse el contrato especial a que se refiere el artículo 34, número 2, de la Ley 13/1982, de 7 de abril.

Art. 16. Subsidio de recuperación profesional.

Los minusválidos que reciban las prestaciones de recuperación profesional reguladas en los artículos anteriores tendrán derecho a percibir un subsidio cuando, para la ejecución del programa individual que les haya sido fijado se vean obligados a realizar gastos adicionales de alojamiento, comedor o transporte.

SECCION 4.ª DE LAS MEDIDAS DE INTEGRACION SOCIAL

Art. 17. Objeto.

Las medidas de integración social son aquellas que, por sí mismas o como parte complementaria de un proceso de rehabilitación médico-funcional o de recuperación profesional, tienden a lograr la mayor autonomía posible de la persona con disminución a mejorar su capacidad de desplazamiento, a facilitar las relaciones de aquélla con su entorno cuando por el grado o naturaleza de la deficiencia lo precise, a juicio del equipo multiprofesional.

Art. 18. Beneficiarios.

Podrán ser beneficiarias de las medidas de integración social aquellas personas que, además de reunir las condiciones establecidas en los apartados b), c) y d) del artículo 2, se hallen afectadas por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100.

Art. 19. Extensión.

Las medidas a las que se refiere la presente sección podrán comprender, conforme al listado que al efecto se apruebe por Orden ministerial:

- Prestaciones de carácter técnico de entrenamiento o reentrenamiento en actividades de la vida cotidiana, incluida la utilización de transportes públicos colectivos, de suministro y enseñanza del uso de útiles especialmente adaptados y de realización de actividades recreativas, culturales y deportivas, entre otras.

b) Aportaciones económicas para contribuir a la financiación de los gastos derivados de, entre otros supuestos posibles, la construcción, adquisición, renovación y adaptación de los útiles a que hace referencia el apartado anterior, la adaptación funcional del hogar, la obtención del permiso de conducir y la adquisición o adaptación del vehículo destinado al servicio personal del minusválido.

SECCION 5.ª DEL SUBSIDIO DE GARANTIA DE INGRESOS MINIMOS

Art. 20. Objeto.

El subsidio de garantía de ingresos mínimos consistirá en una prestación económica de carácter periódico, destinada a subvenir a las necesidades básicas, tales como alimentación, vestido y habitación, de quienes, careciendo de los medios necesarios para su subsistencia, no estén en condiciones, por razón del grado de su minusvalía, de obtenerlos.

Art. 21. Beneficiarios.

1. Tendrán derecho al subsidio de garantía de ingresos mínimos las personas que reúnan, además de las condiciones establecidas en los apartados b), c) y d) del artículo 2.º, las siguientes:

- Ser mayores de dieciocho años.
- Hallarse afectadas por una minusvalía en grado igual o superior al 65 por 100.
- Verse imposibilitadas de obtener un empleo adecuado a causa del grado de minusvalía a que se refiere el apartado anterior.

2. A los efectos previstos en el apartado c) del número anterior, se entenderá por empleo adecuado todo trabajo retribuido, bien se desarrolle en Empresas, en Centros de carácter ordinario o en Centros especiales de empleo para minusválidos, y toda actividad laboral desarrollada en régimen de trabajador autónomo que resulte acorde con la edad, aptitudes y, en su caso, empleo precedente del minusválido.

SECCION 6.ª DEL SUBSIDIO POR AYUDA DE TERCERA PERSONA

Art. 22. Objeto.

El subsidio por ayuda de tercera persona consistirá en una prestación económica, de carácter económica, de carácter periódico, destinada a aquellas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten, a juicio del equipo multiprofesional, la asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Art. 23. Beneficiarios.

Serán beneficiarios del subsidio por ayuda de tercera persona quienes reúnan, además de las condiciones enumeradas en los apartados b), c) y d) del artículo 2.º, las siguientes:

- Ser mayores de dieciocho años.
- Estar afectadas por una minusvalía en grado igual o superior al 75 por 100.
- No hallarse atendidas en Centros en régimen de internado.

SECCION 7.ª DEL SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACION POR GASTOS DE TRANSPORTE

Art. 24. Objeto.

El subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte consistirá en una prestación económica, de carácter periódico destinada a atender los gastos originados por desplazamiento fuera de su domicilio habitual de aquellos minusválidos que, por razón de su disminución, tengan graves dificultades para utilizar transportes colectivos.

Art. 25. Beneficiarios.

1. Serán beneficiarias del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte aquellas personas que reúnan además de las condiciones previstas en los apartados b), c) y d) del artículo 2.º, las siguientes:

- Ser mayores de tres años.
- Estar afectadas por pérdidas funcionales o anatómicas o por deformaciones esenciales, en grado igual o superior al 33 por 100, que le dificulten gravemente utilizar transportes colectivos, de acuerdo con el baremo específico que se fije reglamentariamente.
- No encontrarse, por razón de su estado de salud u otras causas, imposibilitado para efectuar desplazamientos fuera de su domicilio habitual.

2. Asimismo serán beneficiarios del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte los minusválidos atendidos en Centros en régimen de media pensión, o los que, siendo su régimen de internado, se desplacen fuera del Centro, como mínimo, diez fines de semana al año.

CAPITULO III

Normas comunes

Art. 26. Nacimiento del derecho a las prestaciones.

El derecho a las prestaciones reguladas en el presente Real Decreto nacerá el día en que la respectiva Dirección Provincial dicte la resolución por la que se efectúe el reconocimiento de dicho derecho.

Art. 27. Efectividad de las prestaciones.

1. Las prestaciones de carácter técnico se harán efectivas a partir de la fecha en que, reconocido el derecho a su percepción, el equipo multiprofesional determine la necesidad de su aplicación.

Cuando, a juicio del equipo multiprofesional, el beneficiario precise de dichas prestaciones con carácter urgente e inaplazable, el Director provincial correspondiente podrá autorizar provisionalmente la dispensación de las mismas, sin perjuicio de que el reconocimiento del derecho se efectúe con posterioridad en la forma reglamentariamente establecida.

2. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 26 los subsidios se abonarán desde el día primero del mes siguiente a la fecha del nacimiento del derecho, con efectos retroactivos a partir del día primero del mes siguiente a la fecha de entrada de la solicitud en el registro.

El subsidio de recuperación profesional se

devengará desde la fecha en que comience el programa de recuperación profesional correspondiente.

Art. 28. Duración de las prestaciones.

1. Los subsidios se harán efectivos hasta el último día correspondiente al mes de la fecha de extinción de los mismos.

2. Los tratamientos de asistencia sanitaria y farmacéutica serán prestados desde el día en que sean prescritos por el facultativo correspondiente y mientras éste los estime precisos.

3. La duración de las prestaciones de rehabilitación médico-funcional y de recuperación profesional será la que se determine en el correspondiente programa individual, sin perjuicio de las modificaciones que puedan establecerse durante su desarrollo.

4. Lo dispuesto en los números anteriores sobre período de duración de las prestaciones se entenderá sin perjuicio de lo establecido en el artículo 29.

Art. 29. Extinción, suspensión y pérdida del derecho a las prestaciones.

1. El derecho a la percepción de las prestaciones se extinguirá por:

- Pérdida de alguna de las condiciones generales, así como de las específicas, exigidas para el reconocimiento del derecho a cada prestación.
- Agotamiento del plazo en la prestación de duración determinada.
- Fallecimiento del beneficiario.
- Traslado de residencia al extranjero, sin perjuicio de lo que en su caso, se disponga en desarrollo de lo previsto en el apartado 3 del artículo 2.º

2. Dará lugar a la pérdida definitiva del derecho o, en su caso, a la suspensión temporal del mismo:

- La actuación fraudulenta por parte del beneficiario para obtener o conservar dicha prestación.
- La imprudencia temeraria del propio beneficiario, a consecuencia de la cual se agrave la situación de minusvalía.
- Rechazo o abandono del tratamiento o programa de recuperación que se le hubiere establecido.
- En general, el incumplimiento de las obligaciones previstas en el artículo 30.

3. La decisión sobre si procede la suspensión temporal del derecho o la pérdida definitiva del mismo será adoptada por la Dirección Provincial correspondiente, mediante resolución motivada, previo informe del equipo multiprofesional. A tales efectos, se valorarán la gravedad, intencionalidad, perjuicios económicos producidos, capacidad de discernimiento del interesado y demás circunstancias concurrentes.

4. La suspensión temporal del derecho podrá devenir en pérdida definitiva del mismo, en caso de reiteración de las causas que motivaron la suspensión, a criterio de la Dirección Provincial correspondiente, previo informe del equipo multiprofesional.

5. En los supuestos previstos en el apartado c) del número 2 del presente artículo y en el apartado a) del artículo 30, la Dirección Provincial correspondiente, antes de proceder a la decisión sobre la suspensión o, en su caso, pérdida del derecho a las prestaciones, requerirá al interesado para que acepte o se reincorpore al tratamiento o programa, observe las prescripciones o medidas rehabilitadoras o coopere a la mayor eficacia de las mismas otorgándole para ello un plazo razonable y advirtiéndole sobre las consecuencias a que podría dar lugar de persistir en su actitud.

6. La extinción del derecho a las prestaciones en los supuestos previstos en el número 1 del presente artículo tendrá carácter automático.

La pérdida o suspensión del derecho a las prestaciones en los supuestos previstos en el número 2 tendrá lugar a partir de la fecha que se determine en la resolución administrativa a que se refiere el número 3.

Art. 30. Obligaciones de los beneficiarios.

Los beneficiarios del presente sistema especial de prestaciones, o, en su caso, sus representantes legales, vendrán obligados a:

- Observar las prescripciones de los facultativos sanitarios y equipos multiprofesionales que les asistan, así como las medidas rehabilitadoras que se les establezcan, y cooperar activamente a la mayor eficacia de las mismas.
- Aplicar las prestaciones económicas a la finalidad para la que hayan sido otorgadas.
- No rechazar una oferta de empleo adecuado, entendido éste en los términos definidos en el número 2 del artículo 21.
- Utilizar cuidadosa y adecuadamente prótesis, ortesis, sillas de ruedas y elementos auxiliares cedidos en usufructo, de acuerdo con lo previsto en el número 4 del artículo 9.^o
- Comunicar, en el plazo máximo de quince días desde que se produzcan, las modificaciones sobrevenidas en su situación que pudieran tener repercusiones en relación con el derecho a las prestaciones o con el contenido de las mismas, y, en general, proporcionar cuanta información le sea requerida a efectos de las prestaciones.
- Solicitar, en su caso, el derecho a alimentos y aportar la documentación justificativa de haber cumplimentado dicho trámite.

Art. 31. Revisión.

- La revisión del derecho a las prestaciones podrá efectuarse de oficio o a instancia del interesado.
- La revisión de oficio se efectuará cuando el órgano competente tenga conocimiento de cualquier circunstancia susceptible de modificar el derecho a la prestación.
- Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, en las resoluciones administrativas de reconocimiento del derecho a las prestaciones se establecerá el plazo en que deberá procederse a la revisión de oficio, de conformidad con el dictamen emitido por el equipo multiprofesional correspondiente.
- Únicamente podrá dejarse de señalarse un plazo para efectuar la revisión de oficio cuando, a juicio del equipo multiprofesional, el grado de

disminución que presente el interesado no sea susceptible, mediante la aplicación, en su caso, de las oportunas medidas de rehabilitación, de una modificación que pueda tener repercusión sobre el derecho a la prestación correspondiente.

5. La revisión a instancia de parte no podrá efectuarse antes de transcurridos cinco años desde la fecha de denegación, en firme, del derecho por órgano competente o, antes del transcurso de dicho plazo, si el beneficiario acredita suficientemente las circunstancias que hubieran modificado, de manera sustancial, su situación.

6. Sin perjuicio de la obligación a que se refiere el apartado e) del artículo 30, los beneficiarios vendrán obligados a acreditar anualmente, en las fechas y con arreglo al procedimiento que por Orden ministerial se determine, que siguen reuniendo los requisitos de orden económico exigidos, en su día, para el reconocimiento de la prestación correspondiente.

CAPITULO IV

Régimen económico de las prestaciones

Art. 32. Nivel de recursos personales.

- Tendrán derecho a percibir las prestaciones reguladas en el presente Real Decreto, sin perjuicio de lo que a efectos de la asistencia sanitaria y prestación farmacéutica se establece en la sección 1.^a del capítulo II, los minusválidos cuyos recursos personales sean inferiores en cuantía al 70 por 100, en cómputo anual del salario mínimo vigente en cada año.
- En el supuesto de que el minusválido tenga personas a su cargo, el nivel máximo de recursos personales previsto en el número anterior se incrementará por cada una de ellas en un 10 por 100 del citado salario mínimo.
- Cuando el minusválido forme parte de una unidad familiar de la que dependa, el nivel máximo de recursos personales, previsto en el número 1 del presente artículo, se incrementará en un 10 por 100 por cada miembro de la familia, a excepción del propio minusválido.
- En ningún caso los recursos totales que resulten de la aplicación de los incrementos establecidos en los números 2 y 3 anteriores podrán superar el importe del salario mínimo vigente cada año.

Art. 33. Estimación de los recursos personales.

- A efectos de estimación de los recursos personales, se considerarán como tales todos los bienes, rentas o ingresos, incluidos los procedentes del derecho a alimentos que conforme a la legislación civil pueda tener reconocidos, que perciba, disfrute o posea el interesado, cualquiera que sea su naturaleza o procedencia.
- Asimismo, a efectos de dicha estimación se tendrán en cuenta las siguientes situaciones:
 - Cuando el minusválido tenga a personas a su cargo o forme parte de una unidad familiar de la que dependa, se considerará recursos personales los que él o esas personas posean, perciban o disfruten en concepto de bienes, rentas o ingresos, sea cual fuere su naturaleza y procedencia.
 - A efectos de percepción de subsidios, en ningún caso se computarán como recursos perso-

nales, sino como subvenciones deducibles de la cuantía correspondiente del subsidio, las prestaciones públicas que persigan igual finalidad a la del subsidio al que pudiera tener derecho.

Art. 34. Cuantía de los subsidios.

Anualmente, se determinarán las cuantías de los distintos subsidios que, con las particularidades que se establecen en los artículos siguientes, tendrán carácter uniforme para todos los minusválidos con derecho a los mismos, salvo en el subsidio de recuperación profesional, cuyo importe habrá de adecuarse a las necesidades del beneficiario, siempre que no sobrepase la cuantía máxima que para el mismo se establezca.

Art. 35. Compatibilidad con los recursos personales.

Los subsidios serán compatibles con los recursos personales del beneficiario, siempre que éstos no superen el límite máximo a que se refiere el artículo 32. A los efectos previstos en este artículo, se computarán como recursos personales los correspondientes al año natural anterior al del reconocimiento del derecho o, en su caso, al de revisión anual del subsidio.

Art. 36. Cuantía de los subsidios en supuestos especiales.

- En caso de que el beneficiario perciba prestación económica del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales o de la Seguridad Social, la cuantía de los subsidios a que pudiera tener derecho se reducirá en una cantidad igual al importe de aquella prestación.
- En el caso de minusválidos atendidos en Centros, se tendrán en cuenta, a efectos de la determinación del importe del subsidio, las siguientes situaciones:
 - Los atendidos en régimen de internado en Centros públicos o privados financiados totalmente con fondos públicos tendrán derecho, durante el período o períodos en que permanezcan en dicho régimen, a percibir un 10 por 100 de la totalidad o, en su caso, de la parte del subsidio de garantía de ingresos mínimos a que pudiera tener derecho.
 - Los atendidos en régimen de internado en Centros públicos o privados financiados parcialmente con fondos públicos tendrán derecho, durante el período o períodos en que permanezcan en dicho régimen, a percibir un 25 por 100 de la totalidad o, en su caso, de la parte del subsidio de garantía de ingresos mínimos a que pudiera tener derecho.
 - Los minusválidos atendidos en régimen de media pensión en Centros financiados mayoritariamente con fondos públicos tendrán derecho a percibir el 50 por 100 del subsidio de garantía de ingresos mínimos que pudiera corresponderles.

Art. 37. Personas computables a efectos de incremento del nivel máximo de recursos personales.

- A los efectos previstos en el número 2 del artículo 32 y número 2. a), del artículo 33, se considerarán personas a cargo del minusválido:
 - El cónyuge.
 - Los descendientes de ambos cónyuges o de cada uno de ellos, cualquiera que sea la naturaleza de su filiación.

2. Las personas relacionadas en los apartados a) y b) anteriores sólo tendrán la consideración de personas a cargo del minusválido cuando convivan con él y a sus expensas.

3. En el supuesto previsto en el número 3 del artículo 32 y número 2. a), del artículo 33, referido al minusválido que forma parte de una unidad familiar de la que depende económicamente, serán personas computables para incrementar el nivel de recursos los padres y los hermanos del presunto beneficiario.

Art. 38. Pago de los subsidios.

El pago de los subsidios contemplados en el presente Real Decreto se efectuará por mensualidades vencidas.

Art. 39. Prescripción del derecho al percibo de las prestaciones.

El derecho al percibo de cada mensualidad de los subsidios y el de ayudas económicas a tanto alzado y por una sola vez prescribirá al año de su respectivo vencimiento.

Art. 40. Intransferibilidad e inembargabilidad de las prestaciones.

Las prestaciones no podrán ser objeto de cesión total o parcial, embargo, compensación o descuento, salvo en los casos siguientes:

- Cumplimiento de las obligaciones alimenticias a favor del cónyuge e hijos.
- Reintegro de las prestaciones indebidamente percibidas a que se refiere el artículo siguiente.

Art. 41. Reintegro de prestaciones indebidas.

Quienes hubieran percibido prestaciones técnicas o subsidios indebidamente o en cuantía indebida vendrán obligados a reintegrar su importe, sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiere lugar.

Art. 42. Régimen de compatibilidades.

- Las prestaciones reguladas en el presente Real Decreto son compatibles entre sí, excepción hecha de los subsidios de recuperación profesional y de garantía de ingresos mínimos que no podrán percibirse simultáneamente.
- Cuando después de reconocido el derecho al subsidio de garantía de ingresos mínimos se aprecien en el beneficiario posibilidades razonables de recuperación profesional y en base a ello se le dispense la correspondiente prestación de carácter técnico, dicho beneficiario seguirá percibiendo el mencionado subsidio en lugar del de recuperación profesional, sin perjuicio de que al finalizar el proceso de recuperación se efectúe la revisión del derecho a dicho subsidio, así como la revisión del derecho a las demás prestaciones que en su caso viniese disfrutando.

CAPITULO V

De la gestión de las prestaciones

Art. 43. Competencia administrativa.

1. Corresponderá al Instituto Nacional de Servicios Sociales, a través de sus Direcciones Provinciales, el reconocimiento del derecho a las prestaciones de carácter técnico, así como a los

subsidios de contenido económico, regulados en el presente Real Decreto, y la gestión de los mismos, sin perjuicio de lo que se establezca en el apartado 3 de este artículo.

2. Corresponderá asimismo a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales:

a) Designar a la persona a la que hayan de hacerse efectivos los subsidios, cuando el sujeto causante de los mismos esté incapacitado para ello.

b) Adoptar los acuerdos oportunos cuando, por cualquier causa, varíen las circunstancias del beneficiario o del perceptor.

c) Recabar los datos e informes que consideren necesarios para el cumplimiento de las funciones que el presente Real Decreto les encomienda.

d) Velar por que los subsidios, cuando no sean percibidos y administrados por el propio minusválido, se empleen en subvenir las necesidades de éste para las que hayan sido concedidos.

e) Iniciar de oficio el procedimiento para la revisión, suspensión, pérdida o extinción del derecho a las prestaciones cuando proceda.

3. La prestación de la asistencia sanitaria y farmacéutica y de la rehabilitación médico-funcional establecidas en el presente Real Decreto se realizará por el Instituto Nacional de la Salud, a través de sus Direcciones Provinciales.

Art. 44. Procedimiento administrativo.

1. El reconocimiento del derecho a las prestaciones a que se refiere el artículo 26 se efectuará previa solicitud del interesado o, en su caso, de su representante legal.

2. Los equipos multiprofesionales que se constituyan de conformidad con lo establecido por los artículos 10 y 11 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, emitirán dictamen previo al reconocimiento del derecho, así como los que procedan, en el ámbito de las funciones que les son propias, en relación con la modificación, suspensión, pérdida o extinción del mismo.

3. En la tramitación y resolución administrativa de los expedientes relativos a reconocimiento, revisión, suspensión, pérdida o extinción de los derechos reconocidos por el presente Real Decreto se estará a lo dispuesto, con carácter general,

en las vigentes normas de procedimiento administrativo y en las normas específicas que, al efecto, dicte el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

4. Las normas establecidas en los dos apartados inmediatamente anteriores serán de aplicación asimismo en la tramitación y resolución de las incidencias que, en su caso, pudieran derivarse de la ejecución de las distintas prestaciones.

Art. 45. Dispensación de las prestaciones.

La prestación de los servicios y la gestión de las prestaciones a que se refieren los artículos anteriores se llevará a cabo por los Organismos competentes en las respectivas áreas, bien a través de sus propios medios, bien a través de acuerdos con personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, bien a través de un sistema de transferencias económicas.

Art. 46. Recursos.

1. Las resoluciones dictadas por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, en ejercicio de las competencias que les atribuye el artículo 43 y relativas a reconocimiento, revisión, suspensión, pérdida o extinción de los derechos contemplados por la citada norma, serán recurribles ante la Dirección General del Organismo, dentro del plazo de quince días, contados a partir del siguiente al de su notificación.

2. Contra la resolución de este recurso podrá interponerse recurso contencioso-administrativo, de conformidad con lo establecido en la Ley reguladora de esta jurisdicción.

CAPÍTULO VI

De la financiación de las prestaciones

Art. 47. Financiación.

1. Las prestaciones reguladas en el presente Real Decreto serán financiadas con cargo a las correspondientes asignaciones de los Presupuestos Generales del Estado.

2. Dicha financiación, que comprenderá los gastos de administración que la gestión de las prestaciones lleve consigo, se hará efectiva mediante la transferencia anual de las correspondientes consignaciones específicas de los Presupuestos Generales del Estado a los de la Seguridad Social.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—En tanto se constituyan los equipos multiprofesionales a que hace referencia el artículo 10 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, el dictamen previo establecido en dicho artículo será efectuado por los equipos de valoración y orientación de los centros base del Servicio Social de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, los cuales se atenderán en su actuación a las normas establecidas en el Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio.

Segunda.—Para el reconocimiento del derecho a las prestaciones incluidas en la acción protectora del sistema especial regulado en el presente Real Decreto podrán utilizarse los datos que consten en los expedientes de las declaraciones de la condición de minusválidos o subnormal realizadas con anterioridad a la entrada en vigor del mismo, salvo que existan dudas razonables sobre la vigencia de los citados datos o se estime conveniente o aconsejable por los respectivos equipos multiprofesionales, proceder a una nueva valoración del solicitante.

Tercera.—1. La cuantía que para el subsidio de garantía de ingresos mínimos se determine se incrementará periódicamente, como mínimo cada año, en el porcentaje que se establezca por el Gobierno, según lo establecido en la disposición final séptima de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

2. En el año décimo de vigencia de la propia Ley, y a partir de dicha fecha, la cuantía del subsidio, de acuerdo con lo establecido en el párrafo primero de dicha disposición final séptima, en relación con el artículo 14, 3, de la Ley, no podrá ser inferior al 50 por 100 del salario mínimo interprofesional vigente.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—Se considerarán subsumidas, en su caso, en las respectivas prestaciones que contempla el presente Real Decreto, a partir de la fecha de entrada en vigor de éste y para los reconocimientos de derecho a que hayan de efectuarse en lo sucesivo:

a) Las ayudas económicas de carácter periódico por invalidez otorgadas por el extinguido Fondo Nacional de Asistencia Social.

b) La aportación económica por subnormali-

dad que concede la Seguridad Social, regulada por Orden de 8 de mayo de 1970.

c) El complemento familiar especial, establecido por el Decreto 2741/1972, de 15 de septiembre, en favor de los hijos minusválidos de los funcionarios civiles y militares, y extendido por la Orden de 23 de octubre de 1973 a los funcionarios de la Administración Local.

Segunda.—Lo dispuesto en este Real Decreto se entiende sin perjuicio de lo previsto en los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas.

Tercera.—A efectos de la inmediata aplicación de lo dispuesto en el presente Real Decreto, la cuantía inicial de las prestaciones económicas que se aplicará a partir de la fecha de entrada en vigor de aquél se fija en las siguientes cantidades mensuales:

Subsidio de garantía de ingresos mínimos:

Cuantía inicial a que se refiere la disposición transitoria tercera de este Real Decreto, 10.000 pesetas.

Subsidio por ayuda a tercera persona, 5.000 pesetas.

Subsidio por movilidad y compensación por gastos de transporte, 3.000 pesetas.

Los beneficiarios del subsidio de garantía de ingresos mínimos y del subsidio por ayuda a tercera persona tendrán derecho a percibir en los meses de julio y diciembre, además de la prestación ordinaria, una prestación extraordinaria por igual cuantía.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—Se faculta al Ministro de Trabajo y Seguridad Social para dictar las disposiciones complementarias que precise la aplicación y desarrollo del presente Real Decreto.

Segunda.—Antes de la entrada en vigor del presente Real Decreto se aprobará y publicará el baremo para la determinación de los grados de minusvalía a que se refiere el número 1, apartado a), del artículo 2.º del presente Real Decreto.

Dado en Madrid a 1 de febrero de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social,
JOAQUÍN ALMUNIA AMANN

Proyecto de Decreto de Ordenación de la Educación Especial

Ofrecemos a continuación un borrador del Proyecto de Decreto de Ordenación de la Educación Especial que, en el último momento, ha llegado a nuestras manos.

A lo largo de las dos últimas décadas, se ha venido produciendo en el mundo un cambio de actitudes en lo que respecta a la atención social de personas afectadas por problemas derivados de deficiencias físicas, psíquicas sensoriales, que ha conducido en numerosos países a adoptar planteamientos y soluciones más acordes con la dignidad, necesidades e intereses de las mismas: planteamientos y soluciones que, por lo que se refiere al aspecto concreto de la atención educativa de dichas personas, y con vistas a su total integración social, de la que la integración educativa es el primer paso, ha llevado a la inserción completa o parcial de aquellas en el sistema educativo, facilitada o posibilitada a través de apoyos individualizados específicos, prestados por personal especializado; y sólo cuando las capacidades del sujeto no han permitido dicha inserción, se ha recurrido a su escolarización en centros específicos.

En esta línea de planteamientos y de soluciones la Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa en sus Artículos 49 y siguientes, establece las bases generales para el tratamiento educativo de los deficientes inadaptados. Y la Ley 13/1982, de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos, desarrollando el mandato contenido en el Artículo 49 de la Constitución Española de 1978, y teniendo en cuenta los principios inspiradores del Plan Nacional de Educación Especial, da un paso más por lo que se refiere a la atención de las personas disminuidas en sus capacidades físicas, sensoriales o psíquicas, estableciendo para su educación, en la Sección Tercera de su Título Sexto, Artículos 23 a 31, una serie de directrices acordes con las tendencias actuales en la materia.

Estas directrices, válidas tanto para los deficientes o disminuidos a que se refiere esa Ley 13/1982, de 7 de abril, como para los inadaptados, incluidos en la Educación Especial por aquella Ley 14/1970, de 4 de agosto, han sido recogidas por el Real Decreto 2639/82, de 15 de octubre, de Ordenación de la Educación Especial, que regula la problemática de esta modalidad educativa, aunque sólo parcialmente. Y es ese carácter parcial del indicado Real Decreto lo que hace aconsejable que se proceda a su sustitución por una disposición del mismo rango que contemple en su totalidad aquella problemática y las vías por las que en el futuro inmediato la misma habrá de encauzarse y solucionarse.

El presente Real Decreto prevé que la institución escolar se cote de unos servicios que incidan en su dinámica con la finalidad de prevenir el fracaso escolar, evitar la segregación y facilitar la integración del alumno disminuido en la escuela.

En su virtud, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia previo informe del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes y

del Consejo Nacional de Educación, de acuerdo con el dictamen del Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día

DISPONGO

CAPITULO PRIMERO

De la Educación

Artículo primero.—El derecho a la educación exige que todo ciudadano debe encontrar en el sistema educativo ordinario la respuesta a las necesidades diferenciadas de cada uno de ellos, que le permita el máximo desarrollo, de acuerdo con sus posibilidades, para una vida adulta responsable en la comunidad.

Artículo segundo.—La Educación Especial, como modalidad educativa, se ordenará de acuerdo con los siguientes principios:

— Principio de Normalización.—Las personas disminuidas utilizarán, salvo casos excepcionales, los servicios y recursos ordinarios de la comunidad.

— Principio de Integración.—Todos los alumnos recibirán la educación que precisen fundamentalmente en el marco del sistema educativo ordinario.

— El criterio integrador será flexible y dinámico en función de la evolución del alumno, de modo que su aplicación permita el máximo desarrollo de sus posibilidades.

— Principio de Sectorización.—La educación de las personas con dificultades o disminuciones, la atención preventiva a toda la población escolar y el apoyo a las instituciones educativas de cada comunidad se ordenarán a partir de unidades geográficas y de población que permitan de manera adecuada y eficaz evaluar las necesidades, programar los servicios, administrar sus recursos y coordinar las funciones y competencias.

Los servicios que se creen estarán conectados con los recursos existentes en la propia comunidad, garantizándose en todo caso, la participación en la misma, y la atención interdisciplinaria que cada persona precise en su entorno familiar y sociocomunitario.

— Principio de Individualización.—La atención educativa de los alumnos se ajustará, en su desarrollo, duración, programas y evaluación, a las características y singularidades de cada sujeto.

CAPITULO SEGUNDO

De los Niveles Educativos

Artículo tercero.—Educación Preescolar.—La atención educativa del niño disminuido comenzará tan tempranamente como lo requiera cada caso.

En el nivel Preescolar y, en su caso, en las Escuelas Infantiles, se iniciará el proceso de integración escolar del alumno, *quién recibirá los apoyos individualizados que precise.*

Artículo cuarto.—Educación Básica.—En el nivel de Educación Básica, el alumno disminuido se integrará en el sistema educativo ordinario, con los apoyos individualizados necesarios.

La escolarización únicamente se realizará en centros específicos cuando no pueda llevarse a cabo en el sistema ordinario, bien sea por la gravedad de la situación personal del alumno o por la falta de respuesta adecuada de las instituciones escolares y servicios del sector a las necesidades específicas del mismo.

La autoridad administrativa correspondiente determinará, en su caso, la forma de escolarización más adecuada.

Artículo quinto.—Formación Profesional.—Las enseñanzas de Formación Profesional dirigidas a alumnos disminuidos se desarrollarán fundamentalmente en el sistema ordinario de educación general, y en centros específicos cuando la situación personal del alumno y/o de las instituciones escolares del sector así lo requieran.

Estas enseñanzas tendrán como finalidad la capacitación de los alumnos en técnicas y aprendizajes profesionales que favorezcan y fomenten su desarrollo personal, así como su integración socio-laboral.

La Formación Profesional podrá ser: Ordinaria, Adaptada o de Aprendizaje de Tareas.

El acceso de los alumnos disminuidos a estas enseñanzas se ajustará básicamente a criterios de aptitud y capacidad específicas.

Artículo sexto.—Educación Permanente de Adultos.—En el ámbito de la Educación Permanente de Adultos, se prestará singular atención a las personas disminuidas con la finalidad de dar continuidad a su formación y posibilitar su actualización y readaptación social y profesional.

Artículo séptimo.—La Educación Especial, como modalidad educativa, será obligatoria y gratuita en los niveles así establecidos en el sistema educativo ordinario.

Artículo octavo.—Las administraciones Educativas establecerán en los hospitales que tengan servicios pediátricos permanentes, unidades escolares con la finalidad de asegurar la continuidad del proceso educativo de los alumnos internados en edad escolar.

Asimismo, podrán establecer convenios con los centros hospitalarios para garantizar la organización y funcionamiento de dichas unidades.

Artículo noveno.—Las administraciones Educativas adoptarán las medidas necesarias que posibiliten a las personas disminuidas cursar

estudios de Enseñanzas Medias, Universitarias o de cualquier otro nivel o modalidad asimilable.

CAPITULO TERCERO

De los Servicios

Artículo décimo.—Equipos Multiprofesionales.—Se entiende por Equipo Multiprofesional la conjunción sectorizada de profesionales, destinada a garantizar la interdisciplinariedad que requiere todo proceso de atención educativa.

Se establecerán Equipos Multiprofesionales que, actuando coordinadamente en un ámbito sectorial, realicen funciones de prevención, detección, valoración, orientación y seguimiento de alumnos. Estarán compuestos básicamente por los siguientes profesionales: pedagogos, psicólogos, médicos y asistentes sociales.

Como instrumento de apoyo a la escuela, los Equipos Multiprofesionales colaborarán en la elaboración del programa de desarrollo individual, en su caso, conjuntamente con el profesorado del Centro, a quien compete su aplicación.

Artículo undécimo.—Profesores de Apoyo.—Son aquellos profesores especializados que facilitan a los Centros ordinarios asistencia técnico-pedagógica específica para que los alumnos con dificultades reciban la atención especializada que precisan.

Serán funciones del profesorado de apoyo: la intervención precoz y preventiva de las dificultades de aprendizaje, la ejecución de programas correctores de anomalías específicas, la elaboración de materiales y otros recursos didácticos, y el asesoramiento a padres y profesores.

El profesorado de apoyo podrá funciones integradas en un Centro Escolar en las modalidades de fijos o itinerantes, o con carácter autónomo en cuyo caso constituirá un Grupo de Apoyo.

Artículo duodécimo.—Servicios Concurrentes.—Son aquellos que, prestados fundamentalmente en Centros específicos, están vinculados intrínsecamente al proceso educativo del alumno y facilitan a las personas disminuidas su rehabilitación específica.

Tendrán este carácter la rehabilitación del lenguaje, la fisioterapia y, en su caso, la psicomotricidad y psicoterapia, siempre en función de las características y necesidades del alumno. Igualmente, tendrán este carácter el cuidado y atención personal de los alumnos.

Los alumnos disminuidos integrados en los Centros ordinarios podrán utilizar estos servicios en régimen ambulatorio.

Artículo decimotercero.—El Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas promoverán programas de formación, asesoramiento e información a las familias en orden a su

capacitación y participación más efectiva en el proceso educativo de sus hijos.

CAPITULO CUARTO

Del profesorado y otro personal especializado

Artículo decimocuarto.—La Educación Especial deberá contar con el personal interdisciplinario técnicamente capacitado, que habrá de poseer la titulación requerida a su respectiva función y en su caso, la especialización, experiencia y aptitud necesarias.

Artículo decimoquinto.—De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28.1 de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, el Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades establecerá los títulos superiores que tengan carácter oficial y válidos en todo el territorio nacional a efectos de Educación Especial, así como las directrices generales de los planes de estudio que deban cursarse para su obtención y homologación.

Artículo decimosexto.—El plan General de Estudios de Formación del profesorado de E.G.B. contempla en su curriculum una formación básica en educación especial.

Artículo decimoséptimo.—El Ministerio de Educación y Ciencia definirá las titulaciones, funciones, clasificaciones, competencias y el sistema de formación y perfeccionamiento del resto del personal de educación especial.

Artículo decimoctavo.—Las Administraciones Educativas impulsarán la investigación, innovación y estudio de cuantos aspectos indican en el desarrollo de la Educación Especial.

Se podrán establecer convenios con Organismos y Entidades públicas o privadas para el desarrollo de investigaciones y experiencias en el campo de la atención a las personas disminuidas. En este caso, la colaboración requerirá que se trate de actividades sin ánimo de lucro y que se adecúen a la planificación y programación sectorial establecidas.

CAPITULO QUINTO

De los centros

Artículo decimonoveno.—El Ministerio de Educación y Ciencia determinará la estructura orgánica de los centros específicos de Educación Especial y establecerá la plantilla de los mismos.

Artículo vigésimo.—Los Centros ordinarios que escolaricen personas disminuidas o inadaptadas tenderán a reducir la relación profesor/alumnos, de acuerdo con el número y peculiaridades de los alumnos integrados, la organización del Centro y los recursos disponibles.

En la resolución que corresponda a cada caso, se tendrán en cuenta el dictamen técnico emitido por el correspondiente Equipo Multiprofesional y el informe que al respecto emita la Inspección Técnica de Educación Básica.

Artículo vigesimoprimer.—Será requisito previo a la admisión de un alumno disminuido o

inadaptado en un Centro Escolar, el dictamen emitido a tal efecto por un Equipo Multiprofesional.

Los padres o tutores tendrán derecho a ser informados del resultado de la valoración diagnóstica, y a recibir orientación sobre la forma de escolarización más adecuada en cada caso.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Real Decreto, el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas en sus ámbitos respectivos, podrán establecer conciertos con Entidades públicas o privadas.

Segunda.—Todas las ayudas a que hacen referencia los artículos undécimo y duodécimo, así como las correspondientes a los servicios complementarios serán competencia del Ministerio de Educación y Ciencia y de las Comunidades Autónomas en sus respectivos ámbitos.

Tercera.—Sin perjuicio de lo establecido en el artículo decimoquinto, conservarán el derecho a ocupar plazas de Educación Especial los profesores de Educación General Básica con las titulaciones de Pedagogía Terapéutica y los licenciados en Filosofía y Letras, Sección de Pedagogía, Subsección de Educación Especial, o que posean la correspondiente equiparación.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—Hasta tanto no estén establecidos los Equipos Multiprofesionales necesarios para la

concreción de los objetivos previstos en este Real Decreto las funciones atribuidas a los mismos podrán ser realizadas por los servicios homologados por las Administraciones Educativas. En todo caso, el funcionamiento de estos Equipos se adecuará a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos y disposiciones que la desarrollen.

Segunda.—Se establecerá un concursillo de traslados con características semejantes al ordinario y de párvulos para los profesores de Educación Especial que hubieren obtenido su destino en localidades de más de 10.000 habitantes por cualquier medio ordinario de provisión.

DISPOSICION FINAL

Se autoriza al Ministerio de Educación y Ciencia para dictar las normas necesarias para el desarrollo de lo establecido en el presente Real Decreto.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

Primera.—Queda derogado el Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre (B.O.E. del 22), y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Real Decreto.

Segunda.—Las disposiciones que, cualquiera que fuese su rango, regulen las materias objeto del presente Real Decreto y no se opongan al mismo, continuarán en vigor como normas de carácter reglamentario.