

Boletín del Colegio Oficial de Psicólogos

Colegio
Oficial

de
Psicólogos

**Boletín del Colegio
Oficial de Psicólogos
Delegación Madrid**

Nº 0

número doble
julio 81

**La inadaptación social
no es problema de
orden público**

**La Ley de
integración de
los minusválidos**

**Los ayuntamientos
y los psicólogos**

**Semana de
Salud Mental**



1. Mediante la presentación en las oficinas del Colegio.
2. Directamente desde su domicilio, mediante la utilización del adjunto CUPON.

anunciante

Nombre y apellidos. N.º colegiado
Dirección
Población Tel.

A blank sheet of graph paper with a grid pattern. The grid consists of small squares formed by thin black lines. There are approximately 20 columns and 15 rows visible on the page. A single vertical line runs down the center of the page, dividing it into two equal halves. This line starts from the top edge and extends almost to the bottom edge, leaving a small gap at the very bottom.

un año como punto de partida

Este es el primer Boletín que presentamos con el nombre de "Papeles del Colegio" desde que nuestra Delegación comenzó su funcionamiento.

Como sabéis todos los pronósticos, análisis y relexiones que hemos leído y oído han sido de calificar este periodo de tiempo que ha pasado como uno de los más nefastos de los últimos lustros. Y ello por múltiples razones nacionales e internacionales que se han confabulado -y no precisamente de un manera mágica- para que ese fuera el resultado. Razones internacionales como el recrudecimiento de las relaciones entre las superpotencias, el ascenso de las dictaduras sudamericanas, la invasión de Afganistán, el terrorismo en Europa, lo que supone para toda una generación el asesinato de John Lennon, los magnicidios que se suceden en cadena, razones nacionales como el terrorismo, el paro, la delincuencia juvenil, catástrofes como la de Ortuella, y otro sinfín de situaciones que, al igual que las anteriores, no hacen sino corroborar que el nivel de salud mental no es todo lo bueno que quisiéramos. A todo ello se viene a sumar la gravísima situación que se ha creado en nuestro país con el intento e golpe de Estado, y los últimos atentados terroristas que ponen en evidencia la fragilidad de nuestra democracia y la necesidad de que todos ayudemos a desarrollarla y consolidarla. Con todo, este ha sido el año de entrada en funcionamiento de nuestro Colegio, y de nuestra Delegación, lo cual no es sino una pequeña gota que no llena ningún vaso y que tan solo es un punto de partida para que nuestra profesión pueda en su día adquirir la carta de naturaleza que en las sociedades modernas y desarrolladas puede y debe tener.

Este primer encuentro del Boletín con todos vosotros después de un año de funcionamiento nos hace reflexionar sobre todas las dificultades de organización que nuestra incipiente institución está teniendo: dificultades de local, de personal, de material, de información y relación con los colegiados, etc., todo ello dentro de un esquema organizativo con dificultades de coordinación por la escasa normativa que poseemos y por la deficiente y escasa infraestructura administrativa a nivel estatal, que imposibilita objetivizar una política común y coherente de planteamientos no corporativistas a la vez que eficaces y profesionales. Dificultades sobre todo de llevar adelante una exigencia institucional que demanda una psicología como servicio público.

Enfrentarse con todo ello, contando con la política inequívocamente reaccionaria del Gobierno de congelar plantillas, de no reestructurar los servicios y las instituciones, de no modificar los planes de estudio y de no contemplar el problema de la integración de los miles de titulados que salen de nuestras Facultades. Enfrentarse, insistimos, con la crisis en la Sanidad y la Seguridad Social donde los intentos de privatización son cada vez más alarmantes; con la entrada en vigor del Estatuto de Centros donde se niega la posibilidad de la creación de gabinetes psicopedagógicos y de intervención preventiva en el fracaso escolar; con el deterioro de las relaciones laborales en las Empresas donde se busca la reducción de plantillas una productividad sin contrapartidas de mejora de las condiciones psicológicas del trabajador; con todo el entramado legal que está elaborando y que afecta a extensos núcleos de personas que tienen problemas: divorcio, aborto, reforma del código civil, etc.

Enfrentarse además con la "guerra" de las distintas escuelas psicológicas que a veces aparecen como ideologías mesiánicas con soluciones mágicas y que en muchas ocasiones sólo sirve para el desprestigio más absoluto de los propios profesionales, por la falta de preparación, de cuya situación -seamos justos- no es a ellos imputable, sino al sistema educativo, el tipo de enseñanza

y asignaturas que tienen que soportar en las Facultades, que más tiene que ver con luchas de poder que con el interés científico de las materias impartidas con las necesidades sociales de los puestos de trabajo.

Enfrentarse, en suma, con la elevación de las contradicciones sociales que aumentan las tensiones, la marginación, el paro, la falta de salud. Enfrentarse con el arremetimiento y acaparamiento de funciones que propias del psicólogo, por parte de esa clase hegemónica en el campo de salud (la clase médica) que intenta adentrarse en todos los campos profesionales y sociales que nos pertenecen.

Asumir la escasa fuerza que como colectivo tenemos, donde no contamos con medidas de presión, que en muchas ocasiones estamos reducidos a una situación testimonial ante el Gobierno, los Ayuntamientos, los organismos oficiales, los partidos políticos... El no ser, en momentos de crisis, una profesión que le sirva al capital para aumentar sus beneficios; ser una profesión que plantea mejorar la calidad de vida, que analiza las contradicciones sociales que producen falta de salud mental, que exige la creación de servicios sociales que contrarresten el desolado torbellino en el que nos sume las relaciones de producción. Y todo ello a pesar de que socialmente se admita la necesidad del psicólogo ya que aumenta el fracaso escolar las drogodependencias, los accidentes laborales y de tráfico, el consumo de medicamentos nocivos, la delincuencia, el fracaso familiar, la crisis de convivencia, etc., etc.

Con todo, la necesidad que tiene nuestra profesión de organizarse en torno a nuestra única institución representativa es incuestionable, así como la participación de todos en sus planteamientos, a través de las comisiones y grupos de trabajo y en la participación en las tomas de decisión. Las posibilidades de nuestro movimiento, organizado, coherente, que sirva de aglutinante de las fuerzas centrífugas que existen entre los psicólogos y que el Colegio, así, sea una institución abierta, democrática, responsable, y que sirva como lugar de referencia, como ente dinamizador, de confrontación de los distintos planteamientos científicos, de participación en la creación de modelos interdisciplinarios, que sirva para incidir en la elaboración de leyes que nos afecten directamente: Sanidad. Centros, Minusválidos, Seguridad Vial, Orientación Profesional, Planificación, Prevención y Promoción de la Salud, etc., las posibilidades -repetimos- de nuestro Colegio son innumerables.

Nuestra Delegación ya ha comenzado este esquema de trabajo, ya trata de acercarse a esos objetivos, despacio, pero con todas nuestras fuerzas desplegadas y, por supuesto, con la ilusión puesta en los colegiados, en esa respuesta masiva que esperamos de todos a la hora de trabajar por la implantación social de la psicología y la creación de puestos de trabajo para los psicólogos. Pero esto sólo lo conseguiremos en la medida en que nuestra organización se haga fuerte, responsable y democrática y de la capacidad de trabajo de todos los colegiados y de los programas de discusión y de actividades que se establezcan en torno a todos los temas que tenemos planteados.

Un año como punto de partida de un futuro que tenemos que construir entre todos y de una profesión que tenemos que crear entre todos, con unos contenidos sociales y organizativos acordes con las necesidades de las personas y de nuestra sociedad, en una España democrática y libre donde cobra sentido nuestro trabajo.

La salud mental sigue al presentación

Serafín

Del 20 al 25 de octubre tuvo lugar en Madrid las jornadas denominadas: "Semana de la salud mental: encrucijada actual y perspectivas", organizadas por la Fundación Hogal del Empleado en colaboración con el Colegio de Psicólogos, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Federación Española de Asistentes Sociales.

La filosofía que animó esta iniciativa, fue sacar a la opinión pública y al conjunto de la sociedad los problemas relativos a la Salud Mental, rescatándolos de los circunloquios de los iniciados y de los técnicos. También romper el concepto monolítico de salud mental versus enfermedad mental-asistencia psiquiátrica, para ampliarlo a otra serie de aspectos; la creación de un espacio de encuentro y de debate en el cual técnicos de la salud mental, sindicatos, partidos, entidades ciudadanas, entidades de afectados, profundizasen en la búsqueda de alternativas operativas y no testimoniales a la atención y asistencia a la salud mental en nuestro país, a partir de un diagnóstico de la situación en la que nos encontramos.

A lo largo de la Semana se fue jalando distintos aspectos de la salud mental: situación actual, experiencias Reforma Sanitaria, Administración Local y salud mental, experiencia italiana y alternativas. El conjunto de contenidos ponencias, comunicaciones, debates aparecerán en una próxima publicación.

Ni un duro

El abandono, es el rasgo dominante de la atención a la salud mental en nuestro país. Este hecho contrasta con el alarmante crecimiento de la morbilidad psicopatológica psiquiátrica y psicológica, claro exponente de los costos humanos y psicológicos del desarrollo irracional del actual sistema productivo, y del actual modelo social que sitúa por delante los intereses de un sector reducido de la sociedad, a la satisfacción de las necesidades del conjunto de la población. Es éste, un modelo que margina y segrega toda con-

ducta que transgrede la norma, aislándola y encerrándola en lugares de exclusión y de no retorno a la reinserción social, manicomios reformatorios, asilos de ancianos cárceles instituciones especiales, etc.

La atención a la salud mental permanece fuera del circuito sanitario asistencial. El Sr. Oliart, ministro sanidad afirmaba recientemente que la Seguridad Social no se iba a gastar ni un duro en asistencia a la salud mental. Su espacio sigue siendo el de la beneficencia o lo que es lo mismo de la exclusión y de la segregación. Esto evidencia la injusta discriminación que el aparato médico-sanitario establece entre la asistencia a los trastornos somatoorgánicos y los trastornos y disfunciones psicológicas y de la conducta. Discriminación que atenta contra el estado actual de la ciencia, los ciudadanos cotizante de la Seguridad Social (80% de la población), y el derecho de toda persona a la salud, reconocido por nuestra constitución.

Abandono público, negocio privado

La alternativa a esta situación, no puede consistir en la medicalización de la atención a la salud mental, ni de la mera reparación de los trastornos psicológicos en instituciones médicas, en las que es secuestrado el derecho de toda persona a la gestión de su propia salud, como tampoco lo es la medicalización de la salud en general.

El Estado ha delegado la atención a los problemas de la salud mental básicamente a las Diputaciones, carentes por otra parte de los recursos suficientes para su asistencia, a las instituciones religioso-benéficas, a las distintas entidades privadas, mientras reserva para sí una reducida parcela como el AISNA, el INSERSO. Este dispositivo público insuficiente convierte la atención a la salud mental en un negocio lucrativo, cuando está en manos privadas, al margen de cualquier control público, negocio en el que los criterios preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y resocializadores queda con relativa frecuencia excluidos.

En este contexto se plantea una reforma sanitaria que parte de entrada de una absoluta carencia "del diagnóstico

margen de la salud pública de la semana

Carballo

concreto de la situación sanitaria española en lo referente a la salud mental, que no pasa de un intento bienintencionado por parte del Gobierno de modificar los servicios psiquiátricos actuales, dejando de lado aspectos más generales de los cuidados de la salud mental⁽¹⁾. A través de esta reforma sanitaria queda en manos del Gobierno, la interpretación del documento aprobado en relación a sus propios intereses.

No sabemos nada del valor real del documento, de su obligatoriedad práctica, de los plazos de ejecución, de la programación de los cambios, de los mecanismos de gestión, de las formas de financiación y mucho nos tememos que las cosas queden como están.

¿La izquierda reproduce a la derecha?

Las administraciones locales, tienen más competencias de las que usan en este terreno. Un balance inicial que evalúe su labor, no resulta demasiado alentador en lo que hace referencia a la atención de la salud mental; tan solo es de destacar los tímidos intentos por parte de algunos ayuntamientos de izquierda en la promoción de centros de salud. No conviene olvidar que son las Diputaciones y no los Ayuntamientos las que cuentan con los recursos.

Las 16 Diputaciones de izquierda que son los entes de los que se podían esperar más cambios, están reproduciendo en su mayoría la ideología de la derecha, en el plano sanitario, en cuanto que sus preocupaciones no van más allá de las camas hospitalarias, los médicos, la creación de hospitales, etc, dejando aplazadas las profundas transformaciones que hoy es necesario introducir en los dispositivos asistenciales en los que las administraciones locales tienen muy amplias competencias, como es la asistencia psiquiátrica.

Los costes de esta asistencia se han triplicado en estos últimos años, hasta el punto, como señaló el psiquiatra Manuel González de Chaves, de representar entre un 15 y un 30% de los presupuestos generales de las Diputaciones, yendo una parte sustancial de este dinero a parar a las arcas de las instituciones religiosas y privadas que tienen conciertos con las Diputaciones

quedando aquéllas exentas de un control público del gasto de estos fondos.

Es esta una razón más, para llevar adelante una transformación de la asistencia hacia planteamientos renovadores y comunitarios que por otra parte abaratan la asistencia y ofrecen un mejor servicio a los ciudadanos.

Italia

Resulta sorprendente el retraso secular en el que están sumidos los cuidados de la salud mental en comparación, con otros países como Italia. La experiencia italiana nos plantea la necesidad de que esta problemática salga de las instituciones para incrustarse en toda la sociedad, sólo así se garantizará el cambio.

Desde hace 10 años se inició en Italia un fuerte movimiento de profesionales y técnicos de la salud mental, que llevó el debate a los sindicatos, partidos, a los políticos, administradores y a los ciudadanos en general. Basaglia tuvo un papel indiscutible en la conformación de este movimiento.

Fruto de este complejo y rico proceso ha sido posible la Ley 180, aprobada por el Parlamento italiano. Esta ley prevee el cierre de los manicomios, prohíbe la construcción de otros nuevos, las subvenciones a las instituciones privadas psiquiátricas, y los internamientos involuntarios, ofreciendo como alternativa la asistencia en la comunidad.

A lo largo de la 'Semana de la Salud Mental se fueron perfilando toda una serie de rasgos alternativos, algunos de los cuales fueron:

- La incorporación de la Salud Mental dentro de un concepto de Salud Integral que persiga la promoción y el fomento de la misma.

- Incorporación de los cuidados de la salud mental dentro del sistema sanitario general, en la perspectiva descentralización del mismo.

- Sectorialización de la asistencia a la salud mental, a partir de la cual se efectúe una planificación de la misma mas acorde con las necesidades que se plantean en este campo.

- Desmantelamiento de los manicomios y creación de Centros de Salud Mental en la comunidad que atiendan al conjunto de las necesidades de la salud

mental, tanto preventivas como asistenciales.

Otros rasgos que se planteaban eran: la necesidad de un abordaje interdisciplinar y de trabajo en equipo, la necesidad de contratación de nuevos profesionales.

- Participación de la comunidad en la planificación y gestión de la Atención a la salud mental, etc.

Franco Rotelli, director del Hospital Psiquiátrico de Trieste amigo y estrecho colaborador de Basaglia planteaba que en nuestro país veía, que sin un movimiento de técnicos de la salud mental que lucharan desde dentro y desde fuera de las instituciones psiquiátricas, difícilmente tendría lugar una verdadera transformación en este terreno. Precisamente una característica de los profesionales y técnicos de la salud mental en nuestro país es la total dispersión en la que trabajan así como un cierto desaliento por el fracaso de las distintas experiencias renovadoras en salud mental.

Avanzar en esta situación pasa por la toma de conciencia del papel que en la transformación de la atención a la salud mental que nos corresponde a los técnicos.

La Semana de la salud mental si evidenció algo, fue la necesidad de una continuidad en la tarea de sensibilización a los distintos sectores de la población, a fin de que estos vayan asumiendo la lucha por la obtención de unos mejores niveles de salud y asistencia sanitaria, así como una mayor participación en la misma. También, continuidad en un trabajo de transformación desde dentro de las instituciones, pues mientras sigan existiendo instituciones de segregación y exclusión, nosotros los técnicos seguiremos siendo instrumentos de represión y de mistificación.

(1) Ponencia sobre Reforma Sanitaria y Salud Mental del psiquiatra José Antonio Espino.

La salud mental en la ponencia el Pilar

10. El fomento de la *Investigación Científica* sanitaria.

Objetivos propuestos en la actual Reforma Sanitaria.

Para la consecución de estos objetivos, ha de buscarse el máximo rendimiento de los recursos disponibles, evitando tecnologías inútiles y empleando con criterios sociales las inversiones y los gastos en una conciencia de responsabilidad personal y colectiva.

Dentro de las líneas generales de la Reforma Sanitaria y a un nivel estrictamente teórico, aparecen varias nociones importantes que resaltar, que denotan cierta actitud de cambio, como son la de MEDICINA INTEGRAL, que incluye la Medicina Preventiva y la Comunitaria, a la tan limitada y, sin embargo, tan desarrollada Medicina Curativa o Asistencial.

La nueva ordenación Sanitaria quiere potenciar los aspectos Preventivos a todos los niveles, integrándolos en la consecución de un modelo sanitario que alcance el objetivo: SALUD - CALIDAD DE VIDA.

El gran desarrollo previsto de los aspectos preventivos de la Asistencia Sanitaria, obliga a una política específica de dotación de recursos y formación de personal especialmente en las siguientes áreas, muy marginadas hasta ahora:

1º *Epidemiológica*, entendida como el análisis de los factores que inciden en la salud-enfermedad.

2. *Sanidad Ambiental*, entendida como el control del marco y condiciones de vida y trabajo del hombre.

3. *Prevención de enfermedades y promoción de Salud* dirigida al individuo y a la Comunidad, dando prioridad a la promoción de la salud de la mujer y del niño, higiene laboral, salud mental, cuidados geriátricos y cuidados sanitarios de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

4. *Educación Sanitaria*, entendida como la información sanitaria de la población.

5. *Exámenes de Salud* sobre colectivos homogéneos.

6. La higiene, medicina y seguridad

El objetivo final que nos propone la Actual Reforma Sanitaria, es conseguir un sistema que garantice a todos los ciudadanos españoles el *derecho a la protección de la Salud*, mediante:

1. *Elevación del nivel de Salud de toda la población*, incrementando su bienestar físico, mental y social.

2. *La defensa y promoción* de la calidad del medio ambiente.

3. *La responsabilización* del ciudadano en su propia salud.

4. *La creación* de una conciencia sanitaria basada en la Educación en materia de salud.

5. *La prevención* de los procesos patológicos.

6. *El diagnóstico y tratamiento* de las enfermedades.

7. *La Rehabilitación* de los estados de invalidez, tanto somático como psíquico.

8. *El control de la experimentación*, producción y distribución de medicamentos.

9. *La formación continuada* del personal sanitario y *la creación de las nuevas profesiones* que una concepción integral de la Sanidad vaya demandando.

Reforma Sanitaria

borada por

Arranz

en el trabajo: atendiéndose con preferencia los aspectos psicológicos y sociales del trabajo, los riesgos de enfermedad o accidente, prevención de incapacidades físicas.

7. Higiene y Medicina Escolar.

La Medicina de la Comunidad tiene como objetivo a la Sociedad como conjunto, se superpone con la medicina preventiva, pero además procura la promoción de la Salud, a través de la educación sanitaria de la población, ocupándose del análisis de la solución de los procesos propios de la Comunidad, tanto patológicos, como psicológicos y sociales.

Para finalizar esta somera introducción, quisiera recordar los niveles de ordenación de la Asistencia Sanitaria, que como sabéis son tres:

1. *Asistencia primaria*, correspondiente a la Medicina de familia.

2. *Asistencia de segundo nivel*, realizadas en los Centros de Salud.

3. *Asistencia terciaria* de hospitales.

La medicina de familia será realizada por el médico general, en el ámbito rural o urbano al que se le exigen, además de una buena formación clínica una sólida preparación en Medicina preventiva, psicológica y sociológica.

En los Centros de Salud, confluye la atención médica especializada, que se ha desarrollado masificadamente en las consultas externas de los Hospitales, con la Medicina preventiva y comunitaria.

Incluirán unidades *médico-sociales* de tipo monográfico en los que se integrarán los aspectos asistenciales con los sociales y culturales.

El tercer nivel, el hospital corresponde a la super-especialidad. Constituye el apoyo fundamental de la asistencia primaria y secundaria, necesitando de una intensa reestructuración, ya que, actualmente, están subutilizados.

Análisis y crítica

1. El análisis en profundidad de las alternativas presentadas por los partidos políticos, lleva a la conclusión de que *los aspectos fundamentales son coincidentes* con todas las ideologías, y que estos para afirmar su singularidad, convierten en sustantivas, cuestiones adjetivas, y es que las bases de la Reforma Viable en España no tienen

técnicamente más soluciones que la que lleva a la redefinición de las Unidades Operativas Sanitarias.

2. La reestructuración de las tres líneas de asistencia, desplazando el centro de gravedad de la misma hacia la primera.

3. La redefinición del equipo sanitario pluridisciplinario y del equipamiento a su servicio.

4. La presencia de la Comunidad, a la que el dispositivo asistencial presta su Servicio en sus órganos de gobierno, con el fin de que participe en la asunción de responsabilidad de la gestión.

5. La apertura de los cuidados de Salud, a la prevención, promoción de salud y a la reinserción social, y dentro de la acción asistencial la tan abandonada actuación psiquiátrica.

6. La introducción del concepto de Rentabilidad en la inversión y administración sanitaria.

7. Dadas estas ideas básicas direccionales, parece obvio la *necesidad de la presencia del psicólogo como profesional de la salud*, formando parte de los equipos sanitarios en los tres niveles de asistencia.

El psicólogo en el proyecto de reforma sanitaria.

1. Desde un contexto sociopolítico somos testigos de las tensiones sufridas por la población española en general, creados principalmente por:

a) Cambio de un medio rural al medio urbano, que estalla en los 60 y se desarrolla aún.

b) Cambio de sociedad autoritaria a la democrática. (Socialización de la vida pública).

Todo ello agravado por problemas económicos; (prueba de ello es el elevado aumento del consumo de psicofármacos).

Los psicólogos, la Psicología, como nueva profesión, nace para dar respuesta a las necesidades sociales planteadas, no nace por capricho o generación espontánea.

2. Es indispensable que la medicina se configure con una perspectiva de salud y no de enfermedad. Vivir una vida en salud o en enfermedad es, en parte, un problema biológico, pero lo es más de tipo personal y social. De las aportaciones básicas de tipo nutritivo, cultural, emocional-interpersonal que reciba el individuo dependerá en gran parte de su potencial de salud.

El volver a centrar la medicina en torno al concepto de salud, de ninguna manera significa conceder a aquella el monopolio de tal concepto. La lucha por la Salud, a nivel ideológico, es una tarea personal y colectiva; a nivel científico y técnico es una tarea necesariamente interdisciplinaria.

3. En este sentido, podemos decir que se ha dado un paso al no llamarse Reforma Médica sino Sanitaria. Por ahí se entiende una apertura a otros profesionales, aunque de una forma muy inespecífica y tímida. Pero en una estructura en donde todavía se rechaza la prestación farmacéutica como prestación sanitaria, parece evidente la preo-



cupación por la clase médica en general, por el mantenimiento de su monopolio como estructura de poder.

4. En la nueva ordenación sanitaria, se habla de la necesidad de la medicina integral de abordar aspectos físicos, psíquicos y sociales de la salud individual y colectiva, sin embargo no aparece explícitamente la figura del psicólogo como profesional de la salud, haciendo referencia a su inclusión de un modo inespecífico cuando se menciona la necesidad de la creación de nuevas profesiones que una concepción integral de la sanidad vaya demandando.

5. El Psicólogo Clínico debe de formar parte del sistema que de respuesta al derecho a la salud que demanda el individuo y la sociedad. Puede contribuir a llevar a cabo los objetivos propuestos en la nueva concepción de Salud-Calidad de Vida, al potenciar un entorno correcto a través de acciones específicas en distintos niveles. Por lo que sería útil y necesaria la inserción del psicólogo clínico en los equipos respectivos en todos los niveles de asistencia, fundamentalmente en el 2º y 3º para llevar a cabo las siguientes funciones.

5.1. Preventivas, mediante:

- *Análisis de las contingencias ambientales* responsables del comportamiento que se desea modificar y por la introducción de cambios en el entorno social, dada la gran importancia de las variables ambientales de tipo social en el origen y mantenimiento de la mayoría de los trastornos mentales (Bayés).

- *Educación sanitaria*, orientada a incrementar las actitudes y modificar el comportamiento individual, y debe tender a fomentar:

- a) *Responsabilización* de los individuos de su propia salud, y su participación activa en los programas sanitarios.

- b) *Información* a la colectividad sobre los posibles comportamientos en las diferentes situaciones sanitarias, entre otras

- c) *Conocimiento por la población* de la definición positiva de Salud.

- *Orientación comunitaria*, detección y satisfacción de las necesidades de salud mental en un determinado sector

de la población, utilizando al máximo los recursos existentes en la comunidad.

- *Servicios de salud materno infantil* (preparación al parto, adaptación y medio ambiente del niño, higiene, etc...)

- *Servicio orientación familiar* y consejo genético: planificación familiar, educación sexual.

- *Cuidados geriátricos*.

- *Unidades de higiene mental*, para el seguimiento de pacientes no hospitalizados, (marginados, alcohólicos, drogadictos, fracaso escolar, problemas caracteriales) con el fin terapéutico de readaptarles a la sociedad desde un punto de vista de rehabilitación integral.

5.2. *Asistenciales*:

El principal objetivo sería la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos emocionales de base orgánica o psico-social, lo más precozmente posible, en un marco de equipo asistencial pluridisciplinario.

5.3. *Docentes y de investigación*:

Se deberá de potenciar la investigación a nivel básico y aplicado, son interesantes las experiencias de Investigación Neurofisiológica enfoque córtico-visceral (Colodron 1976), análisis de las contingencias ambientales y neuromusculares (biofeedback. Carrobbles).

CONCLUSIONES

1. El análisis en profundidad de las alternativas propuestas por los partidos políticos son coincidentes en los puntos fundamentales.

2. La idea de medicina integral, comprensiva, llevada a cabo por equipos de trabajo multidisciplinarios; la idea de énfasis en la prevención son las que se repiten en las alternativas propuestas por la Reforma Sanitaria, falta que de la teoría se pase a la práctica.

3. Dada la limitación de recursos disponibles, la presencia del psicólogo clínico a corto plazo, solo será viable en el 2º y 3º nivel de asistencia, formando parte de los equipos sanitarios ubicados en los Centros de Salud y Hospitales.

4. El equipo asistencial debe trabajar dentro de la Comunidad y en estrecho contacto con la misma a través de servicios que deben ser totalmente accesibles a la población.

Estas jornadas se denominan de "Salud Mental" y, por ello, creemos conveniente comenzar nuestra intervención con algo que parece obvio, el definir lo que entendemos por "SALUD".

Definición de salud

El concepto de Salud ha experimentado últimamente una redefinición que supone un importante cambio de perspectiva. En efecto, de ser considerada en forma negativa como la "ausencia de enfermedad", pasa a conceptualizarse de forma positiva e integradora como "el estado de bienestar físico, psíquico y moral del individuo en su relación con el medio".

Estos elementos son recogidos ya por la O.M.S. como interactuantes en el individuo y cuya resultante (no uno solo de ellos) determina la salud o no salud en ese organismo humano.

Y no dedicamos esta especial atención al problema de la definición por un ánimo teoricista, lejano al carácter concreto y práctico que deben tener estas Jornadas, sino porque creemos firmemente que es este punto de partida teórico el que condiciona los "Servicios de Salud" (estructura, personal, presupuestos, actividades prioritarias, etc...) de un país en un momento dado.

Así como afirma Ramón Bayés en su obra "Psicología y Medicina": "La Medicina ha conceptualizado hasta ahora en funcionamiento de un organismo desde la perspectiva de los estados alterados o de enfermedad y ello ha con-



y asistencia psicológicas

encia elaborada por.

Mariana Segura

salud mental

ducido a institucionalizar la salud y la prevención de la enfermedad desde una óptica de solamente medicina hospitalaria y tecnificación cada vez mayor, descuidando "la educación para la salud".

Es evidente que si se considera la salud desde la perspectiva tradicional, la "práctica" de los Servicios Públicos destinada a velar por la salud de la población tendrá unas determinadas características:

1. Carácter asistencial más que preventivo.
2. Restricción de la "Sanidad" al ámbito hospitalario.
3. Integración tan sólo de profesionales de Medicina.
4. "Clasificación rigurosa de las enfermedades" como objetivo científico prioritario.
5. Desequilibrio entre atención humana y económica ofrecida a los aspectos tecnológicos y la ofrecida a otros aspectos (socioeconómico, sociológico, etc...) en detrimento de estos últimos.

En un modelo de "Sanidad" como este, es obvio que la Ciencia Psicológica tiene difícil cabida y no es de extrañar, por tanto, que las respuestas "Oficiales" a nuestras demandas de inclusión, hayan incidido repetidamente en que el objeto de la Psicología es el "estudio del Comportamiento Humano" y no tiene nada que decir respecto a la "enfermedad".

Sin embargo, de un modelo integrador como el que se propone en la

actualidad se derivarán características como:

1. Esencial carácter preventivo.
2. Carácter eminentemente formativo y ambulatorio más que hospitalario.
3. Necesidad de abordaje interdisciplinario del ámbito de la Salud.
4. Análisis e investigación por parte de las distintas ciencias implicadas, de los aspectos que inciden relevantemente en el mantenimiento o pérdida del estado de Salud (Factores de Riesgo).
5. Y a nivel económico, lógicamente, atención prioritaria de estas investigaciones con detrimento de las de tipo tecnológico.

En un "Servicio Público para la Salud" creado según este modelo la Psicología sí está llamada a aportar una perspectiva científica propia, que junto con la de otras ciencias afines (Sociología, Medicina, etc...) aborden global e interdisciplinariamente la compleja realidad del "Organismo Humano".

Vamos a pasar sin detenernos en el análisis y crítica de la estructura Sanitaria Española, cuyo carácter "tradicional" y poco evolucionado ha sido y es un ejemplo de "heroica resistencia al cambio". Vamos a detenernos, sin embargo, en los intentos, aún escasos pero prometedores, de implantar un adecuado modelo de salud en nuestro país, en la esperanza de que la "Reforma Sanitaria" lo sean realmente tarde o temprano.

Datos acerca de la actuación psicológica a nivel preventivo y

asistencial

Vamos a hacer un ligero repaso de lo que constituirá, en días sucesivos, el tema central de estas Jornadas: la realidad de unos centros y unos profesionales que, a nivel oficial o privado, suponen "la avanzadilla" en el campo de la Salud.

1. CENTROS DE PROMOCION DE SALUD: El Ayuntamiento de Madrid (y los que de otras ciudades se proponen empresas parecidas) ha creado recientemente unos centros que, por sus características, constituyen el intento más serio habido hasta la fecha por abordar la Prevención, Formación y Orientación a la población en materia de Salud.

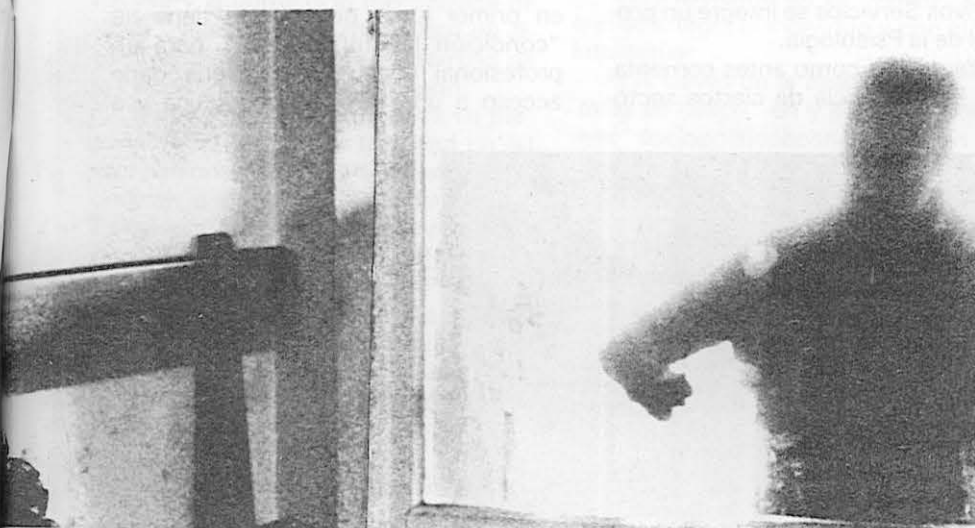
En estos centros, tal como indica su nombre, se pretende "Fomentar y Promocionar" la Salud del ciudadano desde el entorno mismo que le es propio, desde el barrio que con sus características específicas le condiciona. Son centros, por tanto, integrados en un "sector de la ciudad" y especializados en la problemática de "ese sector".

En este momento sólo funcionan cuatro ubicados en barrios tan diferentes y "claves" como "Latina", "Chamberí", "Vallecas" y "Tetuán" y, a pesar de su corto recorrido hasta el momento, su experiencia está ya siendo de gran interés para todos los profesionales que desean que la Psicología, la Medicina y otras Ciencias lleguen a ser lo antes posible un "Servicio Público" eficaz. Tanto por sus objetivos como por los profesionales que los integran está garantizado el carácter preventivo, experimental e interdisciplinario de su actuación, siendo curiosamente este carácter el criticado por ciertas parcelas de la profesión Médica que se resisten a que el cambio se produzca.

2. PROGRAMAS ESPECIALES DE FORMACION PARA PROFESIONALES NO MEDICOS

Encuadrado dentro de los intentos "Oficiales" y anterior a la existencia de los C.P.S., hay un curioso proyecto del Ministerio de Sanidad, que proviene según nuestra información, de la iniciativa del entonces Subsecretario, Palacios Carvajal.

Hace dos años apareció la convocatoria para optar a estos programas de



formación, que a imagen y semejanza con el "Rotatorio" de los médicos, pretendía "formar" en un entorno Hospitalario a aquellos profesionales que, no siendo médicos, tenían un cometido específico que cumplir en ese entorno. Estos profesionales eran básicamente biólogos, químicos, psicólogos e ingenieros. La experiencia, sin embargo, tenía todas las características del "parche improvisado"; no sabiéndose ni cuántos profesionales tendrían acceso a esta formación, ni, por supuesto, quién, dónde, con qué presupuestos y lo que es más importante, "para qué" se impartiría esta formación.

El resultado, tras una inscripción masiva de profesionales, sobre todo psicólogos, fue (como era de esperar) un camino que no conducía a ningún lado. Los psicólogos que lograron los puestos, seis en total, tras asistir durante un año a sendos "Servicios de Psiquiatría" (con lo que era formada por psiquiatras en esta materia y no en Psicología), quedó sin posible continuidad hacia un segundo año o hacia un puesto de trabajo en el Hospital.

Después de esto no ha habido ninguna otra convocatoria, ni ha habido respuesta alguna que explique por qué esto es (y parece que seguirá siendo) así.

3. Si analizamos, sin embargo, el por qué de este intento, en el contexto hospitalario, encontramos una realidad que, afortunadamente, es cada día más frecuente: la colaboración de médicos y psicólogos y la demanda creciente de los primeros para que en sus respectivos Servicios se integre un profesional de la Psicología.

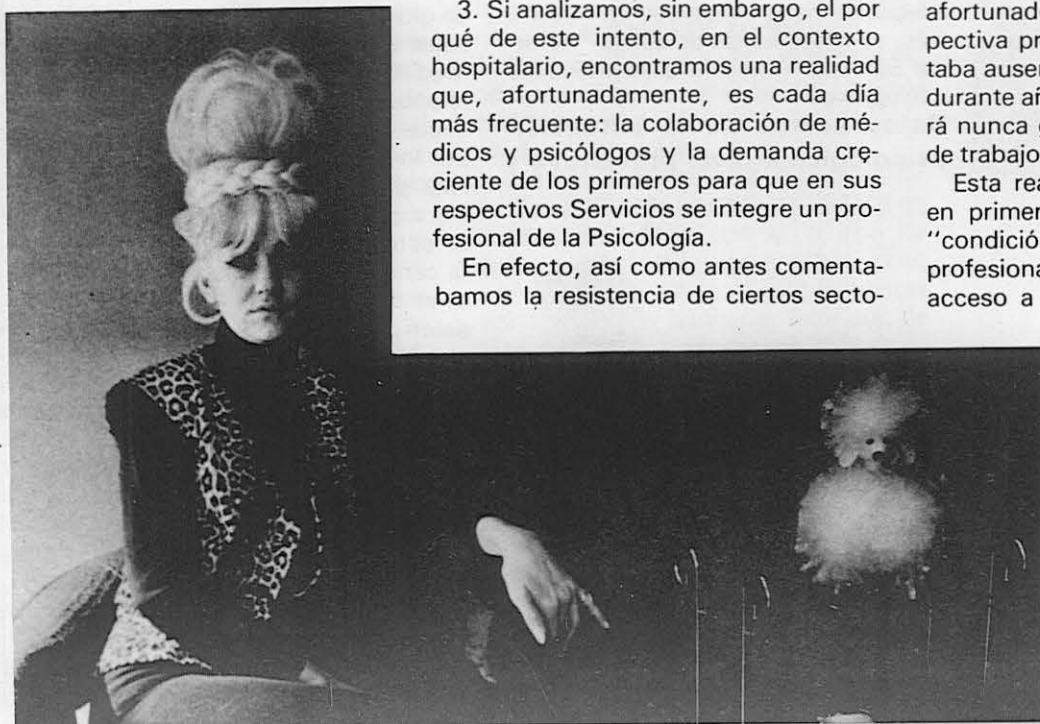
En efecto, así como antes comentábamos la resistencia de ciertos secto-

res de la medicina a admitir que otros profesionales tuviesen "algo útil y diferente" que aportar en el ámbito de la Salud, también existe otro sector médico que, planteándose críticamente su práctica profesional, requiere la colaboración de Psicólogos, que aborden el mismo fenómeno (por ejemplo, la rehabilitación de un infartado, la integración a la sociedad de un hemofílico,...) desde una perspectiva diferente y complementaria, para dar una más eficaz y completa respuesta al sujeto.

Esta demanda creciente de psicólogos para "tareas específicas", ha chocado hasta el momento con una estructura que (salvo el intento antes mencionado) no contempla en ningún momento la figura del psicólogo como profesional "Sanitario" y carece, por tanto, de los puestos de trabajo y vías de acceso hacia esa práctica.

Desafortunadamente, aunque también comprensiblemente, esta situación ha abocado a la implantación del curioso fenómeno de los "asistentes voluntarios" fenómeno que entre los Psicólogos adquiere caracteres y tintes realmente "increíbles". Los asistentes voluntarios acceden tras un arduo batallar con prohibiciones y negativas, a un servicio hospitalario generalmente el de Psiquiatría y, considerándose afortunados por poder tener una perspectiva práctica que en la facultad estaba ausente, acceden a trabajar gratis durante años, sabiendo que esto no será nunca garantía de un futuro puesto de trabajo.

Esta realidad es doblemente grave, en primer lugar por lo que tiene de "condición laboral irregular" para un profesional cuyo título debería darle acceso a una formación práctica y a



una posterior actuación profesional debidamente remunerada.

En segundo lugar, es grave por su función de "encubridora" de unas necesidades que se ven deficientemente cubiertas, pero cubiertas al fin, sin que la Sanidad tenga que plantearse la creación de un nuevo cuerpo de profesionales, los Psicólogos. Algo muy parecido sucede en el ámbito de la Educación con los "maestros-psicólogos", pero este es otro complejo tema en el que no vamos a ahondar.

4. CENTROS PRIVADOS

La realidad más extensa y conocida de la práctica psicológica la constituyen los intentos privados de ejercicio de la profesión en el ámbito de la "Clínica". Era previsible que en un país donde la administración crea una titulación Superior, sin crear los puestos de trabajo para esos titulados, era previsible decimos, que esos profesionales en su lógico afán de poner sus conocimientos al servicio de la población, y por supuesto, de ganarse la vida por medio de esos conocimientos, recurriesen a crear sus propios centros de forma privada. Estos centros evidentemente no se pueden agrupar bajo definiciones o descripciones comunes (este colegio ha intentado sondear la realidad de los centros de Madrid, sin buenos resultados), habiendo gran variedad de escuelas, objetivos, áreas de actuación y profesionales.

Así, desde los que se plantean "abiertamente" y únicamente como negocio, dedicados a la aplicación masiva y la corrección mecanizada de "tets", hasta los que mantienen un alto nivel científico y es el desarrollo de la Psicología su objetivo primario.

Desde los que cuentan entre su personal (o constituye la totalidad de él) con personas que oportunamente se dedican a algo que ellos denominan Psicología sin tener titulación alguna que les capacita para ello, deformando la incipiente imagen que la Psicología tiene ante la población, hasta los que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a que esta imagen de la Psicología sea lo más exacta y clara para todos.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, hay aspectos comunes que

caracterizan a estos intentos privados de práctica psicológica:

1. Escasez de medios técnicos, económicos e informativos.

2. Escasa incidencia a nivel preventivo y público, con casi un 100% de dedicación asistencial.

3. Escasa interrelación entre unos y otros, que impide el avance y la puesta en común a nivel científico.

A nivel positivo, por el contrario, han logrado:

1. Evidenciar con su creciente número, la demanda de servicios psicológicos de la población, demanda a la que oficialmente no se da respuesta.

2. La eficacia de los métodos psicológicos en la resolución de problemas que "se eternizan" en las consultas médicas, sin que este abordaje pueda darle total solución.

3. La economía de tiempo, medios materiales y humanos que supone esta asistencia como lo demuestran estudios hechos con problemáticas tan amplias y "vivas" como las "cefaleas".

Propuesta de una alternativa a esta situación.

No nos vamos a extender en plantear esta alternativa, ya que esto constituirá el contenido de la tercera intervención de este Colegio en estas Jornadas. Quiero solamente enumerar lo que creemos debería ser (y podría eficazmente ser) la actuación del psicólogo a nivel preventivo y asistencial en coordinación con los demás profesionales de la Salud.

1. A nivel preventivo

1.1. *Inciendo en el "medio"* en el que se integra el individuo y con el que interactúa:

a) A través de la *detección de "factores de riesgo"* en y por las condiciones sociopoliticoeconómicas en las que vive el individuo.

b) *Participando en los programas educativos*, para evitar problemas escolares y, sobre todo, para propiciar la formación integral y adecuada del Psicólogo.

c) *En los planes urbanísticos*, que determinan el "Habitat", o entorno estimulador del individuo.

d) *Garantizando condiciones de Seguridad e Higiene en el trabajo*, que hagan de este algo satisfactorio y carente

de "amenazas para la salud física y psíquica del individuo".

e) *Participando y pronunciándose acerca de los medios de comunicación y del contenido normativo y modélico que poseen para el ciudadano.*

1.2. *Incidencia en el individuo:* Por medio de la "formación de éste en "materias" imponentes para su vida".

a) *Escuelas de padres:* Para la correcta comprensión por parte de éstos del comportamiento de sus hijos.

b) "Cursos" sobre temas tales como "sexualidad", "alimentación", "funcionamiento de nuestro organismo".

c) "Cursos" sobre comunicación, relaciones humanas, pautas que rigen éstas, etc...

2. A nivel asistencial

La asistencia psicológica se extendería a todos aquellos del comportamiento humano que requiriesen un cambio de los más graves e incapacitantes hasta los aspectos secundarios o paralelos a problemáticas primariamente orgánicas o sociales, pasando por "pequeños problemas comportamentales" de "sujetos sanos". Y se caracterizaría por:

a) La aportación de un abordaje específico para el análisis, explicación y resolución de problemas en el ámbito de la Salud.

b) El reaprendizaje de nuevas pautas de comportamiento que evitan la segregación del "individuo con problemas".

c) La integración, por tanto, de terapia y prevención en una misma actuación profesional.

CONCLUSIONES

Podemos sintetizar las conclusiones o puntos básicos de esta exposición en los siguientes:

1. *Contradicción entre la amplia y creciente demanda social de la actuación del Psicólogo y la imposibilidad de acceso de este profesional a las estructuras Públicas que deberían garantizarla.*

2. *Necesidad para que esta contradicción se supere de la resolución de problemas no sólo "actuales" de la estructura sanitaria (falta de presupuestos, etc...) sino fundamentalmente de la instauración de un "nuevo modelo de salud" que se caracterice o suponga una actuación PREVENTIVA E INTERDISCIPLINARIA.*

La salud como ponencia elabo

Carlos Cama

No podemos seguir por mucho más tiempo, a estas alturas de siglo, asumiendo al modelo sanitario tradicional donde se concibe la salud sólo como ausencia de enfermedad, aislando al individuo de sus coordenadas sociales, de su familia, de su economía, de su trabajo, de su vivienda, de su medio ambiental, en suma. No solo se divide al individuo en partes, sino que se le divide dentro de su patrón social y no se tienen en cuenta sus condiciones de vida y su problemática de conjunto. Una sanidad donde el dato más importante es el número de médicos y de camas de hospital por habitante no nos interesa. Nos importa más saber qué tipo y qué condiciones de vivienda tienen esos habitantes, o cuales son sus relaciones interpersonales, o cómo se desarrollan sus trabajos, sus modelos culturales, su tiempo libre, dónde se crían sus hijos, en qué condiciones se controla la natalidad, qué condiciones educativas y perspectivas de trabajo tienen los jóvenes, cual es el tipo de información que se les suministra en la televisión, qué características tienen los alimentos que toman (si los toman), cómo se reeducan y rehabilitan los fracasos escolares, los accidentes laborales y de carretera, cuales son las tensiones a las que están sometidos, cómo viven los viejos, etc...

Una sanidad que como objetivo primordial tiene la construcción de enormes centros donde se despersonaliza y donde nunca sabes cómo vas a salir, no es una sanidad responsable

con la problemática real de la población.

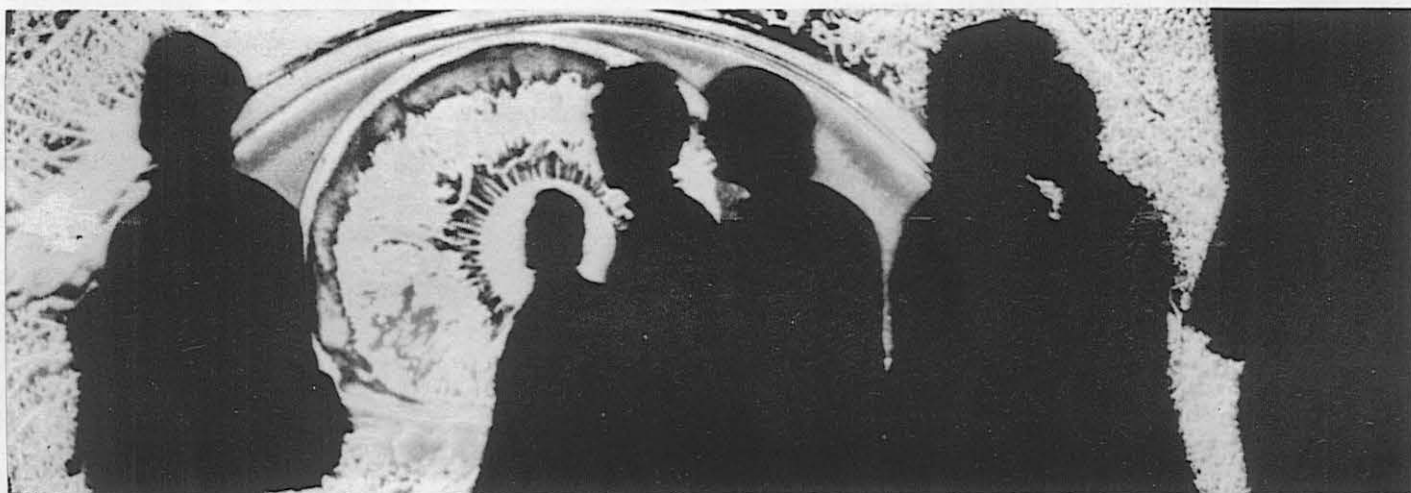
La salud, así, se convierte en un problema eminentemente político de la sociedad en su conjunto y no en su problema médico desde una sola óptica institucionalizada, en contraposición con una organización donde deben utilizarse todos los medios sociales para alcanzar un buen nivel de salud para toda la población.

¿Existen enfermos mentales?

Con todo ello no queremos decir que el componente orgánico de la enfermedad no deba ser resuelto con la metodología al uso médico, pero ésa es sólo una parte de la sanidad y un tema que aquí no vamos a tratar.

El 50% de la población (dato admitido ya de una forma generalizada) que acude al médico no se cura. ¿Se ha hecho un estudio en los hospitales, en los ambulatorios, etc..., de cuales son las posibilidades de curación de ese 50% y cuales son sus coordenadas vitales y componentes no orgánicos que le hacen acudir al médico tan sólo porque la errónea educación sanitaria lo encamina hacia él exclusivamente y porque todo está inundado por la perspectiva médica y no existe la posibilidad de ser encaminados hacia otros profesionales que resuelvan su problema y, sobre todo, porque no existe la estructura social y política adecuada para que sus problemas fueran resueltos con un cambio en su ambiente y en su modo de vida?

En definitiva, la estructura sanitaria española está sostenida por un siste-



factor social rada por rero

ma económico tal que mantiene una acción reparadora en función del sistema productivo, manteniendo a la población en unas condiciones de vida y de trabajo que producen enfermedad. Ese mismo sistema desecha a las personas cuando no son rentables y las abandona o las da una asistencia mínima; a veces ni siquiera de supervivencia. Esta estructura sanitaria merece, cuando menos, ser replanteada; porque detrás de toda situación de "enfermedad mental" (entre comillas) se encuentran factores ideológicos dominantes que deben ser tenidos en cuenta, y no ser resueltas con soluciones técnicas exclusivamente, sino que deberán ser resueltas a la luz de soluciones sociales.

En la medida en que consideremos la salud como un estado que permita seguir dentro del proceso de trabajo, que permita el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, y la haga disfrutar de la vida, en equilibrio social con la comunidad sin ser rechazado por ella, estaremos construyendo un modelo adecuado de salud. Aquí, el psicólogo introduce un elemento cualitativo en la asistencia que no es tratado por el sistema sanitario, haciéndonos eco de la idea Walloniana de que el individuo no es una yuxtaposición de factores biológicos y sociales; sino que la explicación está en la acción recíproca incesante del ser vivo y de su medio.

Por todo ello, personalmente pensamos que la "enfermedad mental", tal y como se ha venido estudiando hasta la fecha no debe ser tenida en cuenta por el planteamiento psicológico-social que proponemos. Si es cierto lo anterior, convengamos en que la llamada "enfermedad mental" estaría en función de las conductas anómalas que se instaurarían en el individuo al relacionarse con su medio el cual es un buen caldo de cultivo (como hemos podido ver al principio) para que aquellas se produzcan. Insisto que con esta afirmación no tratamos de olvidar el componente orgánico de algunas enfermedades, pero también afirmamos que no tenemos los estudios necesarios que nos explique cómo puede el medio producir esa anomalía orgánica de que hablamos.

En cualquier caso, el tipo y el número de "enfermos mentales" (siempre entre comilla) estará en función de los modelos asistenciales aplicados y en función de la escala de valores imperante en la sociedad que los profesionales han de catalogar. Porque cuando hablamos de "enfermedad mental" estamos dando por supuesto que existen comportamientos normales y patológicos y que estos están en función de categorías definidas e inmutables. Y esto es lo que nosotros ponemos en cuestión (Bayés, 1979); ya que, pensamos, determinados medios sociales producen unos tipos de categorías y otros, otras. Por lo que incidiendo favorablemente en el entorno podemos ver disminuido el número de esas categorías y por tanto el número de "enfermos mentales".

Cualquier reforma que se aprecie debería contar, previamente a su formulación, con un estudio serio de recursos y necesidades existentes y una estimación de su evolución en función de una planificación de servicios que se prevea conforme a la situación económica y social. Pero esto, hoy por hoy, no existe en nuestro país.

Veamos someramente con qué números contamos: los *Subnormales o Deficientes Mentales* oscilan entre el 1 y el 3 por ciento de la población (según la OMS); en unas estadísticas recientes (SEREM, 1979) se habla de 1,10%. En la primera, la población afectada de deficiencia mental estaría comprendida entre 350.000 y 1.050.000; en el segundo caso de 400.178 afectados. De ellos (sea cual sea la cifra elegida) están atendidos -no sabemos en qué condiciones- 44.000 (Tribuna Médica, 1976).

Entre los "enfermos mentales" al uso tenemos los siguientes datos: *ezquizofrénicos* (según estadísticas estudiadas por Eyseck, 1975 en distintos países) oscila entre 0,6 y 2,9% de la población, lo cual supone para nuestro país la cifra de entre 210.000 y 1.105.000. Las personas comprendidas en la sintomatología conocida como "*maniaco-depresiva*", comprende entre el 0,4 y el 2,5% (para España entre 140.000 y 875.000 personas).

De entre esas cifras podemos hacer una media aproximada y nos da la cantidad de 582.500 personas afectadas

por esos síntomas. Luego vendría el análisis del tipo de diagnóstico y enfoque terapéutico que se establezca para tratarlos. Pero no vamos a entrar en ello.

Por otro lado, veremos el *alcoholismo*, en donde tenemos una población afectada entre 1.500.000 y 2.300.000 según unos autores (Freixa, Fábregas y Soler, 1972, en el XVIII Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Toxicomanías) y 800.000 que utiliza como punto de partida la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (1975), y como dato adicional diremos que en 1970, el Programa para Prevención del Alcoholismo y Toxicomanías del PANAP, estaba dotado de 5.000.000 de pesetas y ese mismo año se gastaron 2.300 millones en publicidad de bebidas alcohólicas (Datos recogidos de Bayés, 1979).

Hoy sabemos que en España mueren alrededor de 10.000 personas al año por efectos del alcohol (Díez Aledo, 1980).

No menos importantes son los datos que podemos barajar en cuanto a *drogadicciones* aparte de la del alcohol: los opiáceos, barbitúricos, estimulantes, alucinógenos, tranquilizantes, el tabaco, etc..., son de consumo diario masivo por nuestra población.

En la mayoría de los casos se pueden comprar libremente en los establecimientos correspondientes. En 1977 la Seguridad Social gastó 2.000 millones de pesetas en suministrar psicofármacos a 4 millones de personas. En las farmacias se pueden conseguir sin receta. Yo mismo he sido testigo de ver como el dependiente es quien aconseja un determinado medicamento "para los nervios" ante la demanda de un cliente. Y cualquiera puede hacer la prueba de su compra indiscriminada. En 1978 se gastaron los españoles 32.500.000 pesetas en anti-depresivos, y pudieron elegir entre 88 marcas. Es decir, los psicofármacos suponen el 70% del total de ventas de medicamentos en nuestro país (Ciencia y Pensamiento, 1980).

Por cuanto se refiere al *fracaso escolar*, que nosotros consideramos como un principio de posibilidad de ausencia de salud mental dada la estructura escolar existente, donde sin ningún tipo

de análisis de variables psicosociales se exigen determinados rendimientos iguales a todos los niños, sin adaptar los programas al desarrollo psicológico y sin tener en cuenta las coordenadas sociales. El fracaso escolar lo podemos cuantificar en un 40% de la población infantil, en algunos núcleos urbanos esta cifra se eleva al 65% del cual un alto porcentaje engrosa las estadísticas de predelincuentes, delincuentes e inadaptados, sobre todo si el fracaso escolar va acompañado de condiciones de vida y sociales malas. De este porcentaje podemos apuntar que fracasan más los niños de las clases sociales con menos recursos económicos.

La rentabilidad psicosocial que se puede obtener es enorme con una política preventiva en este campo, mediante la información preparación en aspectos del aprendizaje, cognitivos, psicomotores, efectivos, etc..., dándole importancia a las diferencias existentes en los medios urbano y rural, así como a las sociales y psicológicas. Prueba del poco interés por la prevención de la salud mental en la escuela lo tenemos en el debatido Estatuto de Centros, donde no se han admitido los planteamientos de creación de equipos interprofesionales psicopedagógicos.

Suicidios.- La consideración que podemos hacer en cuanto a los datos existentes de que una persona con necesidad de ayuda (del tipo que sea) para mantenerse psicológicamente equilibrado, la obtiene en un 80% en el medio rural y en una gran ciudad como Madrid no llega al 10% (EL PAIS, 19-X-80).

La cifra media de suicidios consumados en Madrid es del 60 al mes. Si consideramos que según la OMS el 10% del total de intentos de suicidio lo consiguen consumir, tenemos una cifra de 600 intentos mensuales en el medio urbano. Lo que nos daría una cifra, sólo para Madrid de 7.200 intentos y 720 consumados. Por otro lado debemos constatar que en una tabla obtenida por el doctor Saiz Ruiz sobre una muestra de 78 suicidios frustrados (EL PAIS, 19-X-80), el 60% están comprendidos entre las edades de 16 a 30 años. ¿Cual es el tipo de conflicto que genera ese índice tan alto de sui-

cidios en esas edades? ¿Cual sería la relación que existiría entre este dato y otros cotejados en función de: antecedentes psiquiátricos, fracaso escolar, desempleo, historia familiar, etc...?

Accidentes de trabajo.- Nuestro país arroja el mayor índice de accidentes de trabajo en Europa. ¿Cuáles son los programas de higiene y Seguridad en el trabajo que se establecen? y, por supuesto, ¿Cuáles son las condiciones sociales y psicológicas en las que realiza la relación laboral? Del orden de 7 personas diariamente sufren un accidente laboral mortal. Las incapacidades laborales las podemos cifrar en cerca del millón de personas que co-

Minusválidos físicos y sensoriales.- Dentro de las estimaciones que podemos hacer en función de la situación especial que pueden vivir las personas afectadas, y sólo teniendo en cuenta que deberían prevenirse en ellas situaciones más claras de modificación del

Minusválidos del aparato locomotor	442.385
Minusválidos no motóricos	238.801
Paralíticos cerebrales	48.235
Ciegos	59.536
Sordos	63.255

Ancianos.- Existe una población de más de 65 años en nuestro país que sobrepasa los 4 millones que necesitan un especial cuidado en la forma en que se establecen las situaciones sociales que pueden producir desequilibrios mentales, y especialmente sensibles a los desajustes de tipo emocional y psicológico.

A estos datos nos hemos referido tan sólo con el ánimo de acercarnos muy de pasada a la magnitud del problema de la salud mental en España y sobre todo en el ánimo de dar una visión no profesional al tema y de implicar variables importantes que no se tienen en cuenta a la hora de valorar las conductas y comportamientos; así como las causas del "enfermar".

Son muchas esas variables sociales y económicas que se conjugan como para caer en la trampa de pensar en lo patológico con categorías establecidas y psicologismos miopes. Así como para caer en una trampa mucho mayor: la de medicalizar (en muchos casos, psiquiatizar, en el sentido tradicional del término) y dar carácter científico a lo

bran pensión por invalidez permanente, en los distintos regímenes de Seguridad Social.

Televisión.- No olvidemos que dentro de la consideración del nivel de salud mental de nuestra población también tenemos que tener en cuenta como dato a tener en cuenta que más de 20 millones de españoles son espectadores de televisión donde abundan los telefilmes de violencia indiscriminada, objetos propagandísticos de consumo inalcanzables para una gran mayoría, valores culturales importados de otras culturas que no precisamente brillan por su nivel de salud mental, publicidad de bebidas, etc...

medio para preservar su integridad mental, apuntamos los datos de que existen en España 852.239 minusválidos físicos y sensoriales, lo que supone un porcentaje el 2,30% de la población total (SEREM, 1979).

Esta cifra se distribuye:

"anormal" frente a lo "normal" conforme a una escala de valores, determinada por intereses ajenos al propio sujeto que, además, tiene que ser "curado" por personas que están sometidas al mismo tipo de dicotomía, pero que se encuentran en la esfera de los dominantes o prepotentes y que han sido adiestrados para formular etiquetas y salvoconductos de normalidad o anormalidad, en cuya expresión calificadora queda bien patente de qué lado está la situación de poder.

En cualquier caso la propuesta alternativa es la de configurar una política de servicios sociales, donde al lado de lo que parece inevitable, se formulen planteamientos interdisciplinarios que contemplen al individuo dentro de su complejidad social y psicológica, arrancándole al sistema parte de los beneficios que le reportan las relaciones de producción (que determinan un alto porcentaje de situaciones enfermizas), para aumentar su bienestar y salud mental en equilibrio con su entorno social.

Educación y Prevención en la salud mental creando una infraestructura en función de las necesidades reales de las personas, en el ámbito de su vida comunitaria.

El planteamiento que propugnamos deberá estar basado en un análisis de todas aquellas situaciones y contingencias que se dan en el medio y que son las productoras del comportamiento de los individuos, introduciendo los programas de actuación interdisciplinaria necesaria en el entorno social; con el fin de conseguir, con esa acción, la desaparición o, cuando menos, la disminución de aquellas situaciones que producen conductas no integradas. Esto no se consigue sino con una actividad educativa, divulgadora y preventiva. Nunca con una acción curativa. Por ello decimos que no nos sirve el sistema sanitario tradicional. Por otra parte, no estamos hablando de la Sanidad, sino de la creación de una infraestructura al margen de ella, pero contando con la misma para superarla.

Y, por supuesto, no creemos que la solución sea que los médicos obtengan una fuerte preparación en psicología y sociología (como afirma el documento de la Reforma Sanitaria), sino que la

solución estaría en la integración de los nuevos profesionales (que han surgido como necesidad social ante una determinada problemática) dentro de los campos de actividad que les son propios, ya que lo contrario nos haría pensar en un intento de golpe de fuerza de ciertos sectores de una profesión instaurada que pretende acaparar poder y funciones, con el fin de mantener su hegemonía dentro de un campo que ya no le es exclusivo.

Debemos decir en este punto que la labor preventiva es un problema político-social que contemple a todos los ciudadanos y que uno de sus aspectos será el planteamiento técnico que puedan hacer los profesionales de la Salud Mental que tendrán su labor a todos los niveles asistenciales, preventivos y terapéutico en conjunto.

Con el cambio de las situaciones ambientales contribuimos a la elevación del bienestar y a la eliminación de las causas productoras de desajustes psicológicos y sociales que producen el enfermar.

En un intento de aproximarnos a una posible alternativa, diríamos que:

a) En cualquier reforma que se pre-cie debe ir por delante el aprovechamiento de los recursos h. ma-

nos y profesionales, así como los materiales, reconvirtiéndolos en función de los objetivos propuestos y con ánimo de hacer extensibles los servicios a toda la población. Todo ello mediante el análisis correcto de las posibilidades científicas y técnicas, conjugándose con las humanas y económicas, haciéndose una actuación equilibrada sin pretensiones mesiánicas.

- b) La asistencia que se pretende deberá ser pública en función de los sectores de población más necesitados, en conexión estrecha entre el concepto de salud mental y las condiciones de vida realmente existentes a todos los niveles: sociales, educativos, culturales, sanitarios, etc...; ya que no podemos eludir saber que los profesionales de la Salud Mental tenemos pocos recursos para satisfacer esas situaciones y que nuestras acciones preventivas y asistenciales se solapan y complementan con las de otras instituciones, organismos y grupos representantes de la sociedad.
- c) La acción preventiva que debe informar a todo trabajador de la Sa-



lud Mental, tiene que hacerse socialmente rentable y productiva, que esté al alcance de todos y que tenga un buen nivel de calidad, producto de la investigación y formación permanentes de sus profesionales y de un deseo de poner sus conocimientos al servicio de los individuos y los grupos.

Hacia un análisis de las características de la población afectada en relación con el profesional. ¿Pugna entre el modelo médico y el psicólogo?

Ya hemos dicho que podemos entender la "enfermedad mental" como un fenómeno social (salvando las distancias con los componentes eminentemente orgánicos del enfermar) en cuanto que existe una forma negativa de respuesta del medio ambiente hacia aquella.

Además, podemos hacer notar la paradoja que supone que los profesionales de este campo, en muchos casos lo que hacen con su trabajo es institucionalizar dichas respuestas negativas sociales, recreando un sistema de valores, terminología, organización y actuación profesional que sistematiza las relaciones de las personas afectadas por alguna conducta no integrada, con esa sociedad que previamente ha establecido dicha relación, y que, ya tiene decidido mantener un tipo de relación con ellas diferenciado y distante. Se parte de una definición que lleva implicada la escala de valores que establece lo que es normal o adecuado.

En otro lugar hemos afirmado que la sociedad (su clase dominante) define cuales son los rasgos, atributos y normas que se desean, dándose la situación de que si los individuos fracasan en dar las respuestas adecuadas a ese esquema, se les tratará de otra manera y se les asimilará a categorías de marginados, desviados, locos, subnormales, etc..., etiquetándolos y agrupándolos de acuerdo con unos estereotipos que en un momento determinado funcionan sin necesidad de valoración, de una forma automática.

Si esto es cierto, la actividad de los trabajadores de la Salud Mental que

tengan conciencia de ello, deberá estar encaminada a luchar por cambiar dichos esquemas con riesgo de ser introducidos por la misma clase dominante en otra categoría de marginación.

En cualquiera de los casos, en toda actividad asistencial donde se plantee el esquema de una supuesta rehabilitación, estaremos frente a procedimientos de socialización, mediante los cuales el sujeto se ve inducido a adoptar roles sociales que estén de acuerdo con las expectativas que la sociedad tiene de su comportamiento, produciendo en él determinados aprendizajes de dependencia que pueden dar como resultado lo que Szasz ha llamado "la ética del desvalimiento y la ayuda", que no es otra cosa que la tendencia social a reforzar las conductas que expresan petición de ayuda, fomentándose a la vez la sumisión y la dependencia con el fin de perpetuar la marginación y hegemonía del grupo "normal", entre comillas.

En este caso, determinados autores (Ribes, 1979) propugnan la idea de que el terapeuta, el profesional de la Salud Mental (en nuestro caso, el psicólogo) debe "desprofesionalizarse"; es decir que su actuación estaría encaminada a proporcionar a los miembros de la comunidad los sistemas y técnicas necesarias para que resuelvan sus problemas de una manera autónoma y autocontrolada.

Puntos de propuesta. Alternativa. Conclusiones.

De varios tipos;

- 1.- Concepción.
- 2.- Organizativos.
- 3.- Utilización de recursos.

- 1.- Los relativos a la *concepción* que debe tener la Sanidad en relación con la Salud Mental:

- Eliminar el sentido caritativo y benéfico de las asistencias. Elaborando los programas necesarios en función del estudio de necesidades.
- Incidir en el concepto de rehabilitación y reinserción social de toda persona afectada. No cronificar.
- Potenciar atención domiciliaria.

Desmedicalizar hasta donde sea posible la asistencia.

El contenido profesional de los técnicos deberá estar en función de las necesidades reales de los ciudadanos afectados.

- Conceptualizar la asistencia bajo el prisma de comunidad terapéutica.
- Búsqueda de soluciones sociales y política, no sólo técnicas.

2.- Organizativos.

- Unificación en un solo Organismo de todos los servicios.
- Creación de un Servicio Nacional de Salud.
- Democratización de esos servicios con control ciudadano de los órganos de gestión.
- Potenciar la actividad preventiva y asistencial coordinada y al tiempo en los niveles primarios y secundarios por medio de los Centros de Salud y Ambulatorios.
- Adecuación de los servicios a las necesidades y perspectivas del medio habitual donde se producen las situaciones de enfermedad, concibiendo modelos organizativos territoriales y sociales que coordinen todos los servicios comprendidos en ellas.
- Planificación controlada de los servicios.

3.- Utilización de recursos

- Utilización al cien por cien de los recursos existentes sin duplicar gastos innecesarios creando redes paralelas de servicios.
- Utilización de la red de servicios generales por toda la población y para todas las situaciones de la enfermedad.
- Extensión de los servicios a todos los ciudadanos sin excepción.
- Rentabilizar socialmente los presupuestos que se asignen para la salud.
- Contratación del personal especializado necesario sin escamotear presupuestos.
- Creación y formación de los equipos interprofesionales necesarios.
- Creación de los programas necesarios de investigación y formación de profesionales.

Conclusiones de la semana

"El país"

26 de octubre de 1980

Con un mesa redonda en la que se trajeron las posibles alternativas a la salud mental en España concluyó el pasado sábado la semana dedicada a este importante apartado de la medicina que se ha celebrado en Madrid, organizada por la Fundación Hogar del Empleado.

El psiquiatra Manuel González Chávez había aportado nuevos datos en su intervención anterior a la mesa redonda sobre lo que comúnmente se califica de caos de la asistencia psiquiátrica en nuestro país. La falta de una correlación clara y directa entre los presupuestos destinados a este tipo de asistencia, fundamentalmente por parte de las diputaciones provinciales, y el mejoramiento de la situación de los enfermos psiquiátricos sería uno de los aspectos más duramente atacados por González Chávez. El psiquiatra se basó en la relación de gastos destinados a la salud mental, que entre 1974 y 1980 se ha triplicado en España, sin que por ello se haya conseguido mejorar esta asistencia. Este porcentaje presupuestario, que en el caso de Madrid, y para 1979, fue de dos millo-

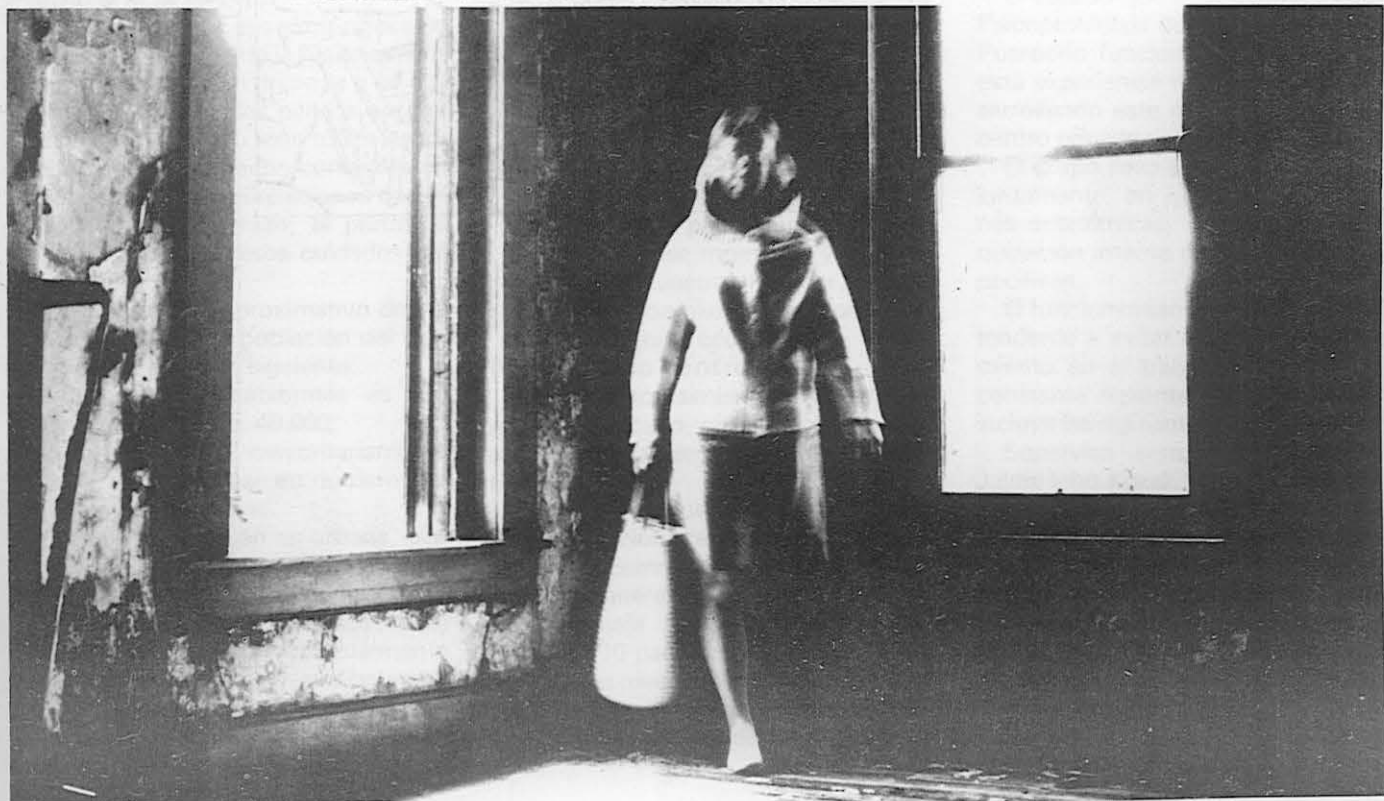
nes de pesetas por parte de la Diputación Provincial, y de veinte millones en el mismo apartado, pero a cargo de la Seguridad Social, habría ido a parar, en opinión de González Chávez, a subvencionar o financiar camas de centros religiosos o privados, sin repercusión real sobre la asistencia en su conjunto.

Los participantes en la mesa redonda, a la que asistieron dos parlamentarios, Miquel Núñez, en representación del PCE-PSUC, y José Luis del Valle, por Unión de Centro Democrático, además de numerosos profesionales de la asistencia psiquiátrica, añadieron a la anterior exposición de datos nuevas perspectivas sectoriales.

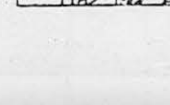
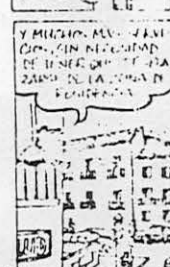
Para Carlos Camarero, decano del Colegio de Psicólogos, la importancia de la asistencia especializada en la salud mental hay que abordarla teniendo en cuenta que se trata de un problema político. Haciendo hincapié en esta consideración previa, estimó que, dada la cantidad de personas que por definición de su estado necesitan de cuidados especiales, caso de los subnormales psíquicos -casi 600.000 existen en España-, los alcohólicos, los drogadictos, los niños con problemas de frac-

so escolar, etc., la importancia de tener bien atendido este apartado interdisciplinario es enorme.

Valentín Corcés, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, señaló la necesidad de integrar en un servicio nacional de salud la asistencia psiquiátrica, al mismo tiempo que declaraba la necesidad de supresión de una institución caduca como el manicomio. También Serafín Carballo, psicólogo y coordinador de la mesa redonda, puntualizó la necesidad de que cambie la actual legislación en materia de asistencia psiquiátrica, que se encuentra actualmente dependiendo de gran diversidad de organismos, lo que provoca la dispersión total en este sector. La inexistencia de un movimiento de técnicos y profesionales que luchen por las transformaciones a realizar, junto con la falta de sensibilización por parte de las fuerzas políticas y sociales ante el tema de la salud mental, serían dos de las grandes razones aducidas por Serafín Carballo para explicar el actual estado de cosas en este apartado de la sanidad nacional.



Los Centros de promoción de la salud



Ante el apoyo prestado por los Ayuntamientos democráticos a los temas de promoción de la salud, planificación familiar, problemas psicopedagógicos, etc., la Junta y las Delegaciones han colaborado en proyectos e iniciativas, que son muy importantes para definir el papel de los psicólogos en este terreno.

Como dos ejemplos, podemos citar la elaboración del temario para las oposiciones de psicólogos de los Centros de Promoción de Salud del Ayuntamiento de Madrid, preparado por una Comisión de la Delegación de Madrid, y las dos Jornadas organizadas por la Delegación de Cataluña, sobre "Municipios y asistencia psicológica", en Manresa, el 26 de abril de 1980, y sobre "Trabajo Psicológico social y pedagógico en los Municipios", en Cornellá, el 18-19 de abril de 1980. La Delegación catalana ha editado una publicación en catalán y se está preparando una edición en castellano, ya que consideramos muy importante las experiencias que se recogen.

Presentamos ahora dos experiencias concretas y un dossier de la acción de presión ejercida sobre el Ayuntamiento de Madrid en defensa de la profesión.

Una experiencia de psicoprofilaxis obstétrica en un Centro Municipal

Desde el mes de Mayo de 1980 funciona, dependiente del Ayuntamiento de Majadahonda (Madrid), el Centro de Psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio, en las instalaciones del Consultorio de la Seguridad Social de dicho municipio, como un servicio más entre las atenciones sanitarias que cubre el Ayuntamiento: Planificación Familiar, Psicología y Medicina Escolar.

La organización y puesta en funcionamiento del mismo fue llevada a cabo por el Equipo de Psicoprofilaxis, compuesto por tres psicólogas, una fisioterapeuta y una ginecóloga, en colaboración con el Concejal de Sanidad, D. Luis Villanueva y con el apoyo del Alcalde, D. José M^a Rodríguez Colorado.

Las dificultades que aparecían en la puesta en funcionamiento de un centro que ofreciera preparación psicoprofiláctica del embarazo, parto y puerperio, obedecían principalmente a lo novedoso del servicio a nivel de medicina comunitaria municipal, ya que según la información de que disponemos, este es el primer centro de estas características que un Ayuntamiento pone al servicio de la población.

Preparar a la pareja.

La asistencia que el centro ofrece se inscribe en el campo de la higiene mental y de la prevención primaria y su objetivo es preparar a las parejas ante el nacimiento de un hijo, con todas las vicisitudes que este hecho comporta en la modificación de las relaciones con el desarrollo del embarazo, el parto, el puerperio y los primeros cuidados del bebé.

Tras un estudio aproximativo de las características de la población del municipio, se observó lo siguiente:

1. El número de habitantes es de, aproximadamente, 40.000.
2. La población es mayoritariamente joven, registrándose un número elevado de nacimientos.
3. El tipo de población es urbana, claramente diferenciada en dos sectores:
 - 3.1. La que habita el casco viejo, constituida fundamentalmente por emigrantes y que habitualmente trabaja en el propio municipio.

- 3.2. La que habita en urbanizaciones de reciente creación, pertenece a un nivel socio-económico más elevado que el sector anterior y que trabaja mayormente en Madrid.

4. Según la situación socio-económica, el seguimiento del embarazo y el parto es atendido en Centros de la Seguridad Social o en Clínicas Privadas, teniendo en ambos casos que desplazarse a Madrid.
5. Dentro de la población es característico el alto índice de mujeres que trabajan.

Se valoraron las posibilidades a nivel de recursos existentes y se vio que:

- 1) Podían utilizarse los mismos locales que usaba el Centro de Planificación Familiar, en los horarios que este no funcionaba.
- 2) Que el material que se precisaba no era mucho ni muy costoso y que de cualquier manera, en un principio podía utilizarse el que tenía el Equipo de Psicoprofilaxis para su práctica privada.
- 3) Que cada pareja podía aportar al incribirse una cantidad a modo de matrícula, que si bien no suponía un desembolso grande para ellos, sí podía ayudar de alguna manera a la financiación del servicio, quedando establecido que si una pareja no tenía recursos para satisfacerla (Ejemplo, situación de paro) podía asistir al curso gratuitamente.
- 4) Que el interés del Equipo de Psicoprofilaxis por llevar adelante la tarea en ese momento y por tratarse, a nuestro entender, de una experiencia piloto, era prioritario a sus intereses económicos.

Ningún otro centro.

Se constató asimismo que no existía en el municipio ningún centro que atendiera esta demanda, ni a nivel público ni privado.

Teniendo en cuenta estas tres variables: población, recursos y demanda, se creó el centro que funciona de la siguiente manera:

Se trabaja con grupos reducidos (máximo 10 parejas) que se forman en los últimos meses de gestación.

El curso se desarrolla en 16 sesiones, con una frecuencia de dos reuniones

semanales, una de ellas de información médica y de preparación psicológica, a la que asisten los futuros padres y otra de preparación física, gimnasia y cuidados corporales de la embarazada.

El programa que se desarrolla en estos grupos es el siguiente:

- Información anatómica y fisiológica del aparato genital masculino y femenino, del proceso de reproducción y del desarrollo del embarazo.
- Orientaciones de los cuidados a tener en cuenta por la embarazada durante los últimos meses. Reconocimiento y modificaciones del cuerpo. Ejercicios.
- Angustias y temores universales de la embarazada.
- Vida sexual en el embarazo.
- Participación del padre en el proceso.
- El parto: Desencadenamiento. Relajación y ejercicios de respiración. Trabajo. Apendizaje de pujos. Expulsión. Tipos de parto.
- Depresión postparto.
- Primeros cuidados del bebé. Lactancia. El bebé en casa.

Equipo.

El equipo que atiende el servicio de Psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio funcionaba anteriormente a esta experiencia municipal y venía desarrollando este mismo servicio en un centro privado desde hacía dos años.

El grupo lleva adelante la tarea conjuntamente, en igualdad de condiciones económicas, no existiendo jerarquización interna pero sí funciones específicas.

El funcionamiento interno del grupo, tendente a evitar la división y el aislamiento en el trabajo, así como a un constante replanteo de su formación, incluye las siguientes actividades:

Supervisa semanalmente con D. Jaime Icho Kozak, para controlar y discutir la tarea en la institución, las modificaciones de la línea de trabajo que se estimen necesarias y la elaboración de proyectos. Planificando y propiciando una mejor cohesión del trabajo del equipo y una mayor eficacia en la tarea.

Asimismo mantiene otra reunión semanal para trabajar sobre el mate-



rial de la observación de los grupos y discusión de los casos individuales, estudio e investigación sobre el tema.

Atiende el Centro dos días en semana, uno de ellos se trabaja el área corporal y el otro el área psicológica y ginecológica; en ambas ocasiones se atienden entrevistas.

Fuera de este horario realiza otras actividades; visitas domiciliarias post-parto, acompañamiento al parto. Difusión, gestiones, etc.

A través de este trabajo, el equipo ha ido modificando su práctica en función de las necesidades asistenciales de esa población concreta.

Método de trabajo

El primer encuentro que se tiene con la pareja es una entrevista personal, con uno o dos miembros del equipo.

El tipo de técnica que se utiliza es de entrevista semi-dirigida. Se dispone de un modelo de Historia Personal, con el fin de recoger aquellos datos que se consideran importantes para la tarea, dentro de un marco de diálogo sobre el Centro, características del curso, el embarazo y todas sus contingencias, datos de la pareja, relación, situación económico-social, antecedentes, etc., a la vez que se posibilita un primer lugar donde la pareja puede exponer o consultar su problemática y situación particular.

Los cursos empiezan sobre el séptimo mes de gestación, procurando agrupar a las embarazadas con fecha de parto análoga.

Fisioterapia

El desarrollo del área corporal está a su cargo de la fisioterapeuta. Se hacen prácticas de ejercicios de reconocimiento del nuevo esquema corporal y de adaptación a las modificaciones que le van sucediendo, sobre todo en este último periodo del embarazo.

Los movimientos se realizan lentamente, sin forzar. No se trata de que se logren una actividad mecánica, ni de la repetición insistente de cada ejercicio, sino más bien de que desarrollen un adecuado y eficaz uso muscular.

El aprendizaje de técnicas de respiración y relajación adecuadas les ayudarán durante el trabajo de parto.

Para el momento del "expulsivo", que transcurre en el paritorio, la mujer aprende en estas reuniones a pujar, es decir, aprende a reconocer la zona del canal de salida del niño, así como también el uso de un tono muscular bien localizado que facilitará el trabajo corporal.

El objetivo de esta área es lograr la participación activa de la mujer durante el parto, la desmitificación del dolor y el nacimiento de niños sin violencia artificial. En tanto sea posible, las mujeres se adecuan a la situación, el temor va cediendo, facilitando el desarrollo de los mecanismos fisiológicos.

Preparación Psicológica

Está a cargo de las psicólogas del equipo. La técnica que se utiliza es de la "grupos operativos", con una estructura de coordinador-observador, trabajando con grupos pequeños sobre una tarea común, con el fin de que sus integrantes participen activamente en la discusión de los temas, planteando sus dudas y temores.

Se va desarrollando a través del curso en ocho reuniones a las que asisten los futuros padres. En ellas, además de ofrecerse información sobre el desarrollo del embarazo, el parto, el puerperio y nociones de puericultura, se tratan especialmente los temas de ansiedad, temores en el embarazo, miedos al parto, modificaciones en la relación de pareja, sexualidad y participación del padre en el proceso. Todo ello, en el sentido de propiciar un marco de diálogo que no se da habitualmente en la relación familiar, en el que el intercambio grupal, por una parte, y la posición descentrada del coordinador, por otra, desdramatice las situaciones vividas como únicas por las embarazadas y/o por las parejas y que en el grupo aparecen como generales.

Se trata de mostrar posiciones diferentes a las escuchadas en familia, que incluyen a la pareja como tal y que la aparición del bebé no tiene por qué sacriticar la relación y la sexualidad de los padres. Que se pueda llegar a asociar al dolor y dificultades que pueden aparecer en el proceso del parto, el goce que puede conllevar.

Asimismo que la madre pueda reconocer en su hijo real al bebé soñado con menos dificultad y que éste sea

recibido en la relación de su padres con la menor violencia posible.

Ginecología

Con esta área se pretende dar una información respecto al conocimiento de las modificaciones del organismo, desde un punto de vista anatómico y funcional, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En una primera charla se da información de anatomía y fisiología del aparato genital, ciclo ovárico, fecundación, nidación, placentación, desarrollo del embrión y modificaciones del organismo materno a lo largo del embarazo. Requerimientos dietéticos y cuidados por parte de la madre.

En una segunda charla se hablará del parto: causas, periodos del parto, alumbramiento y modificaciones puerperales. Tipos de parto y operaciones obstétricas.

Consideramos que la información sobre estos temas es importante en tanto permite a la pareja conocer un proceso fisiológico como es el embarazo y el parto, lo que ayuda a entender las modificaciones que en él aparecen y a enfrentarlas con menor temor.

Pasados unos quince días, después de acontecidos los partos, se realiza una reunión grupal post-parto con las parejas. En esa reunión, dentro del marco de diálogo que se había mantenido en los dos meses anteriores, se tratan los temas de como se desarrolló el parto, primeros cuidados del bebé depresión post-parto, lactancia, valoración del curso con relación a lo vivido, a la vez que se recogen datos para completar los historiales personales.

Con esta reunión damos por finalizada la tarea. Sin embargo, hay otras actividades que el equipo desarrolla con algunas parejas, cuando es indicado, por ejemplo: entrevistas individuales a lo largo del curso, acompañamiento al parto, visitas post-parto al sanatorio y/o a la casa.

Ana Alonso
Lidia González
Carmen Rey
Juana Segovia
Olga Yudicello

El trabajo del psicólogo en el Centro Municipal de Salud de Getafe

En el trabajo sobre la salud desde la perspectiva integral y progresista aparece como imprescindible la confluencia de distintos profesionales cuyo objeto de estudio y aplicación se refiera a la persona como totalidad. En Getafe desde esa perspectiva, ya en los albores del proyecto de constitución de un C.M.S. se contemplaba la inclusión del psicólogo como profesional, a pesar de que los gestores de la experiencia eran todos médicos, asistentes sociales o sencillamente trabajadores de la Sanidad. Así en las primeras discusiones de anteproyecto de trabajo para el C.M.S. participaron dos profesionales psicólogos lo que incidió en que se tuviese presente más aún si cabe, el nivel psicológico interrelacionado con el nivel físico y social.

Esta primera aproximación histórica nos hace pensar que aún cuando en términos generales los psicólogos estamos infravalorados por grandes sectores de los médicos, determinados seguramente por la concepción organicista dominante, existen otros trabajadores de la salud, médicos incluidos, que al cuestionar y cuestionarse la concepción oficial y su propia práctica dan entrada, en un campo que parecía coto cerrado a los psicólogos, a otros profesionales para trabajar desde una perspectiva global y solidaria.

Al constituirse el organigrama del C.M.S. en su inauguración fuimos tres los psicólogos que pasamos a formar parte del equipo de trabajo, dos en Salud Mental y uno en Planificación Familiar.

PRESUPUESTOS DEL TRABAJO EN EL C.M.S.

Los psicólogos, trabajadores del C.M.S. de Getafe, encuadrados en los dos servicios que prestamos a la población getafense (Salud Mental y Planificación Familiar), partimos de las siguientes premisas para desarrollar nuestro trabajo:

1º El objetivo global del Centro Municipal de Salud, es el de *promoción de salud* de la población de Getafe, y a este objetivo global deben estar encaminados los objetivos parciales.

2º Son los *ciudadanos*, considerados como colectivo, como entidad

propia, el *campo de trabajo del C.M.S.* por lo tanto se priorizará la metodología de trabajo social y grupal.

3º En el trabajo de promoción de salud es esencial la *participación activa de los ciudadanos implicados* en sus diferentes problemas.

4º *La actividad de los trabajadores del C.M.S.* debe hacerse de una *forma organizada y sistematizada globalmente* superando las divisiones artificiales como Planificación Familiar y Salud Mental aún cuando se mantengan los servicios como tales.

5º Entre los propios trabajadores del C.M.S. ha de iniciarse y mantenerse permanentemente un *continuo proceso de socialización de los conocimientos* huyendo de la superespecialización profesionalista, ya que en definitiva ese es nuestro objetivo con la propia población: *que puedan asumir colectivamente los problemas de la salud.*

6. *La asistencia en general (PF y SM) ha de ser cubierta por las estructuras sanitarias de la Administración Central actualmente* a la vez que hay que iniciar un proceso de descentralización sanitaria y el traspaso de competencias y presupuestos económicos a la Administración y organizaciones locales.

El C.M.S. no puede cubrir esta gran laguna por lo tanto la asistencia no puede ser el eje central del trabajo aún cuando consideramos que en el proceso de reivindicación de modelos asistenciales acordes con las necesidades de la población el C.M.S. debe posibilitar el *discutir junto con la comunidad modelos asistenciales alternativos* que potencien la salud de la comunidad y no tape los problemas sino que los denuncie.

ORGANIZACION PRACTICA DEL TRABAJO DE LOS PSICOLOGOS EN EL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD DE GETAFE.

1º Trabajo asistencial

Salud Mental.

Según los anteriores presupuestos pensamos que no podemos hacer ostentosos ofrecimientos asistenciales pero sí debemos atender minimamente a las demandas de la población en este sentido por lo que tenemos enfoca-

do de la siguiente manera la asistencia:

* Trabajo asistencial a la familia

A partir del niño como síntoma de la estructura familiar y social llevamos a cabo un trabajo psicológico sobre el grupo familiar con:

a) Entrevistas familiares en las que se pueda posibilitar una mínima comprensión de su problemática. Posteriormente puede:

- Ser suficiente con esas entrevistas.

- Ver conveniencia de derivar en algún miembro de la familia a algún tipo de tratamiento más largo en otras instituciones (psicoterapia, reeducación del lenguaje, tratamiento anti-alcohólico, etc.).

- Que sea factible la programación de un breve tratamiento del grupo familiar en el C.M.S.

- Que sea conveniente la inclusión de algún miembro de la familia en algún grupo de duración limitada.

b) Cualquier tipo de entrevistas grupales que contribuyan a socializar los problemas y a entenderlos en su contexto.

* Trabajo asistencial para adolescentes

Entrevistas exploratorias en función de las cuales:

- Derivarlo a un centro asistencial si la problemática así lo requiere, (toxicomanías, crisis agudas, etc).

- Hacer entrevistas individuales y familiares combinadamente.

- Incluirlo en algún grupo de adolescentes.

* Trabajo asistencial con adultos

Se emplea prácticamente la misma metodología.

En resumen podemos decir que en nuestra práctica estrictamente asistencial tenemos los siguientes objetivos:

- Ofrecer en nuestras pequeñas posibilidades, un esbozo asistencial que rompa con los modelos asistenciales tradicionales.

- Atender, orientar y asesorar en los problemas concernientes a la Salud Mental, tendiendo a realizarlo en la forma más grupal posible.

- Establecer lo más solidamente posible canales de derivación con otras instituciones que se puedan encargar de los tratamientos adecuados.



- Investigar la problemática más frecuente en la población de Getafe para ir planificando un trabajo de intervención social en la línea de prevención y promoción de salud comunitaria.

PLANIFICACION FAMILIAR

** Psicosexual*

El trabajo asistencial del psicólogo en este área consiste en asesorar respecto a problemas psicosexuales para lo que se emplea la misma metodología: entrevistas individuales en algún caso y generalmente de pareja, en los que se investiga el tipo de problema que plantean y se posibilita su comprensión. Después de estas entrevistas si la problemática así lo requiere, algún miembro de la pareja puede ser derivado a otro tratamiento o pasar a integrar algún grupo de tarea específica y de duración limitada.

** Grupo sobre anticonceptivos*

El trabajo del psicólogo es informar sobre anticonceptivos antes de la consulta ginecológica y coordinar el grupo de manera que se pueda dialogar colectivamente sobre los anticonceptivos y sus relaciones con la sexualidad, la pareja, etc.

** Preparación al parto*

Este trabajo aún eminentemente preventivo puede considerarse también asistencial. Desarrollado actualmente por el ginecólogo, un A.T.S. y el psicólogo, el trabajo del psicólogo consiste en dos aspectos:

- Dar información fisiológica y psicológica sobre el embarazo y parto.

- Coordinar grupos operativos de mujeres embarazadas en las que se puedan elaborar colectivamente los miedos y fantasías que surgen alrededor del embarazo y parto.

2º Trabajo de promoción de salud (formativo-educativo)

Nuestro trabajo en este sentido desborda al marco material del C.M.S. y lo llevamos a cabo con las organizaciones e instituciones ciudadanas donde surgen los problemas, así estamos trabajando en dos frentes que nos parecen de vital importancia:

- Colegios.

- I.N.E.M.

En los primeros fundamentalmente a través de los APAS y de algunos profesores y en los segundos a través de algunos profesores.

Esquemáticamente podemos decir que nuestro trabajo que gira alrededor de temas como sexualidad y Planificación Familiar, drogas, alcoholismo, comunicación, etc., posibilita la toma de conciencia de la repercusión de dicho tema en la salud de los ciudadanos, utilizando metodologías grupales. (Grupos de discusión, grupos operativos, asambleas, etc).

3º Creación de Agentes y núcleos de salud

Este trabajo está incluido en las otras actividades ya que siempre se

busca que los ciudadanos (el mayor número de ellos) se vayan constituyendo en agentes de salud, así miembros de APAS, profesores de INEM, y propios alumnos van formando parte de una red social capaz de ir abordando con o sin ayuda de los técnicos los problemas de la salud comunitaria.

Como forma concreta de ir potenciando la creación de núcleos y agentes de salud, trabajamos:

- En las organizaciones de la comunidad que puedan tener alguna situación conflictiva y requiera nuestra presencia, por ejemplo en comunidades de vecinos, asociaciones, etc.

- Propiciando reuniones en centros de vida social para informar y discutir sobre temas que afectan a la salud de los ciudadanos, con la perspectiva de ir creando estructuras comunitarias que puedan hacerse cargo de las situaciones conflictivas.

De una manera resumida este es el trabajo central desarrollado por los psicólogos del Centro Municipal de Salud de Getafe y que pensamos puede servir para la discusión y profundización entre los psicólogos que trabajamos en el campo de la salud comunitaria.

**Juan Carlos Duro
Martinez**

Puntualizaciones del Colegio Oficial de Psicólogos a propósito de los Centros de Promoción de Salud promovidos por el Ayuntamiento de Madrid

Tribuna
remitida
a "El País"

Hemos asistido últimamente (sobre todo en el cálido y largo verano) a un auténtico bombardeo de críticas, contracríticas, puntualizaciones, declaraciones, etc... por parte de los sectores y organismos implicados, a propósito de la entrada en funcionamiento de los Centros de Promoción de la Salud (C.P.S.) promovidos por el Ayuntamiento de Madrid, entrando en la polémica colectivos de profesionales que reivindican funciones y paternidades a la vez que establecen denuncias de supuestas secretas intenciones en los responsables de llevar a cabo el programa de los Centros, por medio de las cuales se les otorga dudosa credibilidad.

Es por ello que el colectivo de profesionales integrado en el Colegio Oficial de Psicólogos, relacionado con el tema por contar entre los equipos de los Centros con especialistas de la Psicología y, dadas las informaciones que se han colado en la pugna que, cuando menos, pueden calificarse de erróneas y que pueden poner en entredicho la solvencia moral y profesional de los psicólogos en general; quiere salir al paso de aquellas y hacer las siguientes puntualizaciones:

1. El Colegio Oficial de Psicólogos, estudiados los documentos y declaraciones pertinentes en cuanto a las intenciones programáticas en las que se apoya el Ayuntamiento de Madrid para la creación y puesta en marcha de estos Centros y la definición que de ellos ha hecho, considera que está favoreciendo la elevación de la salud pública y la prevención de situaciones ambientales que producen enfermedad. Premisas programáticas primordiales para la eliminación de causas productoras de desajustes físicos y psicológicos.

Los servicios de que constan estos Centros (planificación familiar, educación sexual, salud mental, puericultura y cuidados materno-infantiles, salud comunitaria, asistencia social, etc...) dan una idea clara de las intenciones que mueven a los responsables de su puesta en práctica y del conocimiento de las exigencias sociales al pretender convertirlos en un auténtico servicio público al que pueden acceder todos los ciudadanos, en especial, pensamos, los núcleos más desfavorecidos

por la política oficial que se practica en este sector.

2. No estamos seguros de cuáles son las intenciones claras de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos para formular, en los términos en que lo ha hecho, su radical oposición a que dentro de la plantilla de los C.P.S. figuren psicólogos. Pero en la forma en que se han dado las manifestaciones públicas al respecto por parte de sus responsables, dejan traslucir el argumento de la "no cualificación" sanitaria de estos profesionales, como si las situaciones sociales y psicológicas que impiden mantener sana a la población fueran competencia exclusiva de un grupo profesional determinado.

3. De todo ello debemos informar a la opinión pública que existen en nuestro país muchos psicólogos (especialista en la ciencia del comportamiento) que son los únicos profesionales capacitados por los planes de estudio al uso en nuestras Universidades, para cubrir las lagunas asistenciales en materias conductual y comportamental, para satisfacer la demanda social que en los problemas relacionados con aquella, se detecta en todos los niveles de la población.

El componente psicológico y social del enfermar puede ser tratado por los profesionales de la psicología, en relación interdisciplinaria con otras ciencias para alcanzar soluciones de conjunto.

4. No entramos en la licitud o ilicitud de la reestructuración de plantillas y reclasificación de puestos de trabajo, pero no parece descabellado el utilizar esa vía en función de los objetivos a cubrir por esos Centros. Por ello no entendemos esa oposición a que sean reconvertidas ciertas plazas para ser cubiertas por psicólogos, si es la única posibilidad de que completen dichas plantillas adecuadamente.

5. Por otro lado y a la vista de argumentos en contra de esa reclasificación instrumentada en los C.P.S. basada en el paro de los médicos; este Colegio de Psicólogos puede aportar los datos del mayor índice de paro de entre los titulados universitarios sin que ello lo haga como una ostentación. Titulados sin trabajo o subempleados injustificadamente, sobre todo a la vista de la demanda que se advierte en todos los

órdenes de la vida comunitaria, por darse situaciones ambientales que producen la ausencia de salud mental en el individuo.

6. Sólo podemos entender dicha oposición si la analizamos a la luz de una cierta idea de prepotencia de ciertos sectores profesionales que se niegan a admitir los nuevos aportes científicos de las nuevas profesiones que surgen por necesidad social que, creemos, deben expandirse conforme a la demanda que de sus servicios hagan los propios afectados. En este sentido, dicha oposición la entendemos como intento de golpe de fuerza de algunos sectores de profesión instaurada que pretende acaparar poder y funciones con el fin de mantener su hegemonía dentro de un campo que ya no le es exclusivo, haciendo la salvedad de aquellos grupos y personas de ese mismo colectivo que apoyan nuestras propuestas y planteamientos.

7. Por otro lado, queremos informar a la opinión pública, que el Ayuntamiento de Madrid tampoco ha tenido en cuenta al Colegio de Psicólogos para la elaboración de ningún informe sobre la creación de plazas de psicólogos, ni de los C.P.S.; ni ha evacuado consultas sobre las necesidades que en las materias de su competencia podía y debía analizar y ayudar a crear opinión

en los organismos correspondientes, ni ha tenido en cuenta del derecho que le asiste a este Colegio a participar en todo aquello que tenga relación con situaciones profesionales y científicas en las materias que son de su única competencia.

8. Queremos advertir al Ayuntamiento (es decir, a los responsables de las áreas de las que estamos hablando), que el contar con el asesoramiento de psiquiatras no sufre en modo alguno la necesidad de asesorarse de psicólogos, ya que existen diferencias sustanciales de concepción en materia de salud mental y de otra índole, aunque en el trabajo aplicado se complementen y caminen juntas ambas disciplinas.

9. Podemos entender dicho olvido en función tan solo de nuestra reciente creación como Colegio y no tener todavía la suficiente fuerza para mover las cantidades de tinta de imprenta que consumen otros colectivos. Pero la Psicología empieza a ser en nuestro país una realidad no solo por la novedad social que representa la profesión, sino porque se inserta en actividades y problemas ya viejos con una concepción moderna de análisis del comportamiento de las personas y los grupos en relación con sus realidades cotidianas e inmediatas; así como por la utili-

zación de técnicas nuevas en la resolución de los conflictos del medio.

Por todo ello (y por mucho más que sería prolijo enumerar aquí) la psicología se hace imprescindible y por tanto la actividad de sus técnicos y profesionales, los psicólogos; y su único órgano legal de representación, el Colegio Oficial de psicólogos, debe estar presente allí donde los temas de su competencia se vayan a discutir.

10. Y por último, quiero dejar claro que nuestra postura no está motivada por un planteamiento corporativista trasnochado y ramplón, sino que va encaminada a la formulación de un sistema de asistencia psicológica preventiva como servicio público derivado del derecho que tiene todo ciudadano de contar entre sus aspiraciones con una mayor calidad de vida.

Carlos Camarero Sánchez
Presidente de la Junta de
Gobierno.

A D. Juan Francisco Plá

Delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid

Querido amigo:

Como Ud. sabe el Colegio de Psicólogos es una realidad desde el 31 de Diciembre de 1979 que por Ley (publicada en el B.O.E. del 8/10/80) y regulado su Estatuto Provisional por Orden Ministerial de 14 de Abril pasado, que viene a dar respuesta a la demanda que desde muy antiguo tiene planteado el colectivo de profesionales al que representa y que de una manera oficial formalizará dentro de su ámbito de actuación la defensa de sus intereses a nivel público y privado.

El dirigirme a Ud. está motivado por el constante y continuado llegar a nuestro Colegio Profesional de demanda de información sobre una plaza de psicólogo (o de personal contratado como Titulado Superior para hacer funciones de psicólogo) en los Centros de Salud Comunitaria o como quiera que ellos se denominen de una forma definitiva, y no tener noticia oficial en el mismo de dicha contratación, ni siquiera del planteamiento que ese

Excmo. Ayuntamiento en materia de psicología tiene para llevar a cabo su loable labor en materia tan olvidada de los poderes públicos como es el de salud comunitaria, donde nuestros profesionales pueden intervenir por las materias que ésta conlleva, como son la planificación familiar, salud mental, sexología y sociología sanitaria; que serían las áreas que los denominados Centros cubrirían, según las informaciones de la prensa diaria.

Es el caso que estamos tratando de poner orden en nuestra profesión, una de las que arroja un índice más alto de paro y subempleo, donde las pocas posibilidades de alcanzar un puesto de trabajo adecuado a la preparación de nuestros profesionales se complican con la falta de publicidad de esos puestos de trabajo y donde intereses de particulares pueden dar al traste con el intento racionalizador que una Corporación como la que hoy rige en ella debe imprimir a sus planteamientos de confección de plantillas y contratacio-

nes.

Es por todo ello que me permito rogarle tengan en cuenta la existencia del mencionado Colegio Oficial de Psicólogos a la hora de la ayuda que pudiéramos prestarle en materia de confección de programa de salud comunitaria, así como de intervenir en la sistematización de criterios de selección de psicólogos y, en la medida de lo posible, que ello se haga por la vía de concurso-oposición libre, donde el principio de igualdad de oportunidades quede garantizado y donde no repitamos esquemas del pasado que a tanto nepotismo dio origen.

En el ánimo de que entienda como un intento de colaboración nuestra propuesta y con el fin de poder entablar una colaboración oficial que puede beneficiarse a ambos organismos y en definitiva al ciudadano a quien se dirigen nuestros esfuerzos, solicito una entrevista con Vd. para tratar estos temas.

Reciba entretanto un cordial saludo,

A D. Enrique Tierno Galván

Alcalde del Ayuntamiento de Madrid

Excmo. Sr.:

En relación con las oposiciones que en breve realizará ese Excmo. Ayuntamiento para cubrir las plazas correspondientes de las distintas especialidades de los Centros de Promoción de la Salud, le informo que el Colegio Oficial de Psicólogos, de reciente creación (Ley de 31-12-79, B.O.E. de 8-1-80), habida cuenta de las funciones que le otorga la ley de Colegios Profesionales (Ley de 13-2-74, B.O.E. de 15-2-74), en su Artº 5º, apartados a), b), c), d), e), f), g), h); solicita sea tenido en cuenta en la confección de temarios, asesoramiento en materia psicológica, elaboración de perfiles profesionales, emisión de informes, peritaje, formalización de Tribunales de Oposición, etc.; con el fin de dar cauce a la representación que ostenta del colectivo de

psicólogos españoles y a fin de dar cumplimiento a la normativa vigente en esta materia.

Es el caso que ya se han tenido algunas experiencias en este sentido con el Ayuntamiento de Barcelona, con la Diputación de Oviedo, etc., y podemos poner a disposición de esa Delegación dichas experiencias y poder formalizar para el futuro una colaboración activa en materia psicológica desde un punto de vista profesional y científico.

Sería conveniente mantener una entrevista personal con el fin de contrastar opiniones y ver la forma de encauzar dicha colaboración, para lo cual quedamos a su disposición.

Reciba un cordial saludo,

Carlos Camarero
Decano de la Junta Provisional
de Gobierno

Centro de Promoción de Salud

La definición de la O.M.S. sobre la salud es: "Completo estado de Bienestar, Físico, Mental y Social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Según la definición de Winblow "La salud pública es la ciencia y el arte de: 1º Prevenir la enfermedad; 2º Prolongar la vida; 3º Promover la salud y la eficiencia a través de un esfuerzo organizado de la comunidad, por medio de:

- a) saneamiento ambiental.
- b) control de las enfermedades transmisibles.
- c) educación del individuo e higiene personal.
- d) organización de los servicios médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad.
- e) desarrollo de la maquinaria social para asegurar a cada uno el nivel de vida adecuado para mantener la salud.

La Sanidad es la plasmación de los poderes públicos con objeto de mantener un nivel adecuado de salud en la población.

La plasmación que estos conceptos definen deben ser obligación del Estado según la Constitución Española; la Sanidad Municipal queda por tanto exenta de esta responsabilidad, y su misión ha de ser exclusivamente ejemplificadora y/o correctora de los defectos de la Sanidad Estatal.

Es por tanto, por lo que la orientación de los programas sanitarios del Ayuntamiento tiendan a ir encaminados a centrarse en áreas asistenciales no suficientemente atendidas por la Sanidad Estatal, independientemente de mantener un correcto y adecuado nivel de la asistencia sanitaria que tradicionalmente ha venido desarrollando (Asistencia Médico Quirúrgica de urgencia en Casas de Socorro y Equipos Quirúrgicos y Asistenciales al Padrón de la Beneficencia Municipal).

La orientación de los programas sanitarios del Ayuntamiento han de ir principalmente encaminados a labores no asistenciales, labor asumida por el Estado a través de la Seguridad Social; y si a labores fundamentalmente pre-

ventivas, en las que hasta ahora el papel del Estado ha sido bastante deficiente.

Es con estas premisas con las que se parte para la creación de Centros de Promoción de la Salud, cuyas misiones esquemáticamente podríamos resumirlas en la Promoción de la Salud del Distrito mediante la correcta actuación sobre el Control del Medio Ambiente, el Control del suministro adecuado de alimentos, los programas de Control y erradicación de factores patógenos psíquicos y orgánicos, programas de erradicación de enfermedades endémicas y de plagas y un programa de educación sanitaria.

Los servicios de que constaría cada Centro de Promoción de Salud sería: Medicina Interna y Prevención Encológica.

Planificación Familiar y Educación Sexual.

Salud Mental.

Puericultura.

Cuidados materno infantiles

Cuidados maternos infantiles.

Delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid



Salud Comunitaria. Asistencia Social.

El trabajo a desarrollar por cada uno de estos Servicios se realizaría a tres niveles -Asistencia individualizada o colectiva en dichos Centros- Realización de programas de actuación en el Distrito, en el que podrían colaborar otros Organismos y Entidades Ciudadanas -Programación y puesta en marcha de un Plan de Educación Sanitaria para el Distrito.

Directamente relacionados con el trabajo a realizar por cada Centro de Promoción de Salud actuarían otros Departamentos de la Delegación de Sanidad: El centro Municipal de Medicina Preventiva Fabiola de Mora y El Laboratorio Municipal.

Así mismo habría que contar con la colaboración de otras delegaciones de este Ayuntamiento relacionadas con la Salud Pública: Saneamiento y Medio Ambiente, Abastos, etc.

También habría que reseñar como colaboradores en las tareas de cada Centro de Promoción de la Salud a Organismos con los cuales existe ya un programa de actuación conjunta: La A.E.I.C.C. y la Cruz Roja.

Exponemos brevemente las labores a desarrollar por cada uno de los Servicios de los Centros de Promoción de Salud:

SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL

Las funciones de este servicio serían:

- Orientación a las parejas o mujeres del sistema más adecuada para ellas de planificación familiar.

- Revisión a las mujeres que utilizan un sistema de planificación o contracepción.

- Examen clínico ginecológico y examen cito colposcópico de todas las mujeres que utilizan sistemas de planificación. Detección precoz de cáncer de mama y genital.

- Orientación sexual y consejo genético de la pareja.

- Detención y lucha contra enfermedades venereas.

- Protección sanitaria y social de la embarazada.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y DETECCION ONCOLOGICA

- Estudio médico de los pacientes remitidos por los demás servicios del Centro.

- Asesoramiento como internista de los restantes servicios del Centro.

- Chequeos de colectividades que no lo requieran (en coordinación con el Centro de Medicina Preventiva ("Fabiola de Mora y Aragón" y detección y orientación médica de ciertas patologías: diabetes, hipertensión, obesidad, etc.

- Cribaje oncológico en colaboración con la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer de la población del Distrito.

SALUD MENTAL

Sus labores fundamentales son la orientación de procesos psicopatológicos, Estudios de Información en Salud Mental, luchas sanitarias, Grupos de deshabituación.

Trabajos, charlas, Grupos de terapia, terapia familiar, terapia de la pareja.

Psicología y Psiquiatría escolar, inadaptaiones escolares y sociales.

MEDICINA DE LA COMUNIDAD

- Realización de programas de educación sanitaria individualizadas o colectivas, con relación al medio ambiente, alimentación, bebidas, uso y abuso de medicamentos, salubridad.

- Colaboración con las tareas del Laboratorio Municipal y la Delegación de Saneamiento y Medio Ambiente para desarrollar programas de salubridad, control y calidad de aguas, alimentos,

campañas de desinfección, desratización.

- Inspección bromatológica.
- Inspección de establecimientos públicos.

- Campañas de desinfección y desratización.

- Control epidemiológico del Distrito.

- Campañas de vacunación.
- Educación sanitaria.

ASISTENCIA SOCIAL

- Estudio Social del Distrito.

- Detección de situaciones de precariedad económica, insalubridad en viviendas o barrios, falta de cobertura de asistencia sanitaria.

- Estudio de las condiciones sociales, de los marginados, alcohólicos y drogadictos del barrio.

- Colaboración con los restantes servicios del centro P.S.

SERVICIO DE PUERICULTURA Y PROTECCION MATERNO INFANTIL

El objetivo de este servicio es proteger la salud del niño y mantenerlo sano mediante:

- La orientación del lactante y niños en los primeros años de vida.

- Consejo dietético para niños con afecciones orgánicas o convalecientes.

- Estudio y tratamiento de niños obesos o delgados.

- Detección de diabetes infantil.

- Campañas de vacunaciones.

- Diagnóstico precoz de enzopatías hereditarias.

- Profilaxis del raquitismo.

- Profilaxis de la caries dental.

- Detección y orientación de niños con problemas de desarrollo psíquico (eneuresis, dislalias, dislexias...).

- Estudio de los niños con problemas de adaptación escolar o social.

PLANTILLA TIPO CENTRO SALUD

2 Ginecólogos

2 Psiquiatras

2 Psicólogos

1 Internista (1)

1 Puericultor (4)

1 Técnico Salud Comunitaria

1 Asistente Social

1 A.T.S. (2)

1 Enfermera (4)

1 Celador (3)

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS Planificación familiar y educación sanitaria

En cada centro de salud existirá una consulta ginecológica. El horario de trabajo asistencial se realizará de 3 a 9

(1) Internista - De la actual plantilla.

(2) A.T.S. - De la actual plantilla.

(3) Deladores - Puede ser personal de la E.M.T.

(4) Puericultor y Enfermera - De la actual plantilla.

horas de la tarde, con horarios de tres horas para cada ginecólogo.

Aparte de esta labor asistencial realizarán programas de actuación y de educación sanitarias para el Distrito en coordinación y colaboración con otros Organismos y Entidades ciudadanas.

Salud Mental

El trabajo asistencial se organizará en turnos de 3 horas (de 3 a 6 y de 6 a 9), trabajando en cada turno un Psiquiatra y un Psicólogo. Aparte de esta labor asistencial realizarán programas de actuación y de educación sanitarias para el distrito en coordinación y colaboración con otros Organismos y Entidades ciudadanas.

Salud Comunitaria

El horario de trabajo será de 3 horas en el Centro de Promoción de Salud. Aparte de esta labor realizará con el Laboratorio Municipal y la Delegación de Saneamiento y Medio Ambiente las tareas de colaboración para desarrollar programas de salubridad, control y calidad de aguas, alimentos, campañas de desinfección, desinsectación, desratización, control epidemiológico del Distrito, campañas de vacunación y educación sanitaria.

Puericultura y protección infantil

El horario de labor asistencial será de tres horas.

Medicina Interna y Detección oncológica precoz.

El horario de labor asistencial será de tres horas.

Asistencia Social

Tendrá una jornada laboral de seis horas.

A.T.S.

Tendrá una jornada laboral de seis horas.

AMBITO DE ACTUACION

Los servicios que presta cada C.P.S. están dirigidos a todos los habitantes de distrito y a sus entidades ciudadanas. La utilización de estos servicios será totalmente gratuita. Para recibir los servicios de cada C. de P. de S. será necesario la petición de día y hora, previa entrevista con la Asistente Social, para la adecuada orientación de la demanda.

Teniendo en cuenta una previsible gran demanda de estos servicios y que no por ello la calidad de la asistencia deba sufrir deterioro, se seguirá en la petición de demanda de los servicios de los C. de P. de la S. un riguroso orden de peticiones.



Temario elaborado por la Comisión de Psicología Clínica para oposiciones a Centros de Promoción de Salud

El Colegio ha hecho llegar a la Delegación de Sanidad un proyecto de temario para oposiciones de psicólogos a los Centros de Promoción de la Salud. Dicho temario fue elaborado en el marco del Colegio por la Comisión de Psicología Clínica. La Junta de Gobierno ha hecho suyo tal proyecto. Por su parte, el Ayuntamiento ha dado, hasta ahora, la cayada por respuesta. El temario es el siguiente:

1. La Salud. Presupuestos teóricos. Consideraciones psicológicas.

2. Salud y enfermedad mental. Presupuestos teóricos. Consideraciones críticas.

3. Metodología de trabajo en la comunidad. Psicología comunitaria. El rol del técnico.

4. Comunidad y ecología. Factores que inciden en la salud. Epidemiología.

5. El psicólogo en un Centro de Promoción de Salud. El equipo interdisciplinario.

6. La prevención y promoción de salud en la comunidad. Aspectos asistenciales.

7. La intervención del psicólogo sobre las instituciones que operan en la comunidad.

8. Estructura sanitaria general de Madrid. La Administración Local. Sus

competencias sanitarias.

9. Organización funcional del Sistema Nervioso Central. Alteraciones y repercusiones psicológicas. Implicaciones prácticas.

10. Organización funcional del Sistema Nervioso Vegetativo. Alteraciones y repercusiones psicológicas. Implicaciones prácticas.

11. Psicofarmacología. Principales psicofármacos y su utilización clínica.

12. Psicología social. Actitudes y motivaciones. Aplicaciones para un trabajo en la comunidad.

13. Psicología de la comunicación. Presupuestos teóricos. Aplicaciones para un trabajo en la comunidad.

14. Los grupos su estructura y dinámica. Presupuestos teóricos. Aplicaciones para un trabajo en la comunidad.

15. Desarrollo temprano en el niño. Acción preventiva.

16. Desarrollo del lenguaje. Alteraciones y tratamiento. Acción preventiva.

17. Desarrollo perceptivo-motor. Alteraciones y tratamiento. Acción preventiva.

18. Desarrollo cognitivo. Alteraciones y tratamiento. Acción preventiva.

19. Desarrollo afectivo y de la socia-

lización. Alteraciones (y tratamiento. Acción preventiva.

20. El aprendizaje. Presupuestos teóricos. Implicaciones prácticas.

21. El aprendizaje social. Presupuestos teóricos. Implicaciones prácticas.

22. La personalidad. Presupuestos teóricos. Implicaciones prácticas.

23. La entrevista psicológica. Metodología. La relación terapéutica.

24. Metodología de análisis en el caso clínico. Técnicas e instrumentos. Hipótesis diagnóstica.

25. La estructura neurótica y sus manifestaciones en el niño y/o en el adulto. Presupuestos teóricos. Implicaciones terapéuticas. Acción preventiva.

26. La estructura psicótica y sus manifestaciones en el niño y/o en el adulto. Presupuestos teóricos. Implicaciones terapéuticas. Acción preventiva.

27. Problemática de la pareja. Presupuestos teóricos. Entrevistas y terapia.

28. Problemática familiar. Presupuestos teóricos. Entrevistas y terapia.

29. Tratamiento de los problemas sexuales, alteraciones de alimentación y sueño. Presupuestos teóricos y metodológicos.

30. Tratamiento de los trastornos en la relación interpersonal. Presupuestos teóricos y metodológicos.

31. Terapia grupal. Presupuestos teóricos. Criterios de aplicación.

32. Las toxicodependencias. Distintos tipos de drogas. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Acción preventiva y asistencial.

33. El alcoholismo. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Acción preventiva y asistencial.

34. La marginación. Aspectos psicosociales. Aplicaciones para un trabajo en la comunidad.

35. La marginación juvenil. Aspectos psicosociales. Aplicación para un trabajo en la comunidad.

36. La tercera edad. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Aplicaciones para un trabajo en la comunidad.

37. El embarazo, parto y puerperio. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Psicoprofilaxis.

38. Orientación psicosexual y planificación familiar. Aplicaciones prácticas para un trabajo de promoción de salud en la comunidad.

39. El grupo familiar. Los padres como agentes de salud. Aplicaciones prácticas para un trabajo de promoción de salud en la comunidad.

40. El psicólogo en la comunidad escolar desde un Centro de Promoción de Salud.



Persona, organización laboral y salud mental

Cuando se abordan los temas de la organización laboral y del mundo del trabajo, desde una perspectiva psicológica -y generalizando- se *tiende a creer que en nuestra sociedad actual existe todavía un punto de referencia humano* (o "humanista") la persona, sobre la cual, además, proyectamos toda una serie de características y supuestos valores a defender que no se discuten porque resultan casi axiomáticos: el desarrollo del individuo, la creatividad en el trabajo, el aprovechamiento de aptitudes y comportamiento laborales, la solidaridad, el grupo, el respeto al trabajador, etc.

Nos empeñamos en encontrar un diálogo entre el hombre y su máquina, entre el hombre y su contenido de trabajo. *No aceptamos* -filosóficamente hablando- *un modelo de desarrollo que no contemple al individuo encajado en un medio laboral y dentro de unas relaciones de trabajo adecuadas. Se no ha enseñado, y hemos aprendido, que seguramente si nos esforzáramos, podríamos conseguir una situación si no ideal, si equilibrada entre estas necesidades humanas y las exigencias productivas, y que tal situación sería muy buena para nuestra salud mental* (entre otras cosas porque nos permitiría vivenciar un mundo coherente y no roto estructuralmente). Y aún sabiendo que *no hay hombre ideal* y que la realidad nos plantea cada día imágenes del hombre más fluidas, heterogéneas y menos estructuradas como modelo, nos parece de interés para este coloquio asumir aquellos ca-

racteres o supuestos teóricos que mencionábamos en relación con el desarrollo de la personalidad en el trabajo, y en torno a los cuales -repetimos- existe un cierto consenso en el medio ambiente de la psicología. Por otra parte, *nuestro interés por resaltar aquellos, sólo adquiere significación en la medida que los relacionemos con las limitaciones que les imponen las tecnologías y estructuras industriales, y sus sistemas de organización actuales*, respecto a los cuales la mayoría de los hombres-trabajadores se encuentran progresivamente al margen. (1)

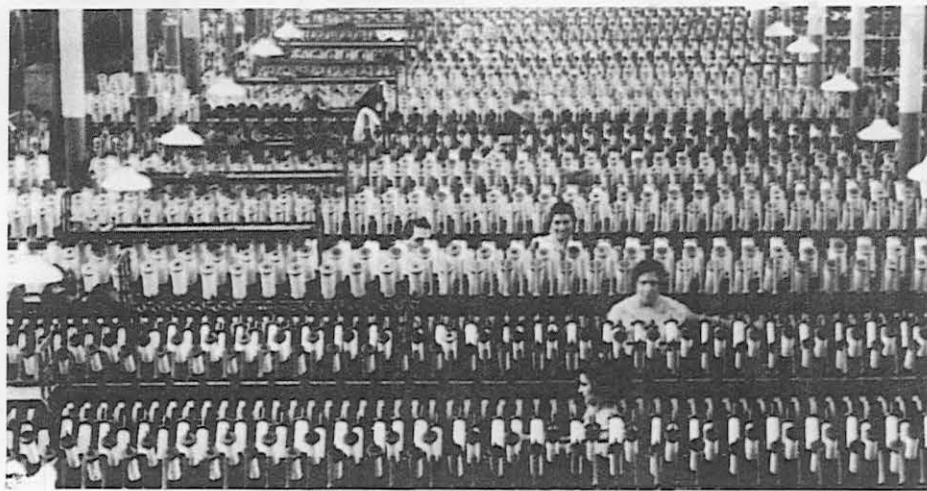
SUPUESTOS ACERCA DE LA PERSONA ADULTA, EN RELACION CON EL TRABAJO

Para desarrollar operativamente sus contenidos, la Sociología y la Psicología del trabajo establecen una serie de supuestos básicos acerca de las personas y de la naturaleza humana.

En el momento presente, tales supuestos pueden, muy bien, ser explicados a través de las exposiciones que efectúan Argyats o McGregor y que resumimos a continuación:

1. Las personas son naturalmente activas, fijan metas y buscan satisfacciones en el trabajo como por ej.: sensación de contribuir, estímulos de nuevos retos, asociaciones durante el proceso, etc.

2. Las personas maduran, aspiran a la independencia, la autorrealización y la responsabilidad.



3. Las personas que comprenden y se interesan por su trabajo, pueden idear y mejorar sus propios métodos para hacerlo mejor, porque ven y sienten lo que es necesario, y son capaces de autodirigirse.

4. Las personas necesitan comprensión, necesitan captar el significado de las actividades a las que se dedican y disfrutan conociendo y experimentando nuevas cosas. Así pues, se cansan naturalmente de lo rutinario. Todo el mundo es creativo en cierta medida.

5. Las personas necesitan de la sensación de que se las respeta por ser capaces de asumir responsabilidad y de corregirse a sí mismas.

6. Las personas pueden crecer constantemente y nunca es demasiado tarde para aprender.

Para aumentar su compensación y capacidad, las personas necesitan que las dejen en libertad, las estimulen y les ayuden. (2)

CONTRADICCIONES ENTRE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS Y LAS EXIGENCIAS DE LA ORGANIZACIÓN LABORAL: EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA SALUD DEL TRABAJADOR.

Sin embargo los supuestos psicológicos que acabamos de atribuir a las personas, chocan claramente con las exigencias que les plantea la concreta situación laboral en que se desenvuelven. Esto es: que participen en el proceso productivo bajo presión; que sean dependientes, subordinados, sumisos y utilicen sólo una parte de su aptitudes más superficiales.

Si las características organizacionales responden, (como expuso el compañero anterior), al esquema *taylorista rígido*, vertical y piramidal, típico de la producción en masa, la contradicción indicada se incrementa a me-

didada que descendemos por la pirámide (en cuya base, por otra parte, se encuentra el mayor nº de trabajadores) ya que las exigencias de cualificación, variedad y responsabilidad decrecen significativamente. Por señalar el ejemplo más analizado, el del trabajo en cadena y las líneas de montaje, sabemos que sólo requieren del trabajador: una atención superficial, un contenido repetitivo y marcado por pautas mecánicas y que las exigencias de cualificación o aptitud son mínimas. Pero, además, existen otros aspectos laborales de igual relevancia que penetran de lleno en la contradicción y que no se refieren propiamente al contenido concreto del trabajo, por ejemplo "los turnos" de algunas jornadas de empresas químicas y metalúrgicas. El horario de trabajo varía en el espacio de pocos días, y junto con el horario cambian necesariamente "las costumbres" y la estructura de los ritmos y pausas que constituyen la vida. Trabajan una semana en el primer turno de mañana, otra en el segundo de tarde y una tercera en el de noche. De este modo todos los horarios de comidas y de vida familiar y social están desajustándose continuamente y existen graves dificultades para organizar un ritmo cotidiano de vida. Todo ello actúa negativamente en el trabajador y no sólo a nivel de la neurosis típica del trabajo en cadena, sino que en este caso los efectos negativos dan de lleno en la capacidad fisiológica, además de en la psíquica, para adaptarse al cambio. Son típicas las enfermedades de estómago, neurosis, cefaleas, insomnio, anorexias e incluso impotencia y frigidez, tendencias depresivas, etc.

Del mismo modo, podríamos detenernos en otros ejemplos que ilustrarían de nuevo, la contradicción y sus efectos negativos sobre la salud psíquica y física del trabajador, pero nos

limitaremos a señalar que básicamente las cuestiones más conflictivas, al margen de las condiciones fisiológicas del medio-ambiente (frío, calor, polvo, gases, etc.) son aquellas referentes a la disciplina de la empresa, a las especializaciones, a los tiempos y a los ritmos de trabajo y a las decisiones laborales significativas.

En este sentido, insistimos en que, evidentemente, las expectativas creadas en torno a la movilidad ocupacional, satisfacción en el trabajo y apreciación personal que se derivaban de aquellos supuestos iniciales sobre las personas, chocan brutalmente con esta realidad de trabajo (rutinario; oportunidades reducidas, desiguales e injustas de movilidad y elevado control del medio laboral) y en este sentido el rendimiento en el trabajo, para muchas personas, adquiere un único significado: es el precio o la paciencia que se paga por diferentes tipos de satisfacciones que quizá -y únicamente- puedan conseguirse fuera del trabajo. (Y ahora, podríamos entrar en la mecánica del consumo y en el empleo del ocio en nuestra sociedad, pero no es el tema que nos ocupa).

Así pues, de esta breve comunicación se deduce la incapacidad estructural organizativa, caracterizada de la empresa industrial en nuestro tiempo, para motivar y satisfacer necesidades psíquicas muy importantes de las personas que en ella trabajan, especialmente y de modo diferenciado de aquellas que ocupan la base de la pirámide, las cuales experimentan tensiones, frustraciones e inseguridades que a su vez generan comportamientos defensivos y de rechazo al medio laboral. De ello son índices: los altos niveles de absentismo; las rotaciones externas en situaciones no críticas de mercado; el pasotismo ante la tarea a realizar, las agresiones frente a la línea de mando y por supuesto, como ya vimos anteriormente, el propio desgaste físico y psíquico, producido por el alcoholismo, las drogas y las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, cuya incidencia es cada vez más importante dentro del mundo laboral. (3) y (4)

Pilar Domínguez

- (1) M. Richard. Los Dominios de la Psicología. Ed. Istmo. Madrid, 1972.
- (2) Kolb, Rubin, McIntyre. Psicología de las organizaciones. Experiencias. Ed. Prentice/Hall Internacional. Madrid, 1977.
- (3) Ferraroti. Una Sociología ALternativa. Ed. A. Redondo. Barna 1973.
- (4) Miller; Form. Sociología Industrial. Ed. Rialp. Madrid, 1969.

Características fundamentales de la organización empresarial

Marcos de Castro

El salto que significó la Revolución Industrial en el comportamiento social y, concretamente, en el funcionamiento del esquema de relaciones de producción en la empresa probablemente todavía no haya sido del todo definido porque, quizá, todavía estamos inmersos en sus consecuencias. Al menos lo está la cultura social que nos ha tocado vivir en nuestro país. En otros lugares ya se habla de la etapa post-industrial, no es así aquí donde el comportamiento organizativo de las empresas responde a los principios que entonces se forjaron, renovados en sus formas, cuando lo hayan sido, y no en su fondo.

Taylor a través de la Organización Científica del Trabajo racionaliza los sistemas productivos en base a conseguir un incremento de rentabilidad. Es el momento de la creación de los grandes centros industriales, del paso del campo a la ciudad, de la agrupación masiva en centros de trabajo, de la generación de poder industrial del capital como fuente de decisiones. El objetivo a conseguir era crear formas lo más racionalizadas de trabajo de modo que toda la gran mano de obra inexperta fuera eficaz en los procesos de producción, ajenos totalmente a su comprensión.

Se pasaba con ello, durante una gran época de la que todavía no hemos salido, del proceso productivo artesanal, en que el hombre se relacionaba directamente con todo el proceso, así como con los medios de producción, todo lo cual comprendía, manejaba e imponía su ritmo a otro proceso más industrializado que le separaba cada vez más de todo ello, le impedía comprender, manejar y le robaba el ritmo para someterlo al de la máquina. El hombre era separado del proceso de trabajo y de sus medios hasta vaciar de contenido su propio acto productivo, hasta alienarlo. Es lo que se llamó revolución industrial.

Del esquema racionalizador que Taylor comenzó perfeccionado en complicadas teorías ergonómicas, hemos heredado las bases de nuestra estructura organizativa en la que se asientan nuestras empresas, centros de trabajo que albergan 60 ó 70% del tiempo de vigilia de cada trabajador.

Estos principios son:

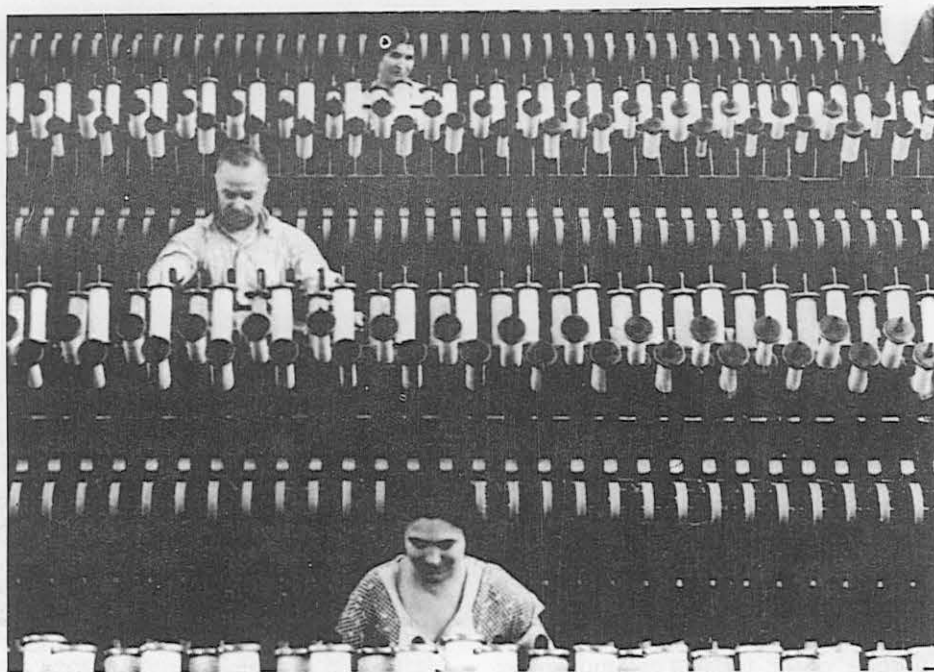
- *Especialización de tareas*, basadas en el principio de que la concentración de esgueros sobre un campo limitado de actividad, aumenta la calidad y cantidad de producción. Por ello, cuanto más especializada sea la tarea, es decir cuanto más simple en su realización, incluso cuanto más controlados y medidos estén todos los movimientos, tanto mayor eficacia se conseguirá. Ese trabajador especializado ya no podrá crear ni siquiera un nuevo movimiento, porque estos le vendrán determinados y medidos en tiempo.

Esto lleva una necesaria especialización de oficios para reducir las exigencias de preparación y el tiempo de aprendizaje.

El proceso de trabajo se divide, se especializa el oficio y se deja de comprender para qué y con qué fin se hace "esta" tarea concreta a "esta" pieza concreta, que no se sabe para qué será.

- *Cadena de mando*. El principio de especialización de tareas crea una pluralidad de partes. Hay que inventar función directiva que tendrá como misión controlar, dirigir y coordinar las interrelaciones de las partes para que cada una ejecute correctamente su objetivo. Así surge la hipótesis de que la eficacia orgánica aumenta al ordenar a las partes en una jerarquía de autoridad bien definida, en que la que ocupa la cabeza puede controlar y dirigir a la parte inferior.

- *Unidad de direcciones*. La eficacia aumenta si cada unidad tiene una sola actividad que es planeada y dirigida por un solo jefe. Este controla y define la



meta hacia la que hay que dirigir los esfuerzos, el camino hacia ella y los obstáculos a superar.

- *Control inmediato.* El rendimiento aumenta limitando el área de control de un jefe a unos trabajos concretos.

- Hay dos tipos de tareas, la de quienes organizan, planifican, dirigen y controlan, reducida a los menos, y la de aquellos que han de limitarse a ejecutar lo planificado y organizado por otros, ocupada por los más.

Existen tres conceptos básicos que subyacen al planteamiento y que van a condicionar todas las formas posibles de organización que salgan de aquí, convirtiéndolas en esquemas con denominadores comunes:

a) Importa el proceso productivo, no el hombre. Este es un elemento más del proceso que se ha de adaptar al ritmo impuesto. No interesa que el hombre comprenda, sepa aprender o sea persona, todo ello es problema de él y no hay por qué tratarlo en la organización tayloriana. Los problemas del hombre que los resuelva él y que en el trabajo se limite a cumplir los procesos para los que le han especializado.

b) El comportamiento del hombre puede ser predicho y controlado para que no distorsione lo planificado. Y se puede predecir desde elementos técnicos (descomposición de las tareas en movimientos fijos y cronometrado) o desde elementos jurídicos (reglamentos, normas, leyes). Salirse de la predicción, significa caer en acciones sancionadoras que, dependiendo de su gravedad, previamente definida, pueden llegar al despido. Nada en la solución laboral queda expuesto a la espontaneidad.

c) El hombre es motivado fundamentalmente por el salario, única razón por la que va al trabajo, del que es escasezará en cuanto pueda. Lógicamente, todo ello es definir rasgos puros de la organización, que, dejando lo anecdótico, son principios de actuación. Algo, no obstante, que desconcierta a la Organización científica del Trabajo, por no poderlo definir, es el conflicto, que le rompe todas las predicciones.

Estos elementos, en mayor o menor grado, están presentes en nuestras organizaciones, que están ya experimentando la invalidez de sus esquemas y la necesidad de buscar nuevas formas, el problema es que éstas, para que sean realmente nuevas, han de cuestionar el esquema de decisiones en la organización; en definitiva, la estructura de poder. Y, eso no es fácil.

Desde esta línea aparece una nueva nota, no heredada de Taylor, pero sí consecuencia de la racionalización. Es la tendencia a la burocratización de las organizaciones o estandarización de relaciones. Crozier definió perfectamente este proceso concretándolo en cuatro notas fundamentales:

a) Extensión del desarrollo de las reglas impersonales. Nada se deja al arbitrio de nadie, todo está previamente regulado. El jefe pierde poder sobre sus subordinados, pues su papel se limita a controlar la aplicación de las reglas, que a su vez le protegen contra las presiones de sus subordinados.

b) Centralización de decisiones. Para salvar la impersonalidad de la norma, alguien que no está donde el problema se ha de resolver, que no se le conoce, dicta normas.

c) Aislamiento de cada categoría jerárquica y la presión del grupo sobre el individuo.

Las dos notas anteriores, hacen que la organización esté compuesta por estratos superpuestos con poca comunicación entre sí. Este aislamiento de estratos es inseparable de la presión de sus iguales, único factor de regulación de comportamientos fuera de las reglas.

d) Desarrollo de relaciones de poder paralelas. Las reglas nunca pueden eliminar todas las fuentes de incertidumbre. Los que controlan las normas se encuentran que su poder es tanto mayor cuanto mayores sean las áreas de incertidumbre. Y, este poder marginal se lo apropian, asumiendo el esquema burocrático como el parapeto necesario que los defiende frente a la organización, en cuanto que hacen lo mandado, y frente a ellos mismos, en cuanto que les añaden un poder nuevo sobre aspectos que sólo ellos controlan, aunque sean minuciosos.

Crozier ve que el proceso burocrático es un círculo vicioso y lo define así:

"La rigidez con la cual son definidos el contenido de las tareas, las relaciones entre las tareas y la red de relaciones humanas necesarias para su cumplimiento, vuelve difícil las comunicaciones de los grupos entre sí y con su medio ambiente. Las dificultades resultantes, en lugar de imponer una refundición del modelo, son utilizadas por los individuos y los grupos para mejorar su posición en la lucha por el poder en el seno de la organización. Estos comportamientos suscitan nuevas presiones para la impersonalidad y la centralización, pues la impersonalidad y la centralización ofrecen, en tal sistema, la única solución posible para desembarazarse de los privilegios abusivos que estos individuos y estos grupos han adquirido".

Así, la burocracia puede ser definida como "un sistema de organización incapaz de corregirse en función de sus errores, y en el que las disfunciones han llegado a ser uno de los elementos esenciales de equilibrio". El cambio, la readaptación del medio ambiente, sólo pueden ser efectivos en caso de crisis.

En medio de organizaciones empresariales que poseen estas notas, cada una en su grado, vive el hombre y desarrolla eso que se llama acto productivo. En la organización influye el hombre y ésta en el hombre. De esta interinfluencia depende el equilibrio de ambos.

La psicología escolar en el mundo

Jean-Claude Guillermand

Hacer una panorámica de la psicología escolar en Europa es una tarea complicada que exige un análisis mínimo de los sistemas educativos (simultáneamente para comprender los modos de formación y los sectores o estructuras en las que ejercen sus funciones) y los sistemas de administración; la hipercentralización del sistema francés nos hace a veces in-

comprensible las situaciones de psicólogos escolares que trabajan en un sistema federal, una municipalidad o una institución privada.

Las funciones y tareas psicológicas orientadas a los niños como miembros de una comunidad escolar son ejercidas por tipos diferentes de personal (1).

En numerosos países, los psicólogos (escolares o no) ejercen en centros de orientación mientras que en las escuelas consejeros pedagógicos y profesores consultores ejercen funciones de orientación escolar, aconsejamiento, etc.

En la mayor parte de los países, los psicólogos escolares tienen que atender a toda la población que acude a la escuela obligatoria (que según los países va de los 6-7 años hasta los 15-18). Cuando existe personal diferente para las funciones del psicólogo escolar y del consejero de orientación, la separación no se efectúa por el nivel de estudios de los chicos como ocurre en Francia.

En lo que se refiere a la formación inicial, las situaciones son diferentes; pero todos los psicólogos escolares se forman en la universidad al menos durante tres años y seis o siete años como máximo (es el caso de Noruega).

No siempre se exige una experiencia directa en la enseñanza; algunos países mantienen una formación idéntica para todos los psicólogos (Finlandia, Alemania) eventualmente completada con una formación continua y cursos prácticos.

Tal diversidad en los modos de formación explica -en parte- la variedad de las formas de intervención. Si en todas partes nos encontramos con la exploración apoyada en tests psicométricos, en cambio, el consejo, la animación de grupo, la terapia, la búsqueda y administración ocupan lugares variables en la práctica de los psicólogos escolares.

Los cuadros siguientes tratan de resumir algunos puntos claves de la psicología escolar en los principales países europeos (2).

País	Historia	Personal	Formación	Efectivos	Modo de funcionamiento
R.F.A.	Alemania Federal 1922: 1 ^{er} ps. 1945: 1 ^{er} servicio (Hamburgo)	Psicología escolar; profesores consultores.	Idéntica para todos los psicólogos, sin especialización; algunos ps han sido profesores.	450	La mayor parte de los ps. ejercen en servicios de orientación; algunos trabajan en "Gesamtschulen" (colegio único).
Bélgica	1928: laboratorio de ps escolar en Angleur 1949: 1 ^{er} centro médico - socio - psicológico	Ps. escolar; asistenten; consejeros de orientación	4 años en la Universidad y prácticas de 1 año. 10 años de enseñanza y formación psicológica.	850	Los ps trabajan en Centros médico-socio-psicológicos. Los ps asistentes practican tests bajo la responsabilidad de un ps. Los Consejos de orientación trabajan en la escuela y practican la observación continua (6-16 años).
Gran Bretaña	1913: Cyril Burt crea el 1 ^{er} servicio de ps escolar (Londres)	Ps de la educación; Asistentes ps	Formación universitaria que finaliza en una "licenciatura" (MA) y diploma en ps de la educación que se completa con una formación y una experiencia en la enseñanza.	1000	Los ps de la educación trabajan en un servicio dirigido por un psicólogo principal (Senior psy) y dependen de las autoridades locales. Los asistentes ps desempeñan un papel de consejero psicopedagógico al lado de los maestros.
Dinamarca	1934: nombramiento del 1 ^{er} ps (Copenhague).	Ps escolar; ps clínica.	Formación de profesores (4 años) que incluye una formación ps general y 3 años de formación ps especializada.	450	Los ps trabajan en los Consejos de psicólogos (188 actualmente) que cubre un sector de 5000 alumnos y que constan (teóricamente): 1 ps principal, 2 ps, 2 ps clínicos, 1 A. S. y varios psicopedagogos especializados.

Italia	Creación en 1975	Ps escolar, pero otro personal ejerce funciones de ps	4 años de formación universitaria que incluye un último año de prácticas sobre el terreno.	Estadísticas desconocidas; 200 en Roma.	Profesión reciente, mal definida; en general los ps están contratados por los ayuntamientos o las regiones.
Irlanda	1959: 1º ps en Dublín.	Ps escolar. Consejeros pedagógicos. Profesores especializados.	3 años de formación universitaria	30	Los ps ejercen esencialmente en el 2º grado en relación con los consejeros pedagógicos y los profesores especializados.
Finlandia	1930: servicio de orientación infantil (Helsinki) 1965: 1º ps.	Ps escolar, ps clínica.	5 años de formación universitaria común a todos los ps. Formación continua centrada en la práctica.	50 ps 180 cl	Los ps trabajan en los servicios psicológicos gestionados por las autoridades locales.
Noruega	1930: nombramiento de ps en los centros de orientación	Ps escolar.	6-7 años de formación universitaria.	300	Alrededor de 120 servicios de ps escolar ejercida sobre sectores variables según las regiones (como media 1 ps por 2000 alumnos de 7 a 16 años).
Suecia	1953: 1º ps.	Asistente ps (grupo B) ps "independiente" (grupo A).	3 años de formación común a todos los ps y que incluye prácticas. Además 2 años de formación complementaria. No hay formación especializada en ps; formación continua, algunos días al año más unas prácticas en internado de 1 semana cada 4 ó 5 años.	500	A los ps los emplea y paga los ayuntamientos. Existe una división de psicología escolar en el ministerio al lado de una división de orientación y una de medicina escolar. Esta estructura existe también a nivel regional. La media es de 1 ps por cada 3000 alumnos de 7 a 16 años.
Suiza	1920: centro de orientación infantil en Berna (1º de Europa).	Consejeros en educación. Ps escolar.	Formación variable en general nivel de licenciatura con especialización en ps del niño y del adolescente.	350	Los ps se reclutan generalmente por las instituciones cantonales, pero no existe ningún estatuto legal, la profesión está mal definida y las condiciones de empleo son variables.

(1) Igual ocurre en Francia: además de los psiquiatras, psicólogos (eventualmente escolares), psicoreeducadores que deben reconocer al niño-escolar en los centros especializados, los consejeros de orientación, los institutores especializados, los reeducadores incluso médicos y asistentes escolares que ejercen funciones psicológicas.

(2) La documentación proviene esencialmente de "Psychology in the schools in international perspectives", tres volúmenes editados por la International School Psychology Committee, así como informaciones recogidas en Colegios extranjeros principalmente en el coloquio de York.

Contribución a la reflexión sobre los modelos de psicología escolar

Jean-Claude Guillemard

La mayor parte de los países ignoran el poder hipercentralizado tal como lo conocemos en Francia. Prácticamente en todas partes, poderes regionales o locales tienen capacidad (es decir disponen de poder financiero y de derechos); es pues difícil hacer comparaciones con lo que conocemos.

El modelo británico

Una Ley de 1944 (Education Act) preveía la creación de centros psicopedagógicos. La circular n° 347 de 1959 recomendaba a las autoridades locales (condados, municipalidades) la constitución de un servicio de orientación infantil (Child guidance service) compuesto de un centro de orientación infantil (C.G. clinic) y de un servicio de psicología escolar con la colaboración del servicio de salud escolar. El conjunto se encontraba bajo la responsabilidad del médico inspector principal (Principal School Medical Officer). De todos modos siendo la estructura principal de ligazón el "Department Education", el P.S.M.O controla el centro de orientación infantil mientras que el inspector principal de educación (Chief Education Officer) controla el servicio de psicología escolar.

El psicólogo de la educación hace el enlace entre el servicio de orientación y las autoridades locales escolares. Representa así un doble papel: el de director del servicio de psicología escolar y el de colaborador del equipo del centro de orientación (relaciones con el psiquiatra y con otros especialistas).

La circular del 74 sobre la orientación, prevé la coordinación de los diferentes servicios: psicología escolar, psiquiatría infantil, medicina escolar y servicio social escolar. El psicólogo de la educación ha visto aumentar su papel de coordinador (principalmente cuando se trata de niños que necesitan diversas visitas).

Organización del servicio de psicología escolar: el psicólogo principal (di-

rector del servicio) cuida de la organización de los psicólogos del sector. Psicólogos becados pueden ser incluidos en el servicio.

Tareas corrientes de los psicólogos del sector: consejos (padres, maestros), servicios de seguimientos de niños con problemas, formación inicial y continua de profesores, diagnóstico y tratamiento de niños con dificultad en la enseñanza normal, orientación de servicios de cuidado, psicoterapia (raramente).

En 1980 alrededor de 1000 psicólogos de la educación que ejercen en Gran Bretaña tanto a nivel primario como secundario.

El modelo alemán

Existen actualmente alrededor de 1000 psicólogos escolares en Alemania Federal. Algunos trabajan en el marco de la escuela única (Gesamtschule) y dependen de la dirección de la escuela (experiencia reciente; un centenar de Gesamtschulen tienen su psicólogo). La mayoría (alrededor de 900) trabajan en un servicio de orientación escolar que depende de las autoridades escolares locales.

Papel de los servicios de orientación (y por tanto del psicólogo):

La orientación escolar propiamente dicha, la orientación psicológica individual, la intervención de cara a escuelas y profesores. Según los estados (Land), se pone el acento sobre uno de los aspectos aunque actualmente se tiende hacia un cierto equilibrio y además se insiste sobre los aspectos de prevención.

Fuera de los Gesamtschulen el trabajo en las escuelas es realizado por maestros consultores que han recibido (pero no siempre) una formación psicopedagógica particular.

En general el psicólogo escolar ha recibido una formación universitaria (la misma que cualquier psicólogo) pero

no formación específica; algunos tienen una experiencia como profesor. En general un psicólogo escolar dirige el centro de orientación y coordina las relaciones con las escuelas, supervisa las intervenciones de los maestros asistentes hacia los niños, los padres, los profesores, pero asegura también intervenciones directas.

Los servicios funcionan de modo diferente según los estados, aunque la Conferencia de Ministros de educación haya propuesto orientaciones comunes. Algunos servicios están muy centralizados: por ejemplo, todo el personal de orientación de una ciudad, incluso de un Land, está ligado a un centro único. En Länder muy extensos, la descentralización es más importante, pero los sectores son a menudo inmensos.

El modelo danés

La organización de la psicología escolar en Dinamarca está ligada a la reforma del sistema administrativo de 1970 que desembocó en una gran descentralización de poderes al mismo tiempo que a una reagrupación de las instituciones a nivel regional y local.

Todo ello originó una estructura pluridisciplinar: "el Consejo de psicología escolar" que ejerce sobre un sector de 5000 niños (de la guardería al fin de la escolaridad obligatoria a los 16 años).

Las ciudades importantes organizan uno o varios C.P.S.; los pueblecitos se reagrupan para constituir uno intercomunal. El Estado vigila para que ningún danés carezca de los servicios de un C.P.S.

El C.P.S. está teóricamente constituido por:

- Un psicólogo escolar principal, dos psicólogos escolares, dos psicólogos clínicos, un asistente social (todos a jornada completa) y varias especialistas psicopedagogos a tiempo parcial: ortofonía, deficiencia intelectual, dislexia, perturbaciones en el comportamiento y en la conducta, niños desescolarizados marginales (dropped out); uno a tres consejeros pedagógicos para las clases especiales y un psiquiatra consejero.

Además cada condado dispone de un psicólogo escolar encargado de organizar la educación de los niños que

dependen de establecimientos especializados y cuyas dificultades no pueden ser tratadas localmente.

El modelo belga

Los psicólogos escolares trabajan en Centros médico-socio-psicológicos que cubren un sector de aproximadamente 3000 alumnos. Aunque su actividad se ejerce en la escuela estos centros son independientes del sistema escolar.

Un CMSP comprende un director (psicólogo escolar), uno o varios psicólogos escolares, un consejero de orientación, un asistente social, un médico y una enfermera.

Estas estructuras existen a nivel nacional, provincial y local. Existen igualmente CMSP independientes.

Al lado de los CMSP existen centros de orientación escolar y profesional.

Las tareas de los psicólogos escolares de los CMSP incluyen tests psicométricos individuales y colectivos, exámenes psicológicos individuales y especializados, el consejo a las familias y a los maestros.

El modelo canadiense

Los psicólogos escolares, contratados por las autoridades locales (el nivel de formación exigido varía según las provincias), trabajan la mayor parte de las veces en el marco administrativo de un "Pupil personnel service" constituido por un equipo pluridisciplinar en el que confluyen: servicio de salud, de psicología, de asistencia social, de orientación escolar; a él se añaden también diversos pedagogos especializados y ortofonistas. En Canadá la distinción entre psicólogo escolar y consejero no es nada clara, tanto más cuanto que, según la dimensión del centro, el psicólogo podrá efectuar tareas que aseguran otros especialistas en un centro más importante.

En la mayor parte de las provincias se ha adoptado un estatuto jurídico del psicólogo.

En algunos grandes centros urbanos existen Servicios de educación especial que se ocupan de las clases especiales del sector y les proporcionen medios importantes.

Ejemplo de un servicio en la provincia de Alberta (145 clases especiales, 1200 alumnos):

- Un director, un director adjunto.

- Un servicio de profesores visitadores (una principal y 28 visitadores).

- Un servicio de psicología (un psicólogo principal y 14 psicólogos).

- Un servicio de ortofonía (un principal y 14 ortofonistas).

- Un servicio de la obligación escolar (un responsable, 14 delegados).

- Un servicio de tratamiento de las dificultades en el aprendizaje (un principal, 9 clínicos, 21 monitores).

- Un servicio de clases especializadas (un responsable, dos adjuntos). Existe una multitud de especializaciones.

- Un servicio de orientación escolar (un responsable, 15 consejeros a jornada completa, 72 consejeros a jornada parcial para los Juniors high schools (colegios) y 6 consejeros a jornada parcial para los Senior high schools (institutos)).

El modelo irlandés

El primer psicólogo escolar fue contratado en 1959 por el Comité de enseñanza profesional de la ciudad de Dublín; fue encargado de organizar un servicio de orientación para los alumnos de la enseñanza técnica (vocational schools). En 1965 el Ministerio de educación por su parte contrató psicólogos escolares para desarrollar los servicios de orientación escolar en los colegios únicos que acababan de crearse.

En 1970 el servicio de psicología escolar del Ministerio de educación iniciaba la formación de maestros especializadas para la enseñanza secundaria (remedial teachers).

Al nivel de la escuela primaria el psicólogo no interviene, el trabajo de diagnóstico y de cuidado es efectuado por psicólogos de centros de orientación infantil.

Hay actualmente una treintena de psicólogos escolares en ejercicio en Irlanda; la mayor parte de ellos trabajan para el Ministerio de educación en uno de los siete centros regionales. Están en paridad con los inspectores de educación en salarios y condiciones de trabajo.

En lo esencial, los psicólogos escolares tienen pues funciones de organización, de formación de coordinación al nivel de la escuela secundaria, pero prácticamente carecen de funciones psicológicas directas hacia los niños.

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación de menores

Participación del Colegio Oficial de Psicólogos en las cuartas Jornadas Nacionales sobre Inadaptación Social y Recuperación de Menores.

Estas jornadas fueron organizadas por "Casas Promesas" colaborando el Ministerio de Sanidad y el Colegio de Psicólogos.

El Colegio fue representado por un grupo de psicólogos que tienen una Actividad Específica en el Campo de la Conducta Social, la Educación y el Comportamiento.

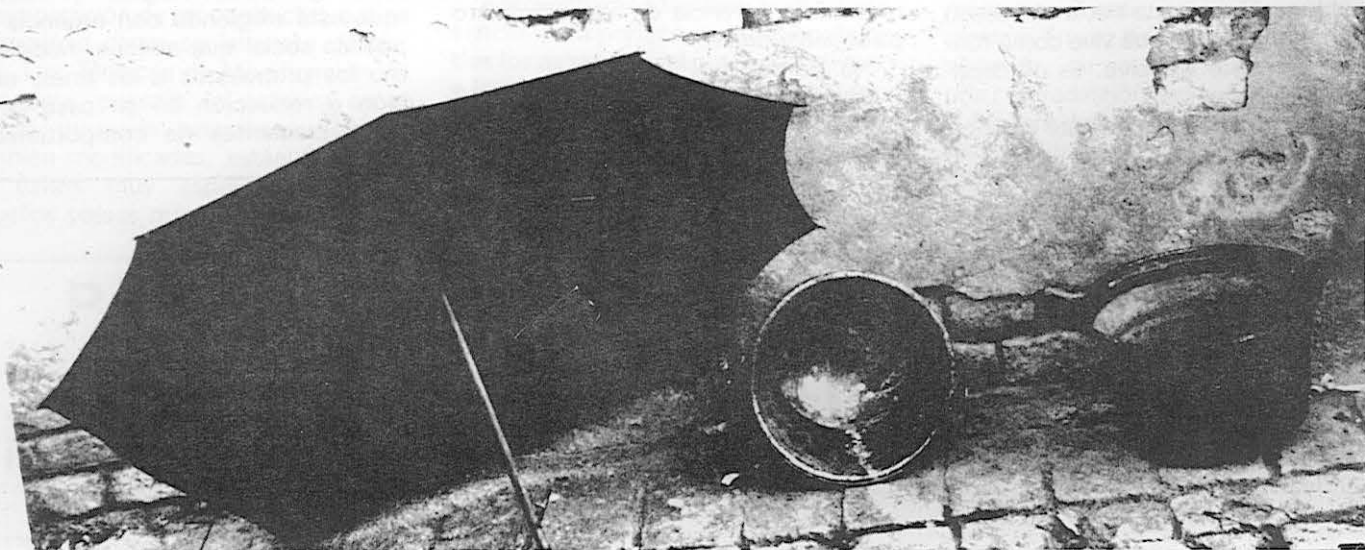
Las conclusiones de estas jornadas girarán en torno a la fundamentación de los Aspectos que inciden en un sujeto para que se decante a una Actitud Delictiva, Social e Inadaptada. Donde el sujeto inadaptado es la resultante de toda esa complejidad de factores influyentes: Medio familiar, medio social, medio escolar, medio económico, medio cultural, medio amistad, medio afectos, medio inquietudes, etc.

Donde el sujeto enfrentado a las exigencias de la vida social, con una mengua radical de posibilidades, para poder afrontar cualquier comportamiento, información, lenguaje minimamente gratificante. Acta por defenderme con estas manifestaciones NO estructuradas.

Cada comunicación de las jornadas desarrolló un aspecto de este conjunto de complejas incidencias. Destacando las limitadas posibilidades actuales para resolver minimamente la problemática social en este aspecto.

Por otro lado los estamentos oficiales a través de los Tribunales de Menores no dispone de recursos y de mecanismos suficientes para llevar adelante la Reforma pretendida, puertas adentro del Ministerio de Justicia con el **Estatuto del Menor**. Dicho estatuto, necesita además ser retomado por expertos en Sociología y Psicología, pues presenta serias lagunas dado que se analiza su problemática restringidamente.

La comunicación representando al Colegio Oficial de Psicólogos dejó bien patente lo que la ciencia psicológica y los profesionales de ella pueda aportar.



Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación del menor

IV Jornadas Nacionales sobre inadaptación Social y Recuperación de Menores. A lo largo de los días de discusión se han puesto de manifiesto un conjunto de problemas de inadaptación de lo más heterogéneo. En el seminario se presentaron problemas de inadaptación desde la perspectiva de la escuela en medios deprimidos, de instituciones específicas de inadaptados y de grupos de trabajo en barrios. Ello nos llevó a plantear un análisis de cómo surge el inadaptado y cómo se puede tratar desde la perspectiva del psicólogo, definiendo su rol como el de: analizador del medio que propicia la inadaptación; planificador en función del análisis anterior; aportador de técnicas de aprendizaje y extinción de comportamientos inadaptados individuales y grupales; en todo, como colaborador interprofesional para el diseño y realización, de alternativas de salud comunitarias.

La alternativa de este seminario aportada por un grupo de profesionales del Colegio Oficial de Psicólogos, junto con las puntualizaciones y aportaciones de los asistentes, sobre el correlato teórico y el caso clínico presentado y analizado en común, puede ceñir dicha alternativa a los puntos siguientes:

1. ¿Qué es un menor socialmente inadaptado?

Es un sujeto entre 8 y 18 años que dispone de un repertorio comportamental que se orienta hacia el fracaso en un medio social que vive como fundamentalmente agresivo. Es un deprimido social.

2. ¿Cómo ha adquirido este comportamiento?

Mediante aprendizaje social, a través de: modelos y biorefuerzo.

3. ¿Dónde ha adquirido este comportamiento?

En el medio familiar y escolar, fundamentalmente. A lo largo del proceso de socialización.

4. ¿Quién sostiene este comportamiento?

El medio social, rechazándolo y la pandilla, aceptándolo.

5. ¿Cómo se sostiene este comportamiento?

6. Extracción social del inadaptado.

Clases bajas de la población; zonas industriales de crecimiento desordenado; y población sometida a altos índices de paro.

7. Características psicológicas del medio en el que existe una alta probabilidad de surgir el comportamiento inadaptado.

7.1. Medio familiar.

- familias agresivas.

- familias poco afectivas.

- familias tolerantes con la marginación.

- condiciones sociales aversivas facilitadoras de comportamientos agresivos.

7.2. Medio escolar

- Infraestructura material agresiva y pedagógicamente disfuncional.

- Programación de técnicas y materiales disonantes con las necesidades, intereses y valores de la población escolar.

- Metodología aversiva: pedagogía del castigo, ausencia de atención diferenciada y carencia de asesoramiento psicopedagógico.

7.3. Barrio.

Estructura material e interpersonal caracterizada por:

- Ausencia de equipamiento urbanis-

tico facilitador de convivencias individual y socialmente satisfactorias.

- Ausencia de infraestructuras pedagógicas, culturales, laborales y del ocio, facilitadoras del ajuste para las relaciones interpersonales.

- Comportamientos individuales y grupales de desinhibición, ante la necesidad de escapar y evitar la estructura material e interpersonal aversiva.

8. ¿Cómo prevenir el comportamiento inadaptado?

Facilitando la eficacia cognitiva y afectiva de las agencias de socialización: familia, escuela, asociaciones vecinales y centros de formación profesional.

9. ¿Cómo recuperar el comportamiento inadaptado?

Detección temprana de pautas de comportamiento asocial en la escuela y la familia, mediante consultorios paidopsicológicos en los Ambulatorios de la Seguridad Social y Gabinetes de O.E. en los colegios y centros de Salud Comunitaria en los barrios.

10. ¿Con qué medios?

10.1. *Materiales.* Dotación presupuestaria a cargo de los Presupuestos Generales del Estado.

10.2. *Humanos.* Equipos interprofesionales.

10.3. *Legales.* Regímenes especiales para centros estatales de E.G.B. ubicados en zonas socialmente deprimidas.

11. Gasto Social de la Inadaptación.

El comportamiento socialmente inadaptado, genera un altísimo costo psicológico, sociológico y material que está exigiendo con urgencia una política social que adecúe medios como los propuestos a los fines, extinción o reducción en su caso de las tasas crecientes de comportamiento asocial.

conducta social desviada y psicólogos

La investigación psicológica actual viene demostrando con argumentaciones cada vez más incontestables, que el fenómeno de la inadaptación social en aquellos sujetos que no sufren deterioro nervioso ni retraso mental, es debido fundamentalmente a déficits pedagógicos y a desordenes en el proceso de socialización.

Déficits y desordenes, que hay que achacar básicamente a las condiciones sociales en que estos sujetos elaboran su capacidad cognitiva y adquieren sus destrezas socioconductuales.

La escuela, institución social responsable de relevar a la familia en el proceso socializador, representa y transmite el modelo cultural de las capas sociales más acomodadas. Por ello, entra en conflicto con las pautas de comportamiento de los sectores más deprimidos de la población, intentando erradicar esas pautas comportamentales por la fuerza, por lo que, no logra conectar ni efectiva, ni cognitivamente con ese sector de la población al cual se quiere imponer con un régimen formalista y burocrático, basado hasta ahora, en la pedagogía del castigo. De esta forma, quedarán rotas todo tipo de motivaciones al logro escolar y de los valores que representan.

La respuesta a este auténtico proceso de condicionamiento aversivo suele ser: la inhibición, la evitación, el rechazo y la confrontación.

La moderna Psicología científica, basada en el Análisis Experimental de la conducta humana, está aportando abundante material para la *prevención* y *recuperación* de las conductas que se denominan como socialmente desviadas. Las Técnicas de Modificación de Conducta, puestas en práctica en el marco de unas relaciones sociales también modificadas, están obteniendo éxitos muy esperanzadores en aquellos países que las están utilizando.

La segunda parte de la presente comunicación hace referencia cumplida de esta tecnología psicológica.

El Colegio Oficial de Psicólogos, siempre atento y preocupado por aquellas manifestaciones que son muestra de actitudes pública encaminadas al análisis de cualesquiera problemática que se manifieste como lesiva tanto a nivel psicosociológico como orgánico para la persona humana y de la cual son expresión numerosos comportamientos personal y socialmente disruptivos, agradece la invitación a la colaboración en estas IV Jornadas y se suma con la presente comunicación a la reflexiva colectiva sobre la temática que las motiva.

El contenido de la misma, se articula básicamente en torno a dos aspectos.

El uno, centrado en el análisis psicosociológico de aquellos determinantes y consecuencias que, entendemos, pueden llegar a generar lo que ha venido en denominarse "comportamiento inadaptado", haciendo sobre todo hincapié en su dinamismo en el ámbito educativo.

El otro, encaminado a informar y precisar respecto del alcance preventivo y rehabilitador de determinadas metodologías y técnicas psicológicas, basadas fundamentalmente en el Análisis Experimental de la Conducta humana, susceptibles de ser aplicadas al comportamiento "inadaptado" y que vienen siendo desde hace relativamente poco tiempo utilizadas con éxito creciente en otras comunidades.

Aprovechamos también nuestra presencia, para poner a disposición de todos los asistentes, el potencial humano e institucional de esta Corporación profesional, disposición que intenta reflejar la idea de una práctica profesional al servicio de toda la comunidad y de una más satisfactoria calidad de vida, tanto en lo personal como en lo social.

El rol de la escolaridad en la relación sistema educativo sistema productivo.

Todo sistema escolar se sitúa en unas coordenadas espacio-temporales que lo definen. Y cambia cuando las condiciones sociales, económicas y políticas lo hacen.

En los últimos años, nuestra sociedad ha cambiado; así mismo lo ha hecho nuestra realidad económica y política. El acelerado cambio en la escala de valores, la readaptación de nuestra economía, la crisis económica y sus efectos: paro, incremento de la delincuencia, etc., y la democratización de las instituciones son algunos de los aspectos más significativos de nuestro aquí y ahora.

Los primeros cambios que se observan en el sistema escolar, con la pretensión de adaptarle a la nueva situación, son legales. Está creado el marco para la democratización de los centros de nivel Preescolar, E.G.B. y B.U.P. a través de la Ley Orgánica que regula el Estatuto de los Centros Escolares y del Real Decreto de 4 de diciembre 1980 en el que se desarrolla forma de constitución de los órganos colegiados de gobierno. Y en ciernes la tan esperada y discutida Ley de Autonomía universitaria; pero los Centros Educativos de los distintos niveles no reflejan las pretensiones sociales, ni tan siquiera las intenciones políticas de los legisladores. Nuestra realidad escolar sigue anclada en el pasado, no se ha democratizado el nivel que se esperaba y se muestra reticente, por regla general, al cambio. En vez de adaptarse a la nueva situación, se resiste, viviendo así en una contradicción permanente.

El pensamiento económico liberal, fuente nutricia de los primeros ensayos de sociología educativa, trataba de adaptar la oferta -ENSEÑANZA- con la demanda -MERCADO DE TRABAJO-.

Psicología y conducta social inadaptada

José Carlos de la Fuente, Emilio Ciudad Maestro, Antonio García Moreno, Antonio Pérez Martín y Alfonso Díaz-Merino Gallego

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación de menores



en la creencia de que un aumento de nivel educativo global, llevaría aparejado un incremento del desarrollo económico. Posteriormente y ante el fracaso de este modelo basado en la relación educación-desarrollo, la investigación sociológica se planteó el abordaje de la relación-subordinación de la escuela al mercado de trabajo desde una perspectiva mucho más crítica, apoyándose en los "mecanismos de reproducción social" de entre los cuales destaca significativamente el "puesto de trabajo". Y qué duda cabe que el abordaje es oportuno, dado el peso sociológico que está adquiriendo el "paro" en todo el Estado y sobre todo, el "paro juvenil" dado que este no es expresión de una situación coyuntural consecuencia de una posición de crisis económica, sino que se nos está apareciendo como una auténtica "tendencia estructural" consecuencia del fenómeno de la "contracción de la edad activa" producido tanto por un retiro cada vez más adelantado como por el retraso de la edad de incorporación al primer empleo.

El sistema escolar en este contexto interviene, por un lado, propiciando un proceso de prolongación de la edad obligatoria de escolarización, lo cual hace que disminuya el número de candidatos empeñados en la búsqueda del primer empleo. Por otro, al ser la escuela una agencia de socialización históricamente situada al socaire de la peripecia de los sistemas productivos, estos le imponen su dinámica para que los sujetos en el transcurso del proceso socializador a ella encomendada, moldeen sus comportamientos en línea con lo objetivos previstos por el sistema productivo. La educación se constituye de esta manera, en un auténtico sistema de reproducción social incapacitado por su dependencia estructural y funcional del sistema productivo, para cuestionar y modificar las bases sobre las cuales éste se asienta. El aparato escolar, al servicio de la reproducción social -clases sociales, categorías, etc.- utiliza variados mecanismos selectivos con la finalidad de proyectar a los sujetos no tanto a un puesto de trabajo concreto, cuanto a unos niveles determinados de la estructura social -clase-; de esta forma el sujeto se verá socialmente legitima-

do más que por su participación en el acto laboral, por su origen de clase.

Mucho nos tememos que, como ya se ha sugerido por numerosos analistas, o se modifica el sistema de atribución de recompensas sociales y su mecanismo cuasihereditario de distribución o el tan cacareado "principio de igualdad de oportunidades" -meritocracia competitiva- no dejará de ser más que otra de las utopías educativas al servicio de la social-nivelación de los individuos.

Clase social y proceso de socialización. ¿Es posible una justa igualdad de oportunidades?

En la filosofía del principio parece hallarse la idea de un punto de partida igual para todos y exclusivamente ligado a las características sometidas al dinamismo del desarrollo, a las influencias familiares, ambientales y a la procedencia de clase, variables, estas que cada vez se declaran con mayor peso en el análisis conductual y en el rendimiento escolar del sujeto como así lo está demostrando reiteradamente la psicología científica?

Para B. Bernstein, el conocido sociolingüista, el conocimiento humano no está bien repartido porque el sistema de clases ha marcado la distribución del conocimiento en la sociedad. El proceso de socialización es fundamentalmente comunicación y ésta se apoya básicamente en sistemas simbólicos, siendo las "relaciones sociales" el marco natural en el que se lleva a cabo la comunicación, destacando entre ellas las clases sociales y los métodos familiares de comunicación y control. El sujeto, desde su nacimiento, iría acumulando un capital, no sólo en el estricto sentido económico, sino que los sistemas simbólicos también se verían sometidos a toda una suerte de apropiación -capital simbólico- a través

del cual el ser humano extenderá y cambiará los límites de su experiencia. De esta forma, los sujetos de las clases dominantes tendrían a su disposición un capital simbólico distinto del de las clases dominadas, configurador de auténticas peculiaridades culturales -códigos- que se transmitiría de una generación a otra.

Ahora bien, la escuela como agencia de socialización y el maestro como agente socializador: ¿qué nivel socio-cultural representan y qué códigos manejan e imponen habitualmente?. Evidentemente el medio, lo que se dice y como se dice, es expresión del capital simbólico de las clases dominantes, de aquí que la diferencia entre los logros educativos de ambas clases no sean un reflejo directo de diferencias aptitudinales sino expresión de los diferentes tipos de códigos empleados para regular la comunicación entre los individuos. Así mientras las clases acomodadas manejan códigos muy elaborados que además predominan en las relaciones escolares, las clases bajas emplean códigos restringidos, ausentes prácticamente del discurso formal de la escuela, lo cual supone un indudable hándicap de cara a las expectativas del éxito escolar.

No debe pues extrañarnos que la escuela, ajena a este hecho sociodiferencial, se constituya en una auténtica fuente de contingencias aversivas, especialmente para los sujetos de las clases menos acomodadas. A ello hay que agregar el que, si bien la demanda de puestos escolares físicos -cuantitativamente hablando- esté a punto de ser satisfecha, según datos del M.E., el déficit cualitativo -calidad de la enseñanza- en buena parte debido a las actitudes burocráticas que priman en la práctica profesional cotidiana, están empezando a revelarse como uno de los más firmes responsables del fracaso y la inadaptación escolar.

Fracaso e inadaptación escolar.

Consideramos pues, que las condiciones en las cuales se produce y desarrolla el proceso de socialización genera unos costos para la estructura biopsicosociológica del sujeto que este satisface en tasas de ansiedad y discriminación social. A veces, el costo es tan grande que la estructura psicobiológica del sujeto se resiente profundamente, hace saltar los mecanismos psicológicos de la conformidad y llega al rechazo; fenómeno que manifiesta simbólicamente mediante comportamientos de escape y evitación de confrontación, violencia y agresividad, dando lugar a lo que en los códigos morales al uso se reconoce como conductas inadaptadas o delictivas. La inadaptación y el fracaso escolares, expresión del rechazo a la institución que pone de manifiesto un alto porcentaje de sujetos escolarizados pertenecientes en su mayor parte a las clases menos acomodadas, es un claro indicador de la incapacidad de este modelo educativo para satisfacer consistentemente las expectativas de este sector de la población.

La escuela de la marginación

En una gran ciudad, centros situados a pocos metros se configuran como realidades distintas, dependiendo de la situación socio-económica del barrio. Muchos de estos barrios se ubica en cinturones industriales urbanos y son fruto de un crecimiento económico y urbano desordenado, re-

velándose como puntos de conflicto social. Los centros escolares de estos barrios deben responder a unas exigencias diferentes a las de otros medios. Cada escuela es un mundo distinto de cualquier otro y sólo comparable a otra escuela que haya surgido en un medio social y económico parecido. Con todo, hay unas constantes que caracterizan a las escuelas del conflicto o la marginación:

- Se ubican en medios deprimidos; barrios obreros, marginados por los de alrededor.
- Un elevado porcentaje de sus alumnos procede de familias económica y culturalmente pobres.
- Un gran número de familias se reconoce impotente ante los problemas de sus hijos.
- Muchos padres están en el paro y las madres trabajan como limpiadoras o asistentes.
- Existe un abandono infantil que incide en su alimentación, afectividad, salud, etc.
- La delincuencia común y la drogadicción traspasan el medio.
- El fracaso escolar es muy acusado.
- En el interior de los centros se vive un conflicto por contestación de la autoridad, ligado al fracaso y generalmente a la ausencia de alternativas.
- La gran movilidad del profesorado impide la consolidación de un equipo de trabajo.
- El absentismo laboral suele ser muy alto.



Análisis, prevención y rehabilitación de la conducta social desviada desde la perspectiva del profesional de la psicología

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación de menores

- Las instalaciones se deterioran con rapidez.

- El medio se muestra agresivo; son frecuentes los asaltos a los edificios escolares y a las personas.

Por todo ello, una escuela que intente dar respuesta satisfactoria a esta problemática, exige cambios importantes. No se puede quedar aislada del medio en el que tiene que incidir y debe plantearse un profundo cambio en su seno.

Su implicación en el medio pasa por una presencia real en el barrio, participando en las actividades culturales y ciudadanas a través de los Consejos en las Juntas Municipales de Distrito, de las Asociaciones Vecinales y de cualesquiera otras formas asociativas. Asimismo ofreciendo sus instalaciones para actividades culturales, recreativas y deportivas. Y convirtiéndose en una institución abierta y de servicio a la comunidad, en su sentido más amplio. Con ello, se cambiará la actitud agresiva del barrio, convirtiendo a la comunidad en su principal defensor.

Definición institucional del centro que proponemos, fundamentos psicopedagógicos y criterios organizativos y funcionales.

EL centro escolar ha de ser: *público, gratuito, laico, libre, democrático, crítico, compensatorio, autónomo y comprometido con la comunidad de la que forma parte.*

Sus fundamentos psicopedagógicos serán:

- Técnicas basadas en el Análisis Experimental de la Conducta. Modificación de conducta aplicada al ámbito educativo.

- Estrategias didácticas y pedagógicas basadas en los principios de la Pedagogía Operativa.

- El grupo, como protagonista del hecho educativo.

- Educación compensatoria.

Por último, se regirá por los siguientes criterios organizativos y funcionales:

- Una vida democrática que haga sentir a toda la comunidad escolar que se trabaja por unos objetivos comunes.

- Un régimen interno exento de autoritarismo y de estrechez que busque soluciones creativas, utilizando las técnicas frente a la agresión o la coacción.

- Una plantilla de profesores estable, con exigencia de un compromiso mínimo de tiempo; homogénea en sus planteamiento pedagógicos y especializada de acuerdo con las necesidades.

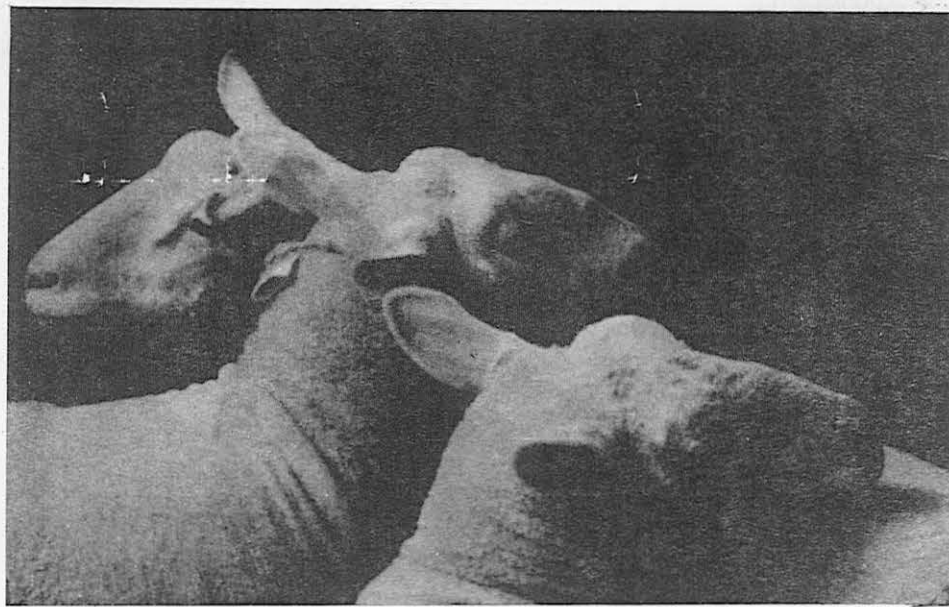
- Unas instalaciones adecuadas y un equipo didáctico moderno.

- Una flexibilidad de programas y formas organizativas que permita dar la mejor respuesta sin corsés legales.

- Unos servicios imprescindibles a cargo de la Administración central o local, como son: comedor escolar, Educación Física y Gabinete Psicopedagógico.

La ciencia psicológica y su aplicación a la prevención y rehabilitación de las conductas consideradas como socialmente desviadas. Tecnología conductual. EL psicólogo como experto en programación y modificación de conductas y ambientes humanos. El psicólogo y la educación permanente.

La conducta infantil y juvenil que no responde a las pautas morales y exigencias de la sociedad, a diferencia de la conducta anómala vinculada a una patología orgánica, como hemos puesto de manifiesto en nuestro análisis; es debida fundamentalmente a descuidos pedagógicos -familiares, escolares, medio ambiente social-, y la deformación moral de su personalidad es consecuencia de fallas pedagógicas.



La psicología científica viene demostrando fehacientemente, que *la conducta social de niños y adolescentes* que no sufren desordenes del sistema nervioso, ni son mentalmente atrasados sino que se hallan psíquica y físicamente sanos, *no está determinada por "mecanismos congénitos", sino por alteraciones en el proceso de aprendizaje de las conductas de intercambio social, que han provocado la consolidación de hábitos de evitación y rechazo en detrimento de los hábitos prosociales.* Modificar el régimen de interacciones sociales e incorporar programas de prevención y rehabilitación basados en la psicología experimental del aprendizaje, son desde nuestro punto de vista, dos objetivos que habría que considerar necesariamente en aras de un eficaz tratamiento de la inadaptación.

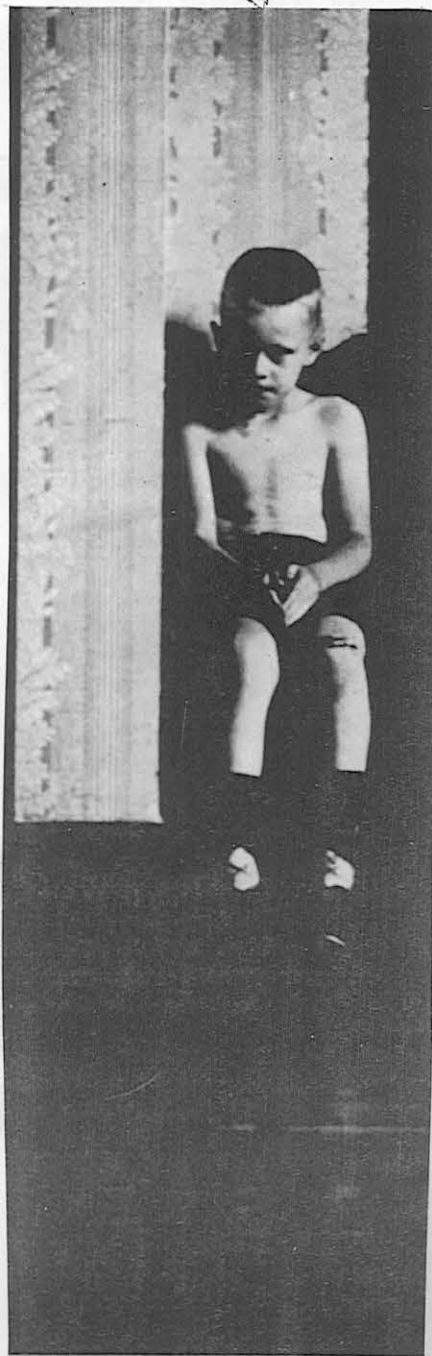
Y antes de pasar a relatar lo que puede hacer el psicólogo en este campo y con qué instrumentos, querríamos llamar la atención sobre las posibilidades que la educación permanente tiene en la prevención y/o recuperación de los inadaptados sociales. En esta sociedad de continua y acelerada

transformación social y profesional, debe de ponerse al alcance de todos los ciudadanos, y a lo largo de toda su vida, la posibilidad de adquirir y controlar los conocimientos que necesita. Este continuum de *enseñar-aprender a aprender* -criterio matriz de la educación permanente- es en el que los trabajadores sociales y el psicólogo entre ellos, deberían jugar un papel más activo.

En este sentido, *la labor que le compete al psicólogo no se circunscribe únicamente al período escolar, sino que su labor pedagógico-asistencial cubre todos los estadios de la evolución individual:*

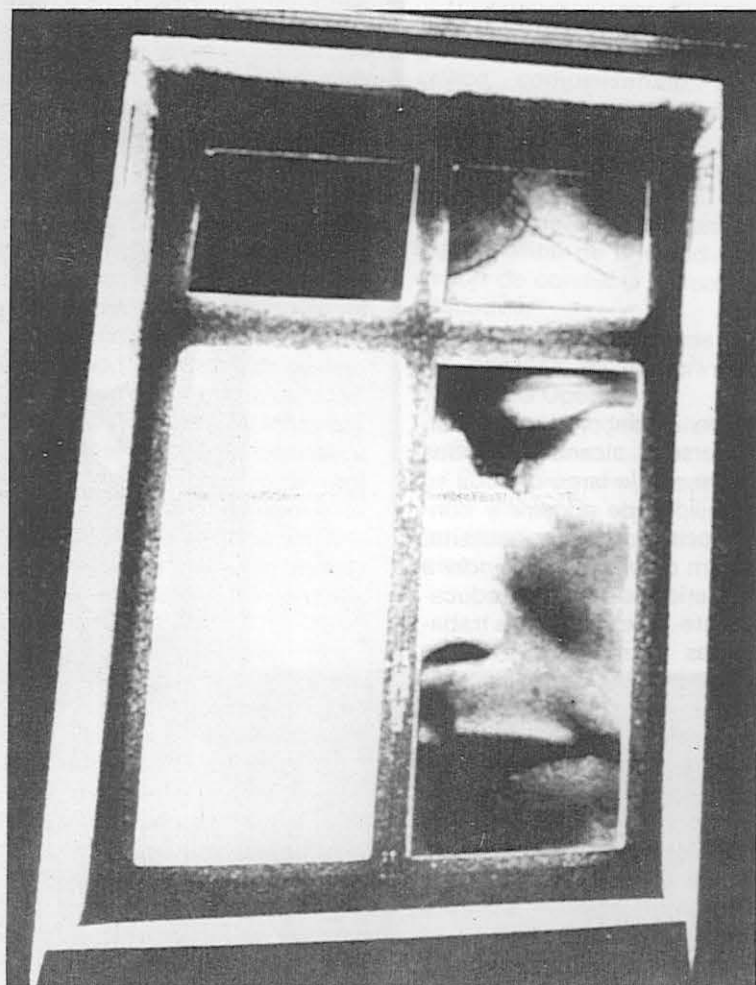
- *La orientación personal*, a través de los Gabinetes de Orientación dentro de las entidades asistenciales a todos los niveles de la estructura social.

- *El desarrollo de planes de actuación educativa*, profundizando con sus instrumentos en: 1) *Los objetivos*; hacia un desarrollo total del hombre en función de su nivel de expectación. 2) *Los contenidos*; adecuándolos a sus aptitudes y actitudes. 3) *Los métodos*; conectados con la realidad.



Análisis, prevención y rehabilitación de la conducta social desviada desde la perspectiva del profesional de la Psicología

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación de menores



La puesta en práctica de *planes de educación permanente*, urge más si cabe, cuando contemplamos aquellos sectores que sufren una *marginación más acentuada: la mujer, los emigrantes, minusválidos, gitanos, temporeros, ambulantes, habitantes de zonas suburbanas y de zonas rurales ultradispersas, comarcas de alta inmigración, tercera edad, etc.*, sectores de donde se extraen también las tasas más abundantes de inadaptación social.

La aportación de la Psicología en lo que Piaget denomina la "capacidad operativa", sirve de perfecta base instrumental para poder introducir a través de métodos compensatorios adecuados al medio, dentro de la educación permanente, aquellas modificaciones que prevengan o recuperen la inadaptación.

Delincuencia juvenil prevención y terapia psicológica.

¿Qué pueden hacer los psicólogos, cómo y en qué ámbitos y con qué técnicas?

El psicólogo como científico del comportamiento humano puede analizar y diagnosticar las condiciones y procesos por las que un individuo tendrá mayores o menores posibilidades de comportarse agresivo. Su función no es tanto pasar tests que etiqueten cuanto evaluar clínica y experimentalmente el origen concreto de tales comportamientos y las posibilidades de cambio. Por tanto una de las funciones sería la de asesor técnico de los jueces del Tribunal Tutelar de Menores y del Consejo Superior de Menores.

Autores como Stuart 1970, Coffman 1961, Wolfen-Burger 1969 han documentado claramente el fracaso de los programas de tratamiento institucional para ayudar a niños anómalos, así como las condiciones inhumanas y debilitadoras de las conductas prosociales que ofrecen las instituciones para niños. *Han indicado que los programas de tratamiento de las instituciones pa-*

ra niños delincuentes, psicóticos, y retardados no los preparan para la vida en comunidad, criterio este que comparten algunos administradores y encargados de nuestras instituciones penitenciarias para niños y limitaciones que padecen muchos jueces de nuestro Tribunal Tutelar de Menores.

Desde la psicología experimental del aprendizaje y desde nuestra práctica terapéutica se ofrece como evidente que *para cambiar la conducta del hombre suele ser necesario cambiar la estructura de los sistemas de intercambio social que el hombre hace funcionar*. Reconociendo las limitaciones que la realidad social impone a la modificación de conductas como técnica derivada de la ciencia del comportamiento humano, cabe aportar desde nuestra especialización algunos *programas de prevención y rehabilitación de delincuentes juveniles llevados a cabo en U.S.A. y países anglosajones* con cierto éxito. Éxito que parece no darse en España porque tales alternativas rehabilitadoras hemos visto que se basan en técnicas experimentales que requieren personal especializado y que de ningún modo permiten crear sistemas estructurados y racionales en la rehabilitación de nuestros jóvenes con personal que aún con la mejor voluntad, *con más o menos voluntad* o experiencia aplican tal o cual técnica a ojo sin conocer las leyes del comportamiento. La modificación de conducta no es un puñado de técnicas que aunque avaladas por miles de experimentos, no se pueden aplicar unívocamente a cualquier problema. Estas técnicas por su condición experimental se han de aplicar rigurosa y sistemáticamente, previo análisis de igual modo riguroso y sistemático en que se relacionan las variables independientes con las dependientes debiéndose medir los cambios en estas últimas al manipular las primeras. Pro-

gramas como los P.I.C.A., Achievement Palace, B.P.L.A.Y., Contratos Familiares o técnicas operantes aplicadas al aula, hacen comprender al verlas en publicaciones científicas que no son aplicables "a ojo de buen cubero". Son necesarios cursos de actualización para los propios psicólogos y cursos de uno o dos años para educadores y sanitarios.

Función del Psicólogo: - *Orientador familiar y escolar* (manejo de contingencias); - *Terapeuta comunitario* (diseño y control de programas familiares); y - *Psicopedagogo* (evaluación y diseño de trastornos escolares).

Funciones

1. La función del psicólogo relacionada con la delincuencia juvenil es la de *diseñador de ambientes óptimos de aprendizaje y de pautas de intercambio social positivo*. Tales funciones las ejercería en unos *centros de rehabilitación juvenil* como coordinador y asesor técnico del profesorado y del personal y como diseñador de programas terapéuticos en hospitales psiquiátricos, así como diseñador de programas de reeducación conductual en centros laborales vigilados, granjas de rehabilitación, comunas y albergues juveniles de reeducación y en "hogares motivacionales".

2. Otra función del psicólogo es la de *clínico y psicoterapeuta en centros de higiene y salud mental municipales de los barrios, con asistencia domiciliar y servicios de hospitales de día* según cada caso en donde se tratase al muchacho junto con su familia o con miembros accesibles de su pandilla o en grupos terapéuticos con programas de motivación y cambio y con técnicas operantes, cognitivas y vicariantes.

Las técnicas de las que disponemos son las de: *Adquisición de conductas* (R. P., R.N., Shaping, Modeling, Economía de fichas y contratos familiares); *Mantenimiento de conductas*

adaptativas (Refuerzos intermitentes, R.F., R.V., I.F., Y.V., Ghaining. Reforzadores acondicionados, estímulos instigadores, de preparación, de apoyo y desvanecimiento, exposición al reforzamiento y control de estímulos); *Reducción de conductas inadaptadas* (Extinción, Time out, castigo positivo, R.D.O., coste de respuestas, saciedad); y *Programación de repertorios conductuales* (Conductas básicas, conductas prosociales y conductas académicas).

Otra función del psicólogo de higiene mental en los barrios y comarcas, sería la de *asesor psicopedagógico para los colegios de la zona que soliciten un asesoramiento cualificado y el tratamiento conductual preciso*, si fuera necesario dentro del aula y del colegio para que no lleguen a ser expulsado y avocados al fracaso escolar y cívico, los niños difíciles con trastornos de aprendizaje y/o conducta.

Otra función en dichos centros de higiene mental será la de *escuela de padres, formación de educadores y terapeutas sociales para las instituciones rehabilitadoras*.

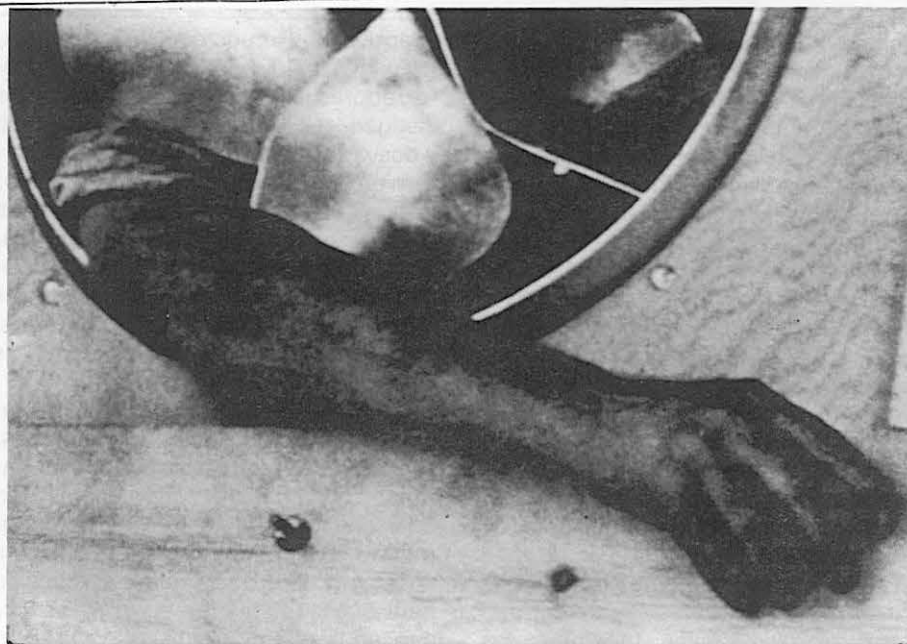
En resumen. Las tareas de un psicólogo respecto a la delincuencia son básicamente estas dos:

1. Prevenir: detectando precozmente problemas de inteligencia y desarrollo mental, trastornos graves de personalidad, trastornos cerebrales parciales a nivel comportamental, hiperagresividad e hiperquinesis secundarias a disfunciones cerebrales o a deprivaciones y perturbaciones familiares, problemas de conducta y aprendizaje.

2. Rehabilitar: Ya sea orientando escolar y familiarmente, aconsejando cambios de ambiente o de pautas pedagógicas o educativas o diseñando programas psicopedagógicos para los colegios de educación de niños difíciles y llevando terapias familiares e individuales.

Análisis, prevención y rehabilitación de la conducta social desviada desde la perspectiva del profesional de la Psicología

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación de menores



Los niños que acuden a un centro de higiene mental vienen por motivos de consulta, del siguiente tipo y con tratamientos de la siguiente duración:

Antonio. 4,9 años. Preescolar.
Pega a los adultos con palos, piedras o patadas.
Tira todo a la calle, abre el gas y quema cosas.
No come nada, dice palabrotas y se hace pis en la cama.
Tratamiento 21 días.

M^a del Mar. 6,9 años. 1° E.G.B.
No juega con niños. No hace tareas del colegio. Irritable.
Tratamiento 6 meses.

Ángeles. 5,5 años. Preescolar.
No come. Muy inquieta. Pegona.
Tratamiento 8 meses.

Alberto. 8,4 años. Educación Especial.
"Niño malo". No hace tareas. No avanza.
Tratamiento 7 meses.

Félix. 12,6 años. 6° E.G.B.
Suspende todo. Asocial. Encopresis.
Tratamiento 4 meses.

Juan Pablo. 11 años. 5° E.G.B.
Hiperquinético. Muchos suspensos.
Tratamiento 10 meses.

José M^a. 15 años. Fracaso escolar. 8° E.G.B.
Huidas del hogar. En tratamiento.

Pablo. 14 años. 8° E.G.B.
Rebelde. asocial. Mal carácter.
Tratamiento 2 meses.

Carlos. 15 años. 8° E.G.B.
Intento de suicidio. Vagabundo. Hurtos. Absentismo escolar. Agresividad.
Tratamiento 18 meses.

Demetrio. 15 años. Abandono escolar.
Problemas de conducta agresiva con madre y hermanos.
Hurtos en casa, robos en el pueblo, allanamiento de morada.
Tratamiento 4 meses.

José. 17 años. Abandono escolar.
Patología homosexual.
En tratamiento.

Desarrollo de un caso clínico

Ignacio. 18 años. EPiléptico agresivo. Inteligencia límite. Trabaja. Asocial. Pega a sus padres. Tira y rompe cosas. Asaltos sexuales a su madre y a su hermana. Peleas con los hermanos.

Anamnesis. Nivel de habilidades comportamentales e intelectuales. Pautas de trato familiar. Historia médica y escolar.

Análisis situacional. antecedentes y consecuentes reforzadores positivos y aversivos. **Estrategia terapéutica:** alianza terapéutica y control de la estimulación familiar.

Programa terapéutico: Implantar actividades de aprobación social con descendencia, cumplimiento de deberes, sonrisa social y contactos suaves; extinguir negativismo, contacto físico negativo, conductas disruptivas, rigidez mental, destructividad; desarrollar, salir solo a distraerse, salir con amigos, salir con chicas. Dialogar con sus padres, aceptar sugerencias.

Técnicas: Cover imager, discusión estructurada, entrenamiento en discriminación cognitiva de situaciones sociales, contratos familiares, ensayos de conductas y Role Playing, entrenamiento en autocontrol. Informe psicológico al juez.

Período de tratamiento: 4 meses (equilibrio familiar). Incidencia en la calle de tipo penal y 10 meses más de tratamiento. Seguimiento sin incidencia durante un año y medio.

Experiencias en un Centro de Psicología e Higiene Mental



Según estudios recientes de la Universidad de Stanford, California el divorcio afecta a los lazos de los niños con sus padres, hace cambio en su concepción de la realidad social y les crea stress que interfiere el desarrollo normal de su equilibrio mental y adaptación.

Se hicieron dos tipo de investigación con técnicas estadísticas de análisis de diferencias de medias de grupos pequeños y análisis de varianza de los anteriores resultados. Las variables independientes fueron las relaciones familiares antes y después de la separación y se operativizaron así: comunicación entre padres acerca de

cómo criarlos, educarlos; interés y conocimiento por la vida escolar y social de los hijos; y cantidad y calidad de tiempo que pasan con sus hijos.

Las variables dependientes se operativizaron del siguiente modo: relación con los hermanos; agresión; efectividad en las tareas escolares; y stress.

Los resultados mostraron:
1° Hay diferencias entre hijos de divorciados y de familias intactas en cuanto que los primeros puntuaron más en stress y menos en efectividad escolar. Además los niños varones eran también más agresivos en el grupo de divorciados. Sin embargo se observó que con el análisis intragrupo que

había solapación de datos entre los dos grupos pues muchos niños de divorciados mostraron menos stress menor agresión que los de familias intactas. Se concluyó que lo que perturba a los niños no es el status marital sino la alteración del tipo de relaciones padres-hijos y que éstas eran susceptibles de modificación en ambos grupos con asesoría y terapia de familia.

2° Respecto a la influencia prioritaria en la conducta de los hijos a nivel social, escolar, y no-stress del tipo de relaciones padres e hijos la subvariable más influyente fue la calidad de contacto a ser posible con los dos padres por separado o al menos con uno.

Programa de prevención de jóvenes anómicos procedentes de familias separadas o divorciadas

Jornadas nacionales inadaptación social y recuperación del menor



Predelincentes y delincuentes juveniles

Edades: 12-17 años.

Problemas: Huidas del hogar, hurtos, robos, asaltos sexuales y todas las conductas asociales agresivas en que se hagan daño a las personas y a la propiedad.

Objetivos: Cambiar las pautas familiares y escolares antecedentes y contingentes a estas conductas asociales y reeducar a los muchachos con

ambientes y recompensas y castigos sociales más adecuados.

Medios: Trasplante a hogares motivacionales de 3-4 chicos con parejas de estudiantes de Psicología o Pedagogía. Contratos familiares (individual). Manejo y asesoramiento de contingencias (grupos de 8). Castigos de privación de libertad limitados y controlados a fines de semana.

Personal Colaborador: Colegios, Comisaría de Distrito, Asociación de Vecinos, Policía Municipal, Colegios profesionales de Psicólogos y de Pedagogos. Clubs recreativos...

Muchachos con fracaso escolar

Edades: 10-16 años.

Problemas: Novillos, rebeldía manifiesta, apatía o nerviosismo excesivo, suspensos masivos y retroactivos, dificultades de lectoescritura.

Objetivos: Controlar las pautas aversivas del maestro y su final expulsión "a la calle" y asesorar para reducción de objetivos pedagógicos y prolongación de escolaridad si es oportuno técnicamente. Reeducación de técnicas básicas.

Medios: Programas de puntos en el aula y en la familia. Grupos de entrenamiento en conductas para el aula. Técnicas autónomas de reeducación de lecto-escritura.

Personal Colaborador: Asistentes Sociales, Maestros.

Hijos de padres separados y divorciados (familias atípicas)

Edades: 3-6 años y 7-12 años

Problemas: 3-6.- Dificultades del sueño, comida, pis nocturno, nerviosismo y agresividad, terquedad, miedos.

7-12.- Apatía escolar, trastornos del carácter (complejos, culpabilidad, miedos y manías).

Objetivos: Chequeo Standard o clínico de los problemas. Asesoramiento de pautas de crianza y educación o traro. Asesoramiento a las nuevas familias adoptivas en trato de niños problemas.

Técnicas: Cuestionarios y charlas en barrios y Asociaciones de Padres separados. Grupos de padres separados (6-8). Terapia Racional Emotiva y Reestructuración Cognitiva. Grupos de padres adoptivos (10) información y terapia Racional Emotiva y Reestructuración Cognitiva. Grupos de preadolescentes: Dinámicas informativas y terapéuticas.

Personal: Contactos: Abogados, Asociación de Padres Separados, Asesor, Asistentes Sociales y Maestros.

Programa de terapia familiar comunitaria para C.P.S.

Antonio García Moreno

Afirmamos nuestra voluntad de trabajar en la tutela del menor buscando fórmulas alternativas a la actual política y acción tutelar del Estado. Nuestro punto de partida no responde a los intereses que algunos llaman "orden social establecido", sino a los intereses y a la realidad de los menores a quienes pretendemos servir.

Afirmamos nuestra convicción de estar viviendo en un modelo de sociedad que genera irremediablemente conductas delictivas, porque las estructuras en que se desarrolla nuestra vida cotidiana son profundamente violentas. Mientras se fomenten esa cultura y organización social en las que "es más quien más tiene", será inevitable que muchos intenten saciar de cualquier manera sus necesidades creadas.

Constatamos que en nuestra sociedad los más fuertes actúan seguros al amparo de la ley, mientras los débiles -niños y jóvenes especialmente- reciben multitud de agresiones sin posibilidad alguna de defenderse. Abandono sobre la infancia, educación en la competitividad y en la ambición, paro y explotación laboral, comercialización total de ocio y cultura, etc., etc., son azote "legal" de jóvenes y menores, que se verán marginados como delinquentes si sucumben a tan "legal" caos.

Así, la inadaptación o delincuencia de menores no es para nosotros problema de orden público, sino fundamentalmente cuestión de cambio en formas de vida, educación y convivencia.

Comprobamos que articular medidas básicamente punitivas suele ser contraproducente, y que en la cárcel o en centros con sistemas predominante-

mente represivos y de control no se pueden dar procesos terapéuticos con mejora. Por ello, desde la óptica educativa nos oponemos a la creación de "centros especiales" en los que bajo disfraz pedagógico y técnico no cabe otra intención que la de reprimir y anular al menor discoló. Por contraste, proclamamos la eficaz acción de grupos alternativos al intermedio del menor como práctica regeneradora.

Exigimos la inmediata paralización de los "centros especiales" que se están construyendo; exigimos control ciudadano sobre los que ya están en servicio; y prioritaria dedicación de presupuestos a iniciativas de otro signo que realmente gestionen la educación y protección del menor.

La reeducación de menores en internados del Estado sería asunto de Educación, Sanidad, Trabajo o Cultura; no de Justicia y aun menos de Interior. El Estado debe ser consecuente con la inimputabilidad que en Derecho Penal reconoce al menor, para evitar esa discriminación que hoy opera como importante factor delictógeno. La reeducación del joven de 16/18 años, por cuanto no ha llegado a plenitud de desarrollo y responsabilidad, tampoco puede ser competencia exclusiva de Justicia.

La existencia de servicios sociales en zonas especialmente marginadas es un derecho de las comunidades. Denunciamos la total carencia de tales servicios y de recursos materiales suficientes para el desempeño de nuestra tarea tutelar, en notorio contraste con el apoyo que reciben los servicios orientados al mero control y represión del menor.

Desde nuestra praxis cotidiana y desde el análisis de la realidad que hemos hecho en estas Jornadas, entendemos como condiciones pedagógicas

mínimas para la recuperación del menor:

que viva en una comunidad con duraderas vinculaciones afectivas y alto nivel de satisfacción propio; en tal sentido hemos descubierto la necesidad de conseguir en nuestros grupos un estilo de vida y convivencia profundamente lúdico;

es necesario ampliar el campo de experiencias vitales del niño, como condición imprescindible para que vaya abandonando su mundo deteriorado excesivamente cerrado y elemental;

el menor debe participar directa y eficazmente en las decisiones que se tomen sobre su propia vida, en la organización de su convivencia y trabajo;

toda la tarea centrada en el menor carece de continuidad y garantía si no se logran paralelamente modificaciones en la conducta de los que lo rodean, familia, vecinos, escuela, etc.,

la continuidad terapéutica pasa además necesariamente por la garantía de posibilidades laborales para el futuro.

Afirmamos la importancia de lo testimonial y de la empatía en el trabajo educativo con menores, lo que debe obligarnos a plantear muy seriamente nuestras propias opciones personales.

Conscientes del poder social de los medios de comunicación, urgimos la necesidad de que se proporcione información no sensacionalista ni manipulada sino sencillamente veraz y en todo caso dentro de la ley, en todo lo que se refiere a menores. Es necesario desmontar esa imagen que identifica joven con delincuente y genera temor social.

Afirmamos nuestra voluntad de ir creando una coordinación espontánea pero eficaz entre todos los colectivos que trabajamos con una misma finalidad educativa, para cumplir los objetivos que aquí nos trazamos desde acciones y reivindicaciones concretas.

La delincuencia del menor no es un problema de Orden Público

Conclusiones generales de las Jornadas

Al iniciarse el estudio en el Congreso del Proyecto de Ley sobre Integración Social de los Minusválidos, la Junta asumió la importancia de dicho Proyecto de Ley y se encargó al Decano, experto en la temática, la elaboración de enmiendas que mejorarán el proyecto desde el punto de vista de la asistencia psicológica; es decir, un punto de vista más profesionalista, pero también un punto de vista que incluye la consideración de la asistencia al minusválido como un servicio público gestionado democráticamente.

La Junta envió el conjunto de enmiendas a los Grupos Parlamentarios Socialistas y Comunistas. Os presentamos unas reflexiones sobre tal Ley, el debate en el Congreso de Diputados y los artículos reformados.

Reflexiones sobre la Ley de integración de los Minusválidos

Carlos Camarero

Se han cumplido en Noviembre pasado los tres años de la creación en el Congreso de los Diputados de la Comisión Especial de Minusválidos, hecho que se realizó en el Pleno del 16 de Noviembre de 1977. En esta primera etapa de la Legislatura, después de las elecciones de 1979, una vez que se recompuso la Comisión y se discutió un nuevo borrador. El 31 de Octubre de 1979 se finalizan los trabajos de redacción y se presentó a la Mesa del Congreso una Proposición de Ley de Integración Social de los Minusválidos, que fue publicada en el Boletín Oficial de las Cortes el 14 de Enero de 1980.

El Pleno del Congreso "tomó en consideración" dicha Proposición de Ley el 19 de Febrero, advirtiendo los distintos grupos parlamentarios que dicha Proposición no era sino un principio de acuerdo para la discusión pero que este texto podía y debía ser mejorado, por lo que había intención clara de presentar enmiendas que definieran y expresaran las distintas posiciones ideológicas.

Dicha toma en consideración supuso -según el proceso parlamentario- que se abriera un período de presentación de enmiendas hasta el 18 de Abril.

Hubo en este período de tiempo un gran despliegue de actividad, de estudio, de reuniones... de los distintos grupos parlamentarios, así como de asociaciones de minusválidos, padres de los mismos, profesores, técnicos, y un largo etcétera que como resultado dieron la totalidad de nada menos que 500 enmiendas.

La cantidad de enmiendas presentadas da idea del interés social de dicha Proposición de Ley. El contenido de las mismas da una dimensión de cuáles son las posiciones ideológicas que sustentan los grupos parlamentarios y la

intencionalidad de "barrer para dentro" en las iniciativas y propuestas.

El "consenso" que se estableció en cuanto al borrador de discusión, pretendía ser utilizado por determinados grupos como avalador de una política de introducir esquemas organizativos, presupuestarios, profesionales y de muy diversa índole que fuera reflejo de una línea de actuación del Gobierno en esta y en otras materias: privatización, desprofesionalización de los técnicos, congelación de las plantillas, dilación en creación de servicios, etc. y todo ello de espaldas a los interesados y mientras se da una situación de inoperancia, ineffectividad y burocratismo en los organismos supuestamente competentes.

Consideraciones Globales

Diremos por otro lado que, desde nuestro punto de vista, cualquier intento de legislar aspectos específicos de un determinado grupo social con las características que se dan entre los minusválidos, entra dentro de lo que podríamos llamar "la legalización de la marginación". Una Ley Especial para un colectivo "especial", con un tratamiento diferenciador que se aleja del tratamiento dado al "común de los ciudadanos" en el resto de las leyes, es marginador por definición: es en la Ley de Reforma Sanitaria donde deben contemplarse los aspectos de la rehabilitación, tratamientos médicos y psicológicos, tratamiento farmacológico, prevención de minusvalías, etc., en la Ley de Empleo, donde deben establecerse los controles de corrección del paro en este colectivo, así como el de reconversión de mano de obra, etc.; en el Estatuto de los trabajadores, deberían estar establecidos los correspondientes mecanismos de seguridad e higiene en el trabajo, condiciones de

adaptación hombre-puesto de trabajo, etc.; en el Estatuto de Centros donde debería estar contemplado el sistema de orientación y reorientación permanente en función de aptitudes, capacidades y motivaciones, o la integración en los Centros del resto de los ciudadanos de cupos de minusválidos; en la Ley de Urbanismo deben contemplarse la eliminación de barreras arquitectónicas y el acceso y movilidad a lugares públicos; o en la Ley de Reforma del Código Civil, donde deben desaparecer las alusiones a distintos grupos marginales sin discriminación; y así un largo etcétera que agotarían estas líneas.

Todos y cada uno de los aspectos -entre otros- citados anteriormente figuran recogidos como en un mosaico multicolor en la Ley de Integración de los Minusválidos. Y en este punto es donde debemos preguntarnos en qué se diferencian esos aspectos de las distintas leyes (que son para el común de los ciudadanos) de los recogidos en la Ley que nos ocupa. Tan solo hay un dato esclarecedor: estos aspectos van dentro de una Ley especial con destino a un grupo "especial" de ciudadanos; con lo cual el silogismo es bien sencillo: ergo de lo que se trata es de mantener la marginación.

Por lo tanto podemos considerar esta Ley como marginadora, paternalista, asistemática, inconcreta, parcial, poco clara y, lo que es más grave, no establece esquemas organizativos racionales para llevarla a cabo y ¡no habla de la financiación!

En este sentido debemos advertir a nuestros lectores que, por si todo lo anterior fuera poco, en la Ley de Presupuestos para 1981, no se contempla ninguna partida para su financiación, por lo que tampoco el 81 será el año de su entrada en vigor, a pesar de ser el Año Internacional de Minusválido decretado por las Naciones Unidas, y donde ya los distintos grupos de intereses están tomando posiciones y poder para "oficializar" determinadas tendencias en las comisiones de prepara-

ción y ejecución del "Año". (Dicho sea de paso, que el Grupo Parlamentario Socialista ha tenido la iniciativa de solicitar al Gobierno que se amplie la representación en dicha Comisión y entre otros propone que esté representado el Colegio Oficial de Psicólogos; propuesta que ha sido rechazada por el Gobierno).

Por otro lado podemos señalar aspectos generales muy positivos en la Ley como son: la pretensión de ampliar la Seguridad Social a todos los ciudadanos, incluyendo en concreto a los minusválidos por el hecho de serlo aunque no tengan actividad laboral (aunque dicha cuestión debiera ser debatida e introducida en la Ley de Reforma Sanitaria); se articulan las actividades de equipos multiprofesionales de orientación, calificación y tratamiento de minusválidos; se proponen medidas adecuadas a la obtención de empleo, así como se establecen unos subsidios de ingresos mínimos. Lo que ocurre es que UCD da a todos estos aspectos, plazos de desarrollo muy largos y no establece en la Ley los mecanismos de garantía de que se vaya a llevar a cabo lo que allí se propone. Es más se da un carácter caritativo y benéfico a los subsidios de garantía de ingresos mínimos, no regulando el sistema de obtención de los mismos. Como resultado de esta postura, el título V de la Ley que regule la Seguridad Social ha sido eliminado por el partido del Gobierno, dejándolo en pura beneficencia.

Con todo, se echa en falta acecuar los planes generales de atención a los distintos aspectos con la creación de programas específicos y articulados organizativa y funcionalmente, con personal suficiente, de integración, asistencia domiciliaria efectiva, de rehabilitación integral, de adaptación al medio familiar y social, rural o urbano, de potenciación de microsoluciones distribuyendo los servicios en función de necesidades reales allí donde se detecta; de adecuación de pequeños centros específicos con personal ade-

cuado y suficiente donde pueden colaborar los propios familiares, asociaciones de minusválidos, de vecinos, etc. Se echa en falta ostensiblemente la no potenciación de la investigación y la adecuación de planes pedagógicos a las necesidades específicas de los minusválidos psíquicos y sensoriales.

Y sobre todo, se echan en falta los niveles de competencia, en la ejecución de todos los aspectos, de los distintos organismos de la administración central, local, autonómica, etc. y no se desarrolla ningún criterio que presuponga un mínimo de esquema organizativo para llevar a cabo las acciones de la Ley. Todo queda en el aire.

Las enmiendas

De las 500 enmiendas hechas a la Proposición de Ley, algunas de ellas han sido propuestas por nuestro Colegio de Psicólogos en lo referente a aquellos aspectos que atañen directamente a nuestra actividad profesional dentro de este ámbito, y recogidas por los grupos parlamentarios del PSOE y PCE. Por otra parte se elaboró un informe de apoyo a determinadas enmiendas y que pretende ser una especie de compendio de aquellos planteamientos que el Colegio puede y debe tener en este y en otros temas.

Veamos, en primer lugar, cuales son aquellas enmiendas en las que el Colegio participó y cómo queda en su redacción final. Nos preocuparon, de principio, aquellos aspectos que incidían directamente en nuestro mundo laboral y profesional, pero rectificamos nuestro error y reflexionamos sobre todos los aspectos contenidos en la Ley, pues aunque se trata de un Colectivo de Profesionales, nuestro Colegio no quiere quedarse solo ahí y pretende intervenir social y políticamente en aquellos aspectos que pueden conjugarse con interés de otros colectivos, asociaciones, etc. Así dimos nuestro apoyo y asistencia a la Coordinadora Estatal de Minusválidos que se celebró en Madrid y participamos de su preocupación por el modo de vivir las dis-



tintas situaciones sociales que les plantean sus minusvalías.

En primer lugar nos interesó el tema de la *prevención de minusvalías* e introdujimos el siguiente esquema: "El Estado dentro del Plan de Prevención, concederá especial importancia al establecimiento sectorizado de servicios de planificación familiar, consejo genético, atención prenatal, perinatal y posnatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica; higiene y seguridad en el trabajo, seguridad en el tráfico vial, contaminación ambiental y a la recogida y control de estadísticas de base. El Gobierno para llevar a cabo lo anterior, adecuará la financiación, los medios técnicos, y el personal, a las instituciones existentes tanto escolares como sanitarias, señalando qué tipo de actividades y programas deberán ser realizados para prevenir las situaciones que dan lugar a que aparezcan minusvalías. En consecuencia, establecerá un conjunto coherente de medidas de información, investigación, laborales, asistenciales y cuantas otras se estimen convenientes".

Otro tema que nos interesó fue el de la *valoración y calificación de minusvalías*, donde introducimos la siguiente redacción: "La valoración y orientación terapéutica -física y psicológica- serán competencia de los equipos multiprofesionales y determinarán las aptitudes y necesidades de recuperación, adaptación y de adquisición de nuevos aprendizajes, así como su seguimiento y revisión".

En el tema de la *rehabilitación y recuperación*, decíamos: "Los procesos de recuperación y rehabilitación podrán comprender las siguientes acciones de una forma integrada:

- Rehabilitación médico-funcional.
- Tratamiento y orientación psicológica.
- Educación general y específica.
- Formación, readaptación y/o reeducación profesional.

Lo argumentábamos reflexionando sobre la necesidad de integrar todos los aspectos de la persona afectada de minusvalía en un conjunto de acciones necesarias para su total y adecuada integración social. Todo ello sería imposible si no se recogen en ese proceso integral aspectos tan importantes como la atención psicológica, la orientación y el consejo social, así como todos aquellos mecanismos relacionados con la recuperación profesional.

Otro aspecto en el que tomamos postura fue el del *personal y servicios especializados*: "El Estado intensificará la creación, dotación y puesta en funcionamiento de los servicios e instituciones de rehabilitación y recuperación necesarios y debidamente diversificados para atender adecuadamente a los minusválidos y conseguir su máxima integración social y fomentará con recursos propios la formación y contratación de profesionales, así como fomentará igualmente con recursos propios de investigación, producción y utilización de órtesis, prótesis y otros elementos técnicos en los aspectos edu-

cativos, laboral, psicológico y social".

En el tema de los *tratamientos y orientación psicológicos*, que no estaban recogidos dentro del Título IV de la Rehabilitación, propusimos la siguiente redacción:

"1. El tratamiento y la orientación psicológica estarán presentes en todo el proceso de rehabilitación y recuperación, e irán encaminados a dotar al minusválido de la mayor adaptación a la minusvalía, resistencia a la frustración y creación de nuevos aprendizajes.

2. Los tratamientos y orientación psicológica tendrán en cuenta la personalidad del minusválido, su inteligencia, motivaciones e intereses, así como otros factores que se potenciarán, ayudándole a utilizar al máximo sus capacidades.

3. Los tratamientos y apoyo psicológico deberá comenzar al mismo tiempo que los tratamientos médicos si han de darse; y/o en la educación especial, con el fin de conseguir una adecuación armoniosa psico-física y social de la persona, su minusvalía y su entorno.

4. Se establecerán equipos interdisciplinarios que atiendan la problemática psico-social del minusválido con la apoyatura de una red de servicios sociales que canalicen dicha problemática hasta su resolución efectiva. Dichos equipos estarán coordinados con la red de servicios educativos, sanitarios, preventivos, etc. en los barrios, ciudades, comarcas, regiones o nacionalidades".

La motivación para introducir estos criterios estaba basada en la necesidad incuestionable de incluir en el proceso de recuperación la figura del psicólogo y la ciencia de la psicología por los múltiples problemas que en el colectivo que nos ocupa pueden presentarse; además de la problemática que se asocia a la marginación del mismo. Esta enmienda que recogieron los partidos de izquierda, ha sido aceptada después de una larga discusión con UCD en la comisión, aunque no ha sido recogido el punto 4. De la discusión se da cuenta en estas mismas páginas.

Otro tema que tratamos fue el de la *orientación profesional*, diciendo que: "La orientación profesional se hará por los equipos interdisciplinarios en los servicios correspondientes, mediante el examen del minusválido, teniendo en cuenta sus capacidades residuales, educación escolar recibida y por recibir, posibilidades de empleo, de creación de nuevos aprendizajes profesionales y de su motivación.

Y en cuanto a las responsabilidades que en materia de personal deben te-

nerse, y en línea con nuestra postura de defender una Psicología como servicio público, aportábamos la idea de que: "El Estado adoptará las medidas pertinentes para la formación y contratación de diversos especialistas...", ya que es al Estado a quien corresponde llevar a efecto los términos en que se plantean las distintas acciones de la presente ley, y es, por tanto imprescindible que además de formar a los profesionales los contrate para los fines que se pretenden.

Estas y otras propuestas de enmiendas fueron pasadas a los distintos Grupos Parlamentarios, y podemos afirmar que en general han sido recogidas a distintos niveles las mismas, con la misma redacción o con otra distinta aunque con igual contenido. Los grupos parlamentarios que han sido más receptivos son los Socialistas y Comunistas del Congreso, que se han situado con respecto a estos temas a favor de nuestras posiciones y planteamientos.

Por otro lado, se elaboró posteriormente un informe en el cual se incluían, a la vista de la publicación por el Congreso de los Diputados del volumen de las 500 enmiendas con sus respectivas motivaciones, una relación pormenorizada de todo el articulado del borrador en las enmiendas a cada artículo por cada grupo parlamentario y un apoyo a la totalidad de la enmienda o a parte de ella. Como resultado de este último informe que fue enviado a todos los diputados que figuran en la Comisión, hemos apoyado y/o informado un total de 105 enmiendas de las cuales 25 son del Grupo Comunista; 45 del Grupo Socialista; 10 del Grupo de Coalición Democrática; 10 de Minoría Catalán; 6 del Grupo Vasco; y 9 del Grupo de U.C.D.

La financiación de la Ley

De este tema no se habla en la ley, ni siquiera como dijimos anteriormente, se han previsto partidas presupuestarias para su financiación. Es más, ya va siendo sintomático que a distintos niveles se vaya haciendo fuerte la idea de lo cara que puede resultar su puesta en marcha y lo que supone económicamente para el país contemplar integrados aspectos específicos. Y ello, contando con que el Gobierno va a dedicar buenos dineros para dar realce al Año Internacional, a sus actos, congresos, conferencias, etc.

Es decir, que mientras se está dando una política dilatoria a la discusión de la ley, mientras no se adoptan medidas racionalizadoras en la organización administrativa, mientras no se crean

servicios de atención, mientras no se dedican presupuestos adaptados a las necesidades en este campo..., se van a organizar los grandes montajes internacionales. ¿Se trata de un telón que tape la ineficacia, desidia, desinterés, etc., que en materia de servicios sociales tiene nuestro Gobierno y el partido en el poder?

Con todo, y suponiendo una situación óptima de entrada en vigor de la ley -una vez discutida y aprobada- en un período de tiempo máximo de tres años, podemos adelantar lo que consideramos un *orden de prioridades* en su financiación, advirtiendo que todos los aspectos son importantes y urgentes, y que todos ellos son un conjunto integrado de acciones interrelacionadas.

Excluyendo de las partidas correspondientes a la financiación de una ley de integración de minusválidos la *prevención*, que deberá financiarse al margen de aquella y que deberá ser extensible a todos los ciudadanos, y suponiendo que la tarea inmediata es la de *contratación masiva de profesionales y personal de asistencia* de una forma progresiva a medida que las necesidades detectadas así lo vayan demandando, y que se respete el principio de normalización; *la educación* es prioritaria, en aquellos aspectos que son específicos de las minusvalías tanto físicas, como psíquicas y sensoriales, aunque con el control suficiente para no crear redes paralelas a las existentes que sólo servirían para marginar. Como consecuencia de ésta ten-



dríamos la *formación profesional*; inmediatamente la creación y dotación del *régimen especial de Seguridad Social*; y dentro de este, aquello que hace referencia al *subsidio de garantía de ingresos mínimos*; para ocuparse inmediatamente del subsidio de paro, movilidad, asistencia sanitaria, en tanto que la Seguridad Social no se hace extensible a todos los ciudadanos.

Un siguiente paso, dentro de otra gran etapa de acciones, sería la *eliminación de barreras arquitectónicas* (sin la cual difícilmente podrá darse una integración plena), sobre todo en los edificios y lugares públicos y habilitación de los transportes. Otra partida importante deberá ir destinada a las ayudas directas para reestructuración de viviendas; la *ayuda domiciliaria*, con la contratación del personal necesario para realizarla adecuadamente; la creación y/o potenciación de *centros de empleo y talleres ocupacionales*, para

integrar a aquellos minusválidos que no puedan trabajar en un régimen laboral normal, la *creación de pequeños centros de integración* a nivel local, formados con grupos reducidos de minusválidos, donde el tratamiento integral fuera puente para la integración en los sistemas normales de integración de la sociedad; y la creación de centros de minusválidos *psíquicos profundos*, para grupos pequeños, cercanos al domicilio familiar. Todo ello aprovechando los recursos de la comunidad y renunciando de entrada a los grandes centros que no hacen sino marginar aún más.

Conclusión

Los psicólogos, como trabajadores sociales, debemos estar interesados en estos temas que afectan a grandes núcleos de población que por sus características, situación económica, lugar que ocupan en la sociedad y problemas que acompañan a la margi-

nación, entran dentro de nuestro campo de trabajo y aportan soluciones que a la vez de técnicas, sean políticas y de compromiso con las necesidades reales de la población, en contacto directo con ellas y dispuestos a modificar planteamientos que un supuesto tecnocrático, y un mal entendido mesianismo científico nos puede hacer perder la oportunidad de servir como dinamizadores sociales y así nunca llegar a ser "tapones" -valga la expresión- de problemas reales sociales que afectan a la salud mental, al equilibrio personal y a la calidad de vida.



La discusión en las Cortes de las enmiendas del Colegio

Recientemente se ha celebrado la discusión, en la Comisión del Congreso de Diputados que estudia la Ley de Integración de los Minusválidos, de los artículo 21 y 24 que tratan de la rehabilitación y donde el Colegio había elaborado enmiendas: en el primer artículo mencionado para introducir en los procesos de rehabilitación los tratamientos psicológicos, y en el segundo para desarrollarlo. Los artículos han quedado después de la discusión así:

Artículo 21

1. Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado.

2. Los procesos de rehabilitación podrán comprender:

- a) Rehabilitación médico-funcional.
- b) Educación general y especial.
- c) Recuperación profesional.

3. El Estado fomentará el sistema de rehabilitación, que estará coordinado con los restantes servicios sociales, escolares y laborales en las menores unidades posibles, para acercar el servicio a los usuarios y administrado descentralizadamente.

Artículo 24 Bis

1. El tratamiento y la orientación psicológica presentes durante las distintas fases del proceso rehabilitador, e irán encaminadas a lograr del minusválido la superación de su situación y el más pleno desarrollo de su personalidad.

2. El tratamiento y orientación psicológica tendrán en cuenta las características personales del minusválido, sus motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales que puedan acondicionarle, y estarán dirigidos a potenciar al máximo el uso de sus capacidades residuales.

3. El tratamiento y apoyo psicológicos serán simultáneos a los tratamientos funcionales, y en todo caso, se facilitarán desde la comprobación de la minusvalía, o desde la fecha en que se inicie un proceso patológico que pueda desembocar en minusvalía.

Como resultado tenemos la aceptación por parte de la Comisión de esto

último y queda reflejado en la discusión establecida al respecto y que da buena cuenta de ello la siguiente transcripción que hemos hecho de las cintas de la Comisión de la sesión correspondiente.

Los debates

Sobre el artículo 21 se desarrolló el siguiente debate:

Sr. Presidente. En el debate del apartado 2. del propio artículo 21. A este apartado 2º se le han retirado las enmiendas 4, 5, 91 y 149. Quedan, por tanto, la 273 y 364. Además la 451, del grupo comunista, queda retirada.

Entonces quedarían en pie las dos enmiendas socialista: la 273 y 364.

Sr. Díaz Sol, tiene la palabra.

Sr. Díaz Sol (turno a favor). Nosotros, en esta enmienda, intentamos completar lo que, a nuestro entender, suponen los procesos de rehabilitación. Estando de acuerdo con los tres apartados o los tres procesos que establece la ponencia, consideramos de importancia fundamental introducir un nuevo apartado que comprendiera el tratamiento y orientación psicológica. Nos parece fundamental en los procesos de rehabilitación que el tratamiento y la orientación psicológica tengan su importancia. En función de ello tenemos una enmienda posteriormente pidiendo la creación de una sección 2ª nueva; por lo tanto no me voy a extender mucho en este apartado. Creo que para todos es obvio que la orientación psicológica está encaminada, básicamente, no sólo hacia los minusválidos psíquicos, en cuanto que perfeccionan su tratamiento y van haciendo progresar y disminuir, por tanto, su minusvalía psíquica, sino también de cara al resto de los minusválidos, tanto sensoriales como físicos, facilitándoles su adaptación y aceptación de la minusvalía cuando ésta se produce en un momento de la vida posterior al nacimiento, ya que indudablemente incide mucho en la adaptación de estas personas a su entorno social.

Me parece importante, y es por eso que mantenemos la enmienda y pedimos de los demás grupos que la apoyen. Nada más. Muchas gracias.



¿Algún turno en contra?

Sr. Barnola, tiene la palabra.

Sr. Barnola. Nosotros, evidentemente, pensamos que la orientación psicológica es importante que esté en todos los procesos de rehabilitación; pero, sin embargo, entendemos que no es un proceso en sí. Es decir, si viéramos nosotros los procesos en forma horizontal, veríamos que la orientación psicológica corta a estos procesos en forma vertical, es decir está en todos los procesos incluida. Incluso, se puede decir que es un sub-sistema del sistema proceso, porque por ejemplo, en el artículo 22 se habla de una orientación mental, de corregir o modificar su estado mental, o puede entenderse también psíquico; es decir, que está presente en todos los procesos lógicamente, pero entendemos que no es un proceso en particular. Los únicos procesos que entendemos que hay de rehabilitación son los tres que constan ya en el artículo y por eso nos vamos a oponer a esa enmienda.

Muchas gracias.

Sr. Díaz Sol. A nosotros nos parece que el esquema horizontal-vertical que ha aducido el portavoz de UCD no es nada claro en su razonamiento en función de líneas perpendiculares; lo que si está claro, es que, aún está por demostrar que, por ejemplo, en un proceso de rehabilitación como puede ser la recuperación profesional o como puede ser una rehabilitación exclusivamente médico-funcional, estén incluidos en estos momentos, en estos procesos que ya se practican, el tratamiento y la orientación psicológica.

Por otra parte, nos parece que es dejar en una especie de subgrupo inferior a una actividad que cada día tiene ma-

yor importancia, no sólo en el terreno del minusválido, sino en toda la actividad profesional de nuestra sociedad, y que yo creo que los profesionales que se dedican a la psicología se quedarán muy contentos al oír la valoración que tiene el grupo de UCD sobre la importancia del tratamiento psicológico.

Nosotros creemos que no es tanto el decir que ya estarán en los otros procesos, sino que el tratamiento y la orientación psicológica tiene una entidad propia, y además creemos que no es tanto el decir que ya estarán en los otros procesos, sino que el tratamiento y la orientación psicológica tiene una entidad propia, y además creemos que fundamental dentro del proceso de rehabilitación, y aunque pudiera estar incluido en los otros procesos, sólo él es un proceso rehabilitador por sí mismo y no tiene por qué citarlo y bajarlo de categoría, como parece ser que ha dado a entender el grupo de UCD.

Muchas gracias.

Sr. Barnola. Muy brevemente, decir que nosotros tratamos aquí de no confundir psicología con psiquiatría, y que le damos importancia vital porque entendemos, y repetimos, que está en todos los procesos mencionados en este artículo.

Nada más. Muchas gracias.

Sr. Presidente. Votaremos las enmiendas 273 y 364 al apartado 2º del artículo 21.

Queda rechazada la enmienda por 11 votos a favor y 14 en contra.

Votaremos el texto del apartado 2º. artículo 21.

Queda aprobado por 16 votos afirmativos y 9 negativos.

Cómo se discutió el artículo 24

En cuanto a este otro artículo las cosas ocurrieron así:

Sr. Fuentes. Bueno, realmente, después de haber visto los artículos anteriores y una propuesta nuestra en la que ha sido rechazado el tratamiento y orientación psicológica, yo tengo la duda de si recurrir a la geometría para estar en consonancia con el Sr. Barnola, o si, simplemente, no recurrir a nada porque aquí, a veces, resulta que las palabras no sirven para nada.

Reitero, en este sentido, todos los argumentos que, en su momento, dijo mi compañero al hablar del tema de la orientación psicológica, y digo reitero, porque él ha dicho una frase que es importante, y es que *el tratamiento y la orientación psicológica tienen identidad por sí misma*. No se puede recurrir a la teoría de los sistemas y sub-sistemas, so pena de caer en un error craso y fundamental de lo que debe ser la rehabilitación.

Tampoco hay que pensar ni confundir ambos conceptos, y sin embargo, esa confusión que se produce vulgarmente, en esta Comisión debería desaparecer puesto que se presupone a todos los que estamos trabajando en esta Ley unos conocimientos capaces de, incluso recurriendo al diccionario, distinguir entre habilitación y rehabilitación. En este sentido, yo quiero explicar que para nosotros la rehabilitación, la orientación y tratamiento psicológico, no son elementos aparte, son elementos fundamentales; y voy a intentar desmenuzar brevemente el contenido de nuestra enmienda, para ver si, utilizando este sistema, realmente podemos entender de lo que aquí se está tratando:

* Nosotros planteamos que este proceso debe ser simultáneo a los tratamientos funcionales, y decimos que, ahora mismo, no se está haciendo y antes tampoco se ha hecho.

En todo caso, y este es el proceso tal como se desarrolla, nos podemos encontrar con el voluntarismo del rehabilitador funcional, que al mismo tiempo que está haciendo los ejercicios físicos, le da buenos consejos, estimula, anima al sometido al proceso de rehabilitación. Es *voluntarismo* de ese rehabilitador es digno de tener en cuenta, pero dista mucho de lo que es el tratamiento científico psicológico aplicado a la rehabilitación.

Podemos contar como, por ejemplo la enfermera; quien sea (y si tiene además un componente vocacional religioso, evidentemente, se va a hacer con más intensidad) da buenos consejos, da ánimos al sometido al proceso

rehabilitador; pero, una vez más, esto dista mucho del tratamiento científico de lo que debe ser la rehabilitación.

* *Rehabilitación obtenida a través del tratamiento y de la orientación psicológica.* Aquí hay que partir del hecho de que todo minusválido, sea de nacimiento o sea por un accidente, no solamente sufre un trauma fisiológico sino que este trauma fisiológico incide fundamentalmente y crea un trauma psicológico; muchas veces más difícil de superar que la posibilidad de rehabilitarse físicamente.

Se carece, hasta ahora, desgraciadamente, de psicólogos que traten estos traumas, estos complejos, que se producen en los que sufren un accidente, en los que tienen una minusvalía, que en muchos casos, por no haberlo tratado a tiempo, degenera o puede degenerar en algo que puede ser patológico, y es frecuente ver como muchos hombres sometidos a una postración van degenerando, y hacia el final de su vida realmente ya no son personas normales sino que han estado en una especie de neurosis, en una especie de histeria, porque no ha tenido un tratamiento adecuado para hacerle un hombre útil, para que sepa que tiene que desempeñar un papel concreto en la Sociedad en la que vive.

Se carece de psicólogos, se carece de asistentes sociales, y no me quiero fijar en las personas sino en el contenido, en la función de incorporación, de integración social y de rehabilitación que pueden ejercer estos profesionales.

* Nosotros contemplamos, aparte de esto, el hecho de que tienen que tenerse en cuenta las características personales del minusválido; tiene que tenerse en cuenta sus motivaciones y sus intereses, y no son elementos yuxtapuestos, es decir, no es añadir sinónimos a características personales del minusválido, sino que es algo más. Hay que explorar cuales son sus motivaciones y cuales son sus intereses, puesto que a través de una rehabilitación concreta, sabiendo qué es lo que quiere, qué es lo que espera de la vida, qué es lo que espera de la sociedad, cuales son sus intereses, es por donde se puede aplicar un tratamiento psicológico correcto y que, de verdad, le integre en la sociedad y evite esa degeneración que, evidentemente, daría paso al tratamiento psiquiátrico.

* Pero aún hay más; hay que ver los factores familiares y sociales. El shock que se produce, tanto si hay un minusválido de nacimiento, como si hay un minusválido por accidente, no alcanza sólo al propio afectado, sino que también alcanza a la familia. Es fre-

cuenta (y Vdes. tal vez lo conozcan), como se ha producido, en muchos casos, lamentablemente, el rechazo de la familia a ese hombre que ha sufrido un accidente, o al niño que ha nacido. Se produce un rechazo. Entonces aquí de lo que se trata es de que a través del psicólogo no solamente se trate de incorporar a la sociedad al que ha sufrido el accidente, o al que lo ha padecido, sino también a los padres; para que los padres, para que la familia sepa dar el tratamiento adecuado a esta persona y no se produzca ese rechazo. En esta sociedad, desgraciadamente, existen unos planteamientos excesivamente utilitaristas, incluso mercantilistas, y algunas veces estéticos que hacen que el minusválido sea apartado de la sociedad por estos planteamientos.

Hace falta el tratamiento y la orientación psicológica no solo, vuelvo a repetir, al minusválido, sino también a la familia para que sepan cómo tratarle; porque este hombre si no se incorpora de lleno a la sociedad puede ser un hombre que en unos momentos determinados tenga eso que vulgarmente se llaman "manías", pero que no lo son realmente, es algo más importante que eso, y es lo que hay que enseñar a la familia para que realmente sepa entenderle, colabore con él y le ayude.

* Tenemos por último la potenciación de sí mismo: poner al minusválido a través del tratamiento y la orientación psicológica en situación de aprovechar sus capacidades residuales. Es decir sus capacidades residuales si no son habilmente estimuladas, se pueden quedar improductivas, muertas. Se trata de explotarlas, de conocerlas, para que la integración social

(que es lo que estamos intentando hacer con esta Ley) se produzca efectivamente y no solo sobre la intención del papel o sobre la intención de los legisladores.

Voy a terminar, Sr. Presidente; creo que este tema es lo suficientemente grave como para que se pueda decir que no recurriendo a argumentos de geometría, recurriendo a argumentos en los que, a veces, se mezcla la cibernética con los micro-procesadores.

Estamos tratando un tema muy grave, un tema suficientemente preocupante como para decir que no, y si esto es así habrá que empezar a pedir responsabilidades a aquellos que por no haber pensado sobre ello, por no haber meditado seriamente en lo que estamos tratando, digan que no. Simplemente no. Muchas gracias.

Sr. Barnola. No vamos a decir que sí para evitar caer en responsabilidades, porque nosotros entendemos que hay que asumirlas, con toda valentía. Simplemente vamos a decir que sí a este artículo porque entendemos que clarifica los argumentos geométricos que nosotros hemos dado antes, porque en su punto 1º lo dice: la orientación psicológica estará presente durante las distintas fases del proceso del rehabilitador, que es lo que el planteamiento y apoyo psicológicos serán simultáneos a los tratamientos funcionales, por tantos entendemos que es lo que he dicho antes al hacer uso de estos símiles geométricos o cibernéticos, si se quiere llamar así. Entonces nosotros apoyamos, efectivamente, esta enmienda de adicción socialista, por entender que nos da la razón y por entender que es una aportación positiva al texto. Nada más y muchas gracias.



Entiendo defendía, también la 369. Vamos a la votación.

Se aprueba la enmienda por unanimidad.

Explicación de voto.

Sr. Fuentes. Bueno, como explicación de voto, y al mismo tiempo como una consideración que puede ser válida ahora, pero que es posible tengamos que tratarla posteriormente, una vez que hayamos aprobado toda la Ley y tengamos que dar un repaso total y ver cómo queda la misma.

En principio, es explicación de voto para agradecer que todos los grupos hayan votado favorablemente esta enmienda, que el partido socialista consideraba fundamental para que la Ley saliera con un mínimo de garantía; y poner de relieve, por otro lado que en esta misma sesión, mi compañero Angel defendía (concretamente en el artículo 21) lo siguiente: los procesos de rehabilitación podrán comprender la rehabilitación médico-funcional, la educación general y especial, y la recuperación profesional.

Nosotros hacíamos una enmienda en la que incluíamos el tratamiento y la orientación psicológica, que es precisamente lo que acabamos de aprobar en este artículo. En consecuencia yo lo hago constar, y también hago constar que todos los argumentos que antes se dieron, evidentemente, quedan invalidados. Yo se que el grupo que los utilizó no se va a retractar, pero si me permiten me arrogo yo la posibilidad de retractarlos a ellos para que quede claro el asunto.

Sr. Barnola. No se lo permitimos en absoluto, porque para retractarnos, nosotros mismos nos bastamos. Simplemente decir que, precisamente hemos aceptado esta enmienda porque esta enmienda dice, precisamente, que la orientación psicológica no es un

proceso, sino que está inmerso en todos los procesos, y antes lo he leído y creo que mi antecesor ha estado atento, y lo habrá podido escuchar. Por tanto, entendemos que esto es así, y no de otra forma. Nada más y muchas gracias.

Sr. del Puch. En turno de explicación de voto, para agradecer también que haya sido tomada en consideración la enmienda y aprobada por todos los grupos parlamentarios. Esencialmente para hacer constar los siguientes: existen equipos, existen grupos de trabajo de psicólogos que vienen trabajando muy positivamente en este campo y hay que hacer constar en esta Comisión que tal aprobación va a ser un acicate para estos grupos que, como muchos de sus señoritas saben, están trabajando en una labor de ayuda a los padres, evidentemente, muy importante, que algunos de nosotros, tanto sus señoritas como yo, conoce en su circunscripción, en su ciudad, equipos que hasta ahora han llevado a cabo una labor en el sentido que venía anotado en nuestras enmiendas. Haciendo constar esto, porque estos equipos reciben con esta aprobación un acicate importante en su labor actual y en la futura. Muchas gracias.

Sr. Díaz. Nosotros creemos que hemos cubierto una etapa importante en la discusión de hoy. El tema de educación es un tema que se necesita una sesión casi exclusiva para él, en cuanto que hay que contemplarlo globalmente. No creo que sería bueno dividir la discusión de esta sección sobre la educación, y por tanto, a mi me parece que, dado que hay distintas reuniones de grupos parlamentarios no sería malo el suspender la reunión. Pero antes yo quisiera hacer una cuestión de orden cuando corresponda.

Nosotros, en nuestra enmienda, quiero que quede claro lo que se ha aprobado, en el sentido de que se ha aprobado un artículo nuevo, pero también una sección nueva.

La sección 1ª es rehabilitación médico-funcional, la sección 2ª es educación etc., y el tratamiento y la orientación psicológica, en nuestra enmienda es proposición de una nueva sección 2ª y un artículo nuevo.

Sr. Presidente. Sr. Díaz Sanz, si me permite que le diga, yo personalmente me atrevo a pensar que lo que se ha aprobado es lo que dice aquí, o sea, un artículo 24 bis nuevo, y está pendiente para su disgresión, oportunamente, el título "tratamiento y orientación psicológica" más adelante. De manera que yo me atrevo a dar esa interpretación.

Sr. Díaz. Este artículo, es un artículo solo que puede estar donde está o puede estar después del artículo 39; en el sentido de que abarque los tres procesos que hablamos en el artículo 21, como una especie de colofón a los tres procesos. Es una sugerencia que, en su momento, se puede ver.

Sr. Presidente. Yo creo que, en su momento, lo podemos ver todo, pero lo que ha pasado aquí, es que hemos aprobado un 24 adicional, bis, y que está pendiente de resolución si esto se incluye en un tratamiento y orientación psicológica como capítulo o sección, por lo menos dentro de un capítulo nuevo.

Sr. Díaz. Sr. Presidente, es que la enmienda socialista 276 y 368, que yo pensaba se estaba....

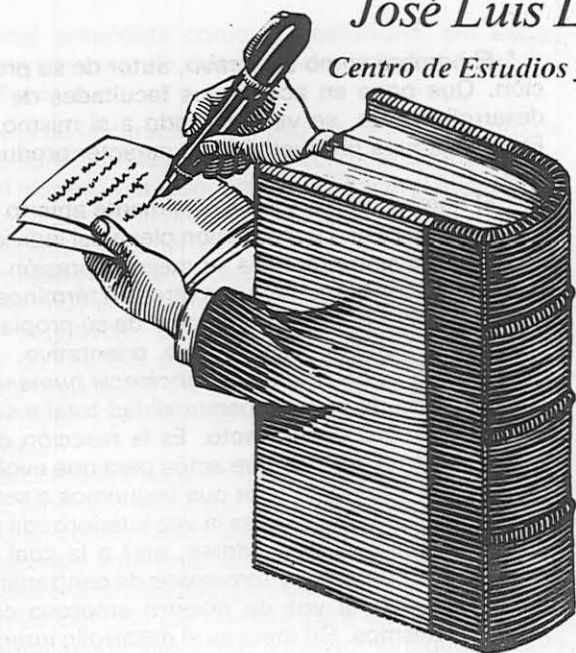
Sr. Presidente. Dijimos al principio que eso quedaba en el grupo de títulos que ha quedado todo para el final, de manera que al final tendrá oportunidad el Sr. Díaz de defender este punto de vista sobre su enmienda 276.



El psicoanálisis humanista de Erich Fromm

José Luis Lobo Bustamante

Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis



La literatura psicoanalítica, al tratar de las diversas escuelas de Psicoanálisis, suele encuadrar a Fromm dentro de la corriente Culturalista junto con Karen Horney y Harry Stack Sullivan.

Esta tendencia culturalista subraya la importancia de los factores culturales en la génesis y formación del carácter y las neurosis. En este sentido Fromm participa de dicho planteamiento. Pero sería estrechar o reducir el pensamiento de Fromm a una sola de sus manifestaciones, por importante que ésta sea, encasillarle sin más, en la línea culturalista.

El pensamiento de Fromm desborda esta clasificación. Por otra parte él prefirió llamar a su orientación psicoanalítica Psicoanálisis Humanista. Y, en efecto, el psicoanálisis frommiano se inserta en una amplia concepción del hombre, de corte humanístico.

Freud y Fromm

Fromm parte de Freud y admite sus descubrimientos fundamentales: el inconsciente, la represión y los mecanismos de defensa, la transferencia y contratransferencia, los sueños como expresión más directa aunque generalmente todavía enmascarada de las temáticas inconscientes, la importancia de la niñez en la etiología de los problemas psicológicos, etc.

Por otra parte, Fromm ha actualizado y potenciado el psicoanálisis realizando no sólo una lúcida crítica de los presupuestos ideológicos freudianos sino aportando también una serie de contribuciones en el terreno de la teoría y la técnica psicoanalíticas.

La concepción del hombre biológico mecanicista de la que parte Freud, propia de finales del pasado siglo, es ampliamente rebasada por Fromm con su visión del hombre biológico-social. Como consecuencia lógica se ponen en cuestionamiento varios aspectos de la teoría freudiana como la concepción del inconsciente como exclusivamente patológico, la teoría de la libido, las fases de evolución de la libido en cuanto etiología de las neurosis, la existencia de un instinto de muerte, la concepción del amor y la mujer, etc.

Fromm se sitúa más en la línea de la psicología del yo que intenta reaccionar frente a un cultivo exclusivo de la psicología del Ello, subrayando, por otro lado, la gran importancia, en la génesis de los problemas psíquicos, de las relaciones interpersonales patógenas, sobre todo en la infancia.

Por decirlo de algún modo, la neurosis es un problema de dos. En el fondo de las grandes líneas psicopatológicas que Fromm describe ampliamente como el Narcisismo, la fijación incestuosa, la destructividad y necrofilia, está siempre la trama de las relaciones interpersonales del niño con las figuras significativas de su infancia.

Las necesidades específicamente humanas expuestas por Fromm de relación con los semejantes, de raigambre, de efectividad, de identidad y sentido desplazan a la omnipresente libido situando a la sexualidad en su lugar de importancia.

Sintetizando, las relaciones interpersonales sustituyen a la teoría de la evolución de la libido en el plano etiológico; las necesidades específicamente humanas a la libido en el plano motivacional; las grandes líneas psicopatológicas del narcisismo, la fijación incestuosa y la destructividad-necrofilia a los cuadros más diversificados y menos profundos de la clínica convencional en el plano nosológico; una concepción del hombre profunda y radicalmente humanista, en definitiva, a la biológico mecanicista antes citada.

El Humanismo de Fromm

Es esta concepción del hombre la que impregna el pensamiento frommiano y consecuentemente su orientación psicoanalítica en sus líneas teóricas y sus traducciones técnicas. Entre las características del humanismo frommiano podemos destacar las siguientes:

- El hombre como *centro* y meta de toda actividad humana. Exclusión, por tanto, de toda supeditación o subordinación a metas o poderes ajenos al hombre. Es un antropocentrismo radical. Cualquier concepción o realidad, ya sea personal o social, que pretenda imponer un sistema ajeno al ser humano será denunciada por Fromm como un autoritarismo violador de la dignidad del hombre. Este, por otra parte, no tiene que abandonar su libertad, su responsabilidad, su ser, en definitiva, supeditándose a poderes extraños por comodidad, anhelo de protección o seguridad o por otras necesidades infantiles: no debe idolatrar o idolizar. Sería una enajenación.

Veamos algunas facetas más concretas de esta línea de pensamientos:

- * En el plano sociocultural el máximo criterio para Fromm no es la adaptación o ajuste social a ultranza sino la *integridad* del individuo.

- * En el terreno político y económico su oposición a cualquier proyecto totalitario que subordine la persona al sistema, al estado u otros fines que no sea ella misma.

- * En las relaciones interpersonales y familiares sus penetrantes análisis de las relaciones simbióticas sadomasoquistas evidencian su preocupación por la integridad y desarrollo de la persona.

- * En los aspectos éticos y religiosos la descalificación de la moral heterónoma como falsa moral, y, dentro del respeto a las diversas creencias religiosas, su crítica a toda práctica (interna y externa) de corte autoritario o sadomasoquista en sentido psíquico.

- * Siendo el desarrollo del hombre la meta primordial, hay que complementar esta idea con el importante matiz de la *integralidad*. Es el desarrollo integral del hombre en todas sus facetas y potencialidades: sensoriales, emocionales, intelectuales, activas y productivas (creativas). Que el hombre llegue a *ser* plenamente en espontaneidad y libertad.

- * El hombre como ser *activo*, autor de su propia realización. Que pone en acción sus facultades de modo que, desarrollándolas, se va realizando a sí mismo. Es lo que Fromm llamará productividad o carácter productivo, creativo.

- * El hombre como ser esencialmente abierto al mundo y a sus semejantes. La realización plena del individuo no sólo se armoniza sino que halla su mejor expresión en la unión productiva con el mundo y los otros en términos de amor.

- * El hombre posee en el camino de su propia realización como ser humano, un órgano orientativo, detector e impulsor de su desarrollo: *la conciencia humanista*, que es la resonancia de nuestra personalidad total a su funcionamiento correcto o incorrecto. Es la reacción de nosotros ante nosotros mismos que actúa para que evolucionemos en plenitud y armonía para que lleguemos a ser lo que somos potencialmente. No es la voz interiorizada de ninguna autoridad (padres, educadores, etc) a la cual estaríamos ansiosos de contentar y temerosos de contrariar. Es nuestra propia voz, la voz de nuestro amoroso cuidado por nosotros mismos. Su meta es el desarrollo integral y la felicidad.

- * Cuando el hombre abandona, descuida o lateraliza su realización, cuando dimite de sí mismo o se traiciona continuamente, el hombre enferma psíquicamente, se enajena de sí mismo y hasta enloquece. La resonancia de nuestra personalidad total ante nosotros mismos puede debilitarse en la medida en que somos más indiferentes y destructivos con nosotros mismos. O puede reprimirse también, es decir, ser expulsada del campo de la conciencia. Tiene entonces manifestaciones indirectas, desde un vago sentimiento de culpa o una sensación de incomodidad poco específica o un sentimiento de desinterés, cansancio o fatiga hasta temores y miedos más específicos como el pánico a la muerte o a envejecer. Morir siempre es amargo, pero morir sin haber vivido es insoportable. Son temores muchas veces procedentes de no haber sabido vivir, de no ser nosotros mismos, de no haber vivido productivamente. También el temor excesivo a la desaprobación tiene con frecuencia este origen: se necesita la aprobación de los demás porque uno no puede aprobarse a sí mismo. Es la expresión de una culpabilidad, la de no ser uno mismo, que aunque inconsciente, todo lo invade.

Psicoanálisis Humanista

Fruto de esta concepción humanista son una serie de consecuencias, tanto teóricas como prácticas, que tienen gran incidencia en el campo de la psicopatología y el psicoanálisis. La impronta humanista se traduce en una serie de características que van desde la misma concepción de la enfermedad mental hasta la actitud del psicoanalista y la técnica que éste emplee. Entre dichas características podríamos destacar las siguientes:

1. El concepto de enfermedad mental entendido como enajenación de sí mismo. Como un camino de no realización propia, en el grado que fuere. Como una actitud, de facto, obstaculizante y hasta destructiva hacia uno mismo, por motivos generalmente inconscientes. Y su correlato, la

salud mental entendida como la posibilidad, sin trabas psicológicas internas, de desarrollo de todas las potencialidades del propio ser.

2. La meta de la curación, por ello, sería el encuentro de la persona consigo misma. El desarrollo del conocimiento propio, del respeto y la responsabilidad hacia sí mismo, del amoroso cuidado por el propio desarrollo.

3. Un respeto fundamental por parte del analista hacia el paciente, basado en todo lo expuesto anteriormente.

4. El tener muy en cuenta no sólo los aspectos condicionantes y negativos, propios de la enfermedad, sino también y de manera especial las cualidades y aspectos positivos de la persona. Es importante tanto en lo referente al diagnóstico y pronóstico cuanto para la misma técnica terapéutica.

5. Un psicoanálisis no por principio adaptativo a la realidad social, sino que mantiene la primacía de la integridad de la persona, conservando una visión crítica de los aspectos enajenantes y enfermos de la sociedad.

6. Un psicoanálisis abierto a los datos y descubrimientos de las demás ciencias del hombre para entender mejor y posibilitar una ayuda más eficaz a ese hombre que, no sólo ha vivido en una familia, sino que está inserto en una cultura determinada, bajo unas condiciones económicas, políticas y de relación específicas, en unas coordenadas sociales determinadas. Un psicoanálisis, por tanto, no reduccionista que le aplique al hombre una sola óptica. En otras palabras, un psicoanálisis no dogmático.

7. Un psicoanálisis no enigmático o arcano, parapetado tras una fraseología y un vocabulario exclusivista como elemento de prestigio y poder, pero incomprensible para el resto. Sino un psicoanálisis que utilice un vocabulario comprensible, transparente y claro, común con el hombre al que pretende servir de ayuda y con quien pretende comunicarse.

8. Un psicoanálisis que da más importancia a la calidad de la relación humana entre analista y analizado sin que esto signifique un descuido y, menos aún, una minusvaloración de los aspectos técnicos.

9. Una actividad del analista más real, más viva, más participante, menos envarada y defensiva en orden a permitir una mejor comunicación y empatía con el analizado. Que permita una comunicación de "centro a centro" como lo expresaba el mismo Fromm.

10. Un psicoanálisis más radical que pretenda llegar hasta las zonas más lejanas y oscuras del inconsciente y no se pare exclusivamente, por ejemplo, en los aspectos edípicos.



Introducción a la terapia del comportamiento para un no psicólogo

Queremos, en primer lugar, responder a ciertas preguntas que muy probablemente se formulará el profesional (asistente social, A.T.S., maestro etc...) al acercarse a estas charlas. Preguntas como ¿por qué aprender psicología, por qué conocer la ciencia del comportamiento cuando mi ámbito de actuación profesional es otro?, ¿con estos conocimientos de psicología podré hacer terapia?, ¿Cual es la problemática, "la parcela" propia de cada profesión? etc...

En efecto, creemos que todas estas preguntas deben responderse para clarificar el, no muy claro, panorama de las ciencias sociales y humanas y su relación diferenciación y posible interferencia.

Al hablar de ciencias sociales o humanas nos estamos refiriendo a aquéllas que tienen como "objeto" de su análisis científico al hombre, al ser humano en su relación consigo mismo y con su entorno tanto físico como social. El "objetivo" de estas ciencias, por otra parte, es el conseguir el mayor grado de bienestar, de "salud" en esa relación individuo-ambiente.

Pues bien, si el objeto y el objetivo de este grupo de ciencias es el mismo ¿cómo no interferirse mutuamente?, ¿cómo no llegar a hacer "todos de todo"? Creemos que partiendo del esquema S-O-R-C, esquema global explicativo derivado de la ciencia del comportamiento, podremos avanzar en esta, aparentemente, cuestión sin respuesta.

Por último, la "C" supone las "consecuencias" que nuestro comportamiento tiene es decir, el cambio que provocamos en el entorno "por nuestra conducta" y que supone un efecto positivo o negativo para nosotros.

Partiendo de este esquema, vemos claramente como la única forma de analizar y comprender el comportamiento humano es hacerlo de forma global y dinámica, teniendo en cuenta tanto factores ambientales (S y C) y sociales, como orgánicos (médicos) (O) y psicológicos o comportamentales (R). Esta sería la primera idea o conclusión que queremos ofrecer.

El esquema S-O-R-C representa de forma diagramática esa relación "individuo-ambiente" a la que hacíamos referencia. En el S representa el entorno estimular los estímulos a los que se ve sometido el sujeto. Estímulos de todo tipo, desde dóciles como la presencia y actuación de otras personas, el clima, hasta la estimulación proveniente de su propio organismo.

La "O" es el organismo en que inciden esos estímulos, organismo con una determinada biografía, esquema corporal, capacidades y déficits.

El nivel "R" es el de la respuesta del individuo ante los estímulos, es el nivel comportamental, de comportamientos tanto observables (movimientos, gestos, habla, etc...), como no observables (sensaciones, emociones, pensamientos, "síntomas orgánicos" etc...).

"La realidad del ser humano y su

comportamiento es una realidad compleja y globalizadora de varios niveles o aspectos (político, sociológico, biológico, médico, psicológico, económico etc...), aspectos que no se excluyen mutuamente, sino que se completan entre sí.

El *reducir* por tanto, la relación del individuo con su medio, a un hecho "político" exclusivamente o "solo" a un hecho psicológico es tan erróneo como lo son todos los reduccionismos simplificadores.

Entonces ¿qué hacer? debemos saber "todos de todo" y referirnos "simultáneamente" al ámbito político, social, médico etc... haciendo una especie de "sociopoliticomedicinaeconopsicología". Creemos que esto es no sólo imposible, sino además indeseable como objetivo científico.

La respuesta, que supone el segundo punto importante de reflexión o conclusión es la siguiente, cada abordaje científico deberá aportar su específico nivel de análisis de ESE OBJETO COMUN que es la relación individuo-ambiente.

Es decir, si la realidad es compleja el abordaje debe serlo también y esto se puede conseguir SOLAMENTE si cada profesional profundiza en una perspectiva propia que se integre con otras a través de un trabajo y lenguaje comunes.

Ejemplificando este punto, podemos decir que todo hecho humano desde un robo hasta una depresión, pasando por una gripe, es un hecho a la vez

político y social, psicológico y médico, aunque, evidentemente el componente de uno y otro tipo este presente es una mayor proporción en cada uno de estos hechos.

La respuesta es, pues, no "que todos hagamos de todo", sino que cada uno haga "lo suyo" eficazmente y trabajando en un equipo interdisciplinario, lo aporte al trabajo de equipo.

Una vez sabido esto, hemos avanzado mucho en la clarificación que parecía tan difícil en un principio y nos queda ahora por ver lo más concreto, lo que más nos atañe aquí y ahora ¿por qué y para qué aprender los principios de la Ciencia del Comportamiento?, ¿por qué aprender psicología? Después de lo dicho queda claro que *no* es para que trabajéis como psicólogos, ya que vuestra perspectiva profesional es otra, pero si es para que actúeis de forma correcta y controlada con aquellas personas que, por vuestro trabajo, teneis que tratar.

El conocimiento de los principios del comportamiento humano os permitirán una relación más adecuada y facilitadora para la consecución de vuestros objetivos profesionales. Por ejemplo, si el objetivo de un asistente social es que una madre de familia le de datos fiables sobre las condiciones de su vivienda, le será útil conocer como establecer una relación de confianza y apertura con esa persona, a través del conocimiento de su comportamiento, aunque su objetivo no sea incidir de forma terapéutica en el mismo.

Por otra parte, si ese asistente social trabaja en un equipo interdisciplinario junto con psicólogos y médicos y presenta en una interconsulta su "caso" será preciso que tanto él como los restantes miembros del equipo, manejen un lenguaje común que les permita instalarse en uno u otro nivel (sociológico, médico, psicológico) con garantía de una comunicabilidad y comprensión por parte de todos.

Pues bien, ya es hora de que entremos a presentar la metodología y los presupuestos teóricos que caracterizan y definen a la terapia de conducta.

Metodología conductual:

1. *Es un abordaje terapéutico "global"*: Esto supone que los planteamientos y objetivos terapéuticos se establecen teniendo en cuenta "LA FORMA DE COMPORTARSE DEL INDIVIDUO" como un todo "significativo" y no una u otra "conducta" aislada.

Así, los objetivos, métodos y técnicas terapéuticas dependerán de toda una serie de "peculiaridades" de cada individuo, tales como su edad, biografía, nivel educacional, profesión, esquema corporal, nivel económico etc..

2. *Es un abordaje objetivo*, por tanto, formula sus objetivos, métodos y resultados en términos mensurables y comunicables. Creemos que sólo si se definen de antemano unos objetivos terapéuticos de forma descriptiva y mensurable, podremos después considerar que nuestra intervención ha sido positiva o no y hasta qué punto lo ha sido.

Así mismo, si no utilizamos un lenguaje que haga los datos "comunicables" e "intercambiables" entre distintos profesionales, difícilmente podremos hacer que la ciencia avance y llegue a conclusiones válidas.

3. El planteamiento al sujeto que viene a una terapia, es de *implicación activa* única perspectiva que nos garantiza que el aprendizaje de nuevas pautas de C. se de adecuadamente. Por tanto, el sujeto no es alguien que "pasivamente" se somete a una "curación" externa a él y de la que nada conoce, sino todo lo contrario aprende a conocer el "por qué" de su comportamiento y la forma de cambiarlo.

4. Por último, diremos que la terapia de conducta, por su carácter de aprendizaje de "nuevas formas de pensar, sentir y comportarse", supone una intervención PROFILACTICO-DIDACTICA. Queremos decir con esto, que el sujeto que, a través de la terapia, aprende una nueva y útil forma de enfrentar y resolver sus problemas no sólo resuelve el que le atañe en ese momento, sino que **ADQUIERE UNOS INSTRUMENTOS CONCEPTUALES QUE LE CAPACITAN PARA EVITAR LA APARICION DE NUEVOS CUADROS PROBLEMATICOS, O SU RESOLUCION EN CASO DE QUE APAREZCAN.**

Pretendemos, por tanto, con la terapia que el sujeto sea un elemento "más capacitado" que antes para relacionarse satisfactoriamente con su medio y para, de forma crítica, cambiarlo.

Nicolás Caparrós
"La construcción de la personalidad. Las psicopatologías"

Editorial Fundamentos 1981.

Después de una breve exposición de los diferentes modelos, el autor se centra en el modelo vincular, exponiéndolo ampliamente y comparándolo con los demás. Este es su punto de partida para el desarrollo de una teoría coherente de la personalidad normal y patológica, descubriendo, analizando y clasificando las psicopatologías.

H. Zullinger
"Fundamentos de psicoterapia infantil"

Editorial Morata 1981, 2ª edición

Los fundamentos teóricos de Zullinger se deben a la contribución aportada por Freud en la que Zullinger se inicia con éxito en el "paidoanálisis". En esta obra, una de las fundamentales del autor, propone el uso de "técnicas de juego" en el tratamiento a los niños, ya que el origen de todas las neurosis es la represión, tal como dijo Freud, el juego del niño es una expresión de su inconsciente. De esta forma es posible interpretar el juego analíticamente y utilizarlo para el tratamiento. La terapia se lleva a cabo sin interpretaciones del inconsciente, lo que significa que al niño no se le formulan interpretaciones del inconsciente, lo que significa que al niño no se le formulan interpretaciones; se deja que estas se hagan efectivas sin formularlas. La cura tendrá lugar solamente cuando la conducta ética llegue a ser algo natural para el niño, sin intervención del castigo. El terapeuta debe tener un amplio conocimiento del pensamiento mágico-simbólico del niño. La obra viene ilustrada por una amplia casuística fruto de la experiencia del autor lo que hace que su lectura sea fácil y amena.

"I Jornadas sobre Psicología y rehabilitación (físicos)"

Fundación Mapfre 1980, 197 pág.

Este libro que ahora aparece editado por la Fundación MAPFRE, recoge las ponencias y comunicaciones que en su día se presentaron a la I Jornada sobre Psicología y Rehabilitación de Minusválidos Físicos, que se celebró en el Centro de Rehabilitación que la mencionada institución posee en el madrileño pueblo de Majadahonda.

La publicación del libro, nos permite hacer una reflexión sobre esta iniciativa que, en uno de los aspectos más olvidados de la problemática del sector por las instituciones públicas, tuvo esa Fundación.

De entrada queríamos hacer una mención al hecho de que esta publicación de tema y contenido exclusivamente psicológico (teoría, metodología, funciones, etc.) tenga que aparecer en la colección que la Mutua Patronal denomina "Temas de Medicina". Es, quizás, una nimiedad, pero el trasfondo que advertimos en ello (y no es este el único caso) es que todavía la Psicología no ha podido desprenderse socialmente de la hegemonía y prepotencia médica. La Psicología ofrece frente a la medicina un modelo distinto de salud, una metodología científica distinta, con elementos de tratamiento y diagnóstico diferentes y con objetivos que, aunque menos ambiciosos que los de la medicina, no por ello menos importantes. El control que la clase médica pretende introducir en la actividad del psicólogo, puede llegar a estos extremos de no poder publicar experiencias, trabajos propios, metodologías, etc, si no es bajo sus auspicios. Suponemos que es un tema que excede lo que aquí pretendemos comentar, pero de alguna manera ello tiene una relación estrecha con la ponencia que el autor de estas líneas presentó en la Jornada bajo

el título "Hacia un modelo de trabajo rehabilitador".

En la introducción del libro, Angel Ruano, Jefe del Departamento de Psicología del Centro MAPFRE plantea los objetivos perseguidos por los organizadores:

"-Aportar nuestra colaboración a otras instituciones y profesionales de la Rehabilitación, permitiéndoles la oportunidad de dar a conocer sus experiencias de trabajo, intercambiar opiniones, revisar criterios y plantearse nuevos objetivos.

- Contribuir al desarrollo de la Psicología aplicada a la Rehabilitación en nuestro país, importante área de trabajo para la especialidad y de prometedoras posibilidades".

Dichos fines suponen por un lado la oferta permanente que los profesionales de la psicología tienen planteada a otros profesionales en nuestro país como es la búsqueda y fomento de un trabajo interdisciplinario, de equipo, como una labor relacionada con otras ciencias presidida por el principio de intentar contemplar a las personas (en este caso minusválidos) como un todo interrelacionado e indivisible, y cuya posible recuperación está en base a la acción que se haga desde diversos ámbitos profesionales, sin exclusiones. Hasta hace muy poco se pensaba que la rehabilitación era una labor que competía exclusivamente a los médicos. La práctica, la realidad social, la misma casuística de los procesos y los colectivos afectados han demostrado que esto es falso.

Por otro lado, la contribución de estas iniciativas al desarrollo de la ciencia del comportamiento como algo concreto, experimentable, con sus éxitos y fracasos, dentro de este área de trabajo al que hasta ahora tan solo se permitía teorizar, nos

permite hacer su valoración: la psicología deja a un lado los aspectos mágicos que la acompañan, lo esotérico, y desciende a los aspectos concretos de los ciudadanos, incorporándose su visión y alternativas al cuerpo social.

El libro recoge once trabajos que van desde una visión global del modelo psicológico que puede servir para la rehabilitación de minusválidos dentro de un modelo distinto de salud, pasando por los métodos que pueden emplearse en la valoración y diagnóstico, hasta el análisis de las condiciones sociales que se confabulan para incidir en los procesos de rehabilitación, así como aspectos de formación profesional, cultural, etc., de los mismos.

El trabajo del psicólogo en rehabilitación (ponencia firmada por el autor de estas líneas) como una actividad introducida dentro del ámbito de la salud entendida como un estado que permita continuar el proceso de trabajo y que permita el desarrollo de todas las dimensiones de la persona haciéndola disfrutar de la vida, es un trabajo difícil por enmarcarse dentro de un marco económico productivista al que debe enfrentarse como agente de salud. En esa problemática, además de los aspectos "puramente psicológicos" del minusválido va a encontrar otros factores sociales con los que tendrá que contar, todo ello bajo un prisma metodológico que le permita dar soluciones puntuales, concretas y no le haga "perderse" en interpretaciones y consideraciones subjetivas.

Todo lo cual no lo hará aislado, sino que el psicólogo deberá fomentar que su trabajo se incluya dentro de la dialéctica del equipo interdisciplinario, aportando su perspectiva a la de otros pro-

fesionales.

Muy interesante resulta la lectura de la ponencia de Rafael Cumella del Centro de Rehabilitación de Accidentes de Trabajo (C.R.A.T.) de San Cugat del Vallés en el que bajo el título de "La formación profesional y la incorporación al trabajo del minusválido físico", analizamos objetivos de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y concluye que los objetivos que se plantearon en ella no se han cubierto. Como siempre, nuestra legislación es muy rica en teoría pero brilla por su ausencia la aplicación de la misma en la práctica; de tal forma que le obliga a escribir: "La legislación considera infinidad de aspectos relacionados con este tema, procurando no dejar ningún "cabo suelto". Cualquiera persona profana en este tema, que lograra leer toda la legislación relativa a la rehabilitación de minusválidos, llegaría a la conclusión de que este problema ha sido tratado extensamente, y que ninguna cosa más se puede hacer por la integración de los minusválidos físicos en la sociedad" (cfr. pág. 41). También analiza en su ponencia el tratamiento formal que se da en este país a estos temas hablando de triunfalismos y demagogias.

Una parte importante de este trabajo se emplea en el estudio estadístico de 450 minusválidos evaluados en el C.R.A.T. entre los años 1974-1979. De esos datos podemos destacar los siguientes: son semianalfabetos el 51'3% de los casos, a los que hay que añadir el 16% de analfabetos y el 22'4% con estudios primarios; y que sólo un 10'2% tienen estudios superiores a los primarios. Por otro lado el nivel profesional arroja los siguientes porcentajes: son peones el 34'4% y oficiales el

44'6% superior sólo el 0'02%. Se encuentra en paro actualmente de esos 450 casos analizados, el 47'7% y en el 50'4% de los casos, la empresa donde ha sufrido el accidente tiene una actitud negativa en cuanto a su reincorporación, y tan sólo el 22'2% trabaja después de su periodo de rehabilitación y formación profesional en la misma empresa donde trabaja.

Estos datos nos hacen tener ciertas reservas de las intenciones de nuestras empresas, (y del capital en general) a la hora de pensar en posible políticas sociales, así como el hecho de dejar a la iniciativa privada la respuesta de una demanda social de integración y rehabilitación que no esté garantizada por una política adecuada del Estado, cuya cobertura se haga a todos los niveles de servicios por necesidades.

Otros trabajos que se recogen en este libro suponen en algunos casos simples aportaciones burocráticas de quienes teniendo una misión potencial importante, se les limita su trabajo a meros formalismos de rellenar protocolos de solicitud de ayudas. Y ello no imputable al profesional que supuestamente está preparado para tener una actividad más rica, más científica y más social, sino imputable a la falta de definición de los servicios a dar y a la eliminación por parte de los poderes públicos del anacrónico y reaccionario sentido de la beneficencia y la caridad.

El trabajo de Pilar Arranz sobre "Aportaciones psicológicas en el tratamiento integral del hemofílico" establece los niveles a los que puede ser útil el trabajo del psicólogo: preventivo, terapéutico, docente e investigador. En su trabajo con hemofílicos, la autora ha recogido una ex-

tensa experiencia en cuanto a los factores que producen estrés tanto en el propio hemofílico, como en su familia. En el primero de ellos apunta: el miedo a las hemorragias y sus consecuencias, la cronicidad de la enfermedad, el absentismo de las actividades normales, el aislamiento social, el riesgo permanente de complicaciones, etc. En cuanto a la familia serían el miedo al riesgo constante, sentimientos de culpa, miedo a nuevos embarazos, etc. Aporta a continuación posibles medios de atajar todos esos aspectos negativos, conducentes a corregir conductas desadaptativas o, cuando menos, a comprender cuáles son sus raíces y posibles soluciones: potenciar las conductas adaptativas tanto del enfermo como de su grupo familiar al que se le da mucha importancia incidiendo en él como medio de tratamiento autocontrolado.

Por último, diremos que nos parece muy importante el trabajo de Angel Ruano y Elena Pérez en el que presentan el caso de un parapléjico que no se integra debido a que no se resuelven los problemas sociales que se asimilan a la situación de minusvalía (trabajo, vivienda, barreras, pensión, etc) y que pueden dar al traste con todo un planteamiento rehabilitador coherente y eficaz. Hacen notar en su trabajo la estrecha relación que existe entre los aspectos médicos, psicológicos y sociales, a la vez de comprobar que todo el trabajo rehabilitador del equipo debe ir acompañado de una resolución de las situaciones que pasan por ser un problema político (donde se conjugan elementos sociales y económicos que escapan a los profesionales), un problema de política general de servicios donde se implica toda la sociedad en su conjunto.

“Los hábitos culturales de la población infantil”

Ministerio de Cultura 1980

Esta publicación recoge un resumen de los resultados de una encuesta sobre este tema realizada a 17.020 escolares entre los seis y los trece años de edad de todo el territorio español.

En ella se estudian aspectos tales como el empleo del tiempo a lo largo del día y de la semana, y datos sobre lectura, música, teatro y televisión. Los resultados son desoladores, por defecto en casi todos los casos, y por exceso en el último de ellos.

Nos encontramos con datos cuya sola enumeración nos pone los pelos de punta. Por ejemplo; mientras que un 20% de los niños dedica alrededor de dos horas diarias a la lectura el 68% pasa tres horas junto al televisor. Si nos referimos a los domingos podemos observar como un 94,4% dedica hasta seis horas a ver la televisión, mientras que un 67,8% dedica un tiempo similar a sus juegos. Es decir, ver la TV es ya más popular entre los niños que el jugar.

El 23% de los niños no tienen ningún libro (el porcentaje para los sujetos de 13 años descende un “módico” 20, 2, estos datos se refieren al número de libros de que disponen todos los hermanos de la unidad familiar), y, lo que es peor, el 41% de los niños no lee nunca, ¡ni incluso tebeos!, a excepción, hemos de suponer, de sus libros de texto.

Por lo que se refiere a la posesión de discos o cassetes para su uso propio, un 54,2% de ellos no posee ninguno, disminuyendo el porcentaje a un 42,8% para los sujetos de 13 años. En cuanto al tipo de música clásica, un 7,7 a la folklórica y un

64,9 a la moderna y ligera, aumentando fuertemente esta última con la edad. Si nos referimos al teatro podemos decir que la mitad de los niños no ha visto nunca una representación, y tan sólo un 19,5% ha participado en alguna.

La publicación concluye con la presentación de datos sobre el nivel de equipamiento de los centros escolares a los que asisten los encuestados, diferenciando entre centros estatales, religiosos y privados laicos, tan sólo presentaremos algunas cifras, sin que sea preciso comentarlas. Casi un 60% de los centros religiosos disponen de instalaciones deportivas cerradas, mientras que apenas un 23% de los estatales pueden ofrecerlas. Un 95% de centros religiosos tienen biblioteca, mientras que no llega al 70% de los estatales los que ofrecen este servicio. Un 75% de los centros religiosos tienen salón de actos contra menos de un 30% de los estatales. En cuanto a laboratorios, el 95% de centros de la Iglesia dispone de ellos, contra algo más del 40% de los estatales. Y por lo que se refiere a aulas musicales, mientras que el 55% de los centros religiosos ofrecen este servicio tan sólo lo hacen algo más del 5% de los estatales. El nivel de equipamiento de los centros privados laicos viene a ocupar un puesto intermedio entre los extremos antes citados.

Hemos de felicitar la magnífica iniciativa cuyo resultado hoy comentamos, pues obviamente para iniciar un tratamiento es preciso partir de un diagnóstico. Esperemos que el gobierno de todos los españoles empiece a tomar las medidas adecuadas, ya hizo algo para agravar la situación con el estatuto de centros docentes, esperamos que la “reforma” de la televisión estatal nos permita una mayor esperanza.

“Los estudios de Psicología”

Fundación Universidad-Empresa 1980

Esta serie dedicada a la orientación profesional del estudiante próximo a su ingreso en la universidad se acaba de editar el volumen nº 8 dedicado a los estudios de Psicología. En él se abordan gran parte de los aspectos que obligatoriamente necesita conocer toda persona que piense seriamente iniciarse en los estudios de psicología

Esta monografía describe cuál es el ámbito de trabajo del psicólogo, cómo debe actuar y cuáles son las cualidades personales exigibles en su trabajo, cuál es el estado actual de la profesión y cómo ésta es vista tanto por los profesionales como por los estudiantes de psicología. Además se incluyen datos, aunque no muy actuales, sobre el número de estudiantes y la situación de empleo de los ya graduados. El defecto que más salta a la vista es que a la hora de presentar los planes de estudios de psicología se recojan únicamente los de las universidades madrileñas lo que resta parte de su utilidad este volumen

Salvado este defecto hemos de felicitar esta iniciativa toda vez que presenta de modo muy honesto la actual, y no siempre muy gratificante, situación de nuestra profesión y de los estudios que pretenden prepararnos para ella.

La información se completa con las posibles salidas profesionales una vez alcanzado el título, las perspectivas de empleo y lo que podríamos llamar una guía del universitario donde se dan informaciones generales sobre el funcionamiento de la universidad, becas, calendario escolar, etc.

“Guía de Madrid para disminuidos físicos”

La Asamblea Provincial de Madrid de la Cruz Roja Española con la colaboración de la Dirección General de Servicios Sociales del Mº de Sanidad y Seguridad Social ha publicado este excelente guía que en un formato muy manejable permite conocer de forma rápida y comprensible las condiciones de accesibilidad, movilidad interior y la posibilidad de uso de los servicios higiénicos para los disminuidos físicos motores. Esta guía, referida únicamente a Madrid capital describe estas condiciones en centros culturales y de recreo (cines, teatros, museos, bibliotecas, estadios), establecimientos de hostelería (hoteles y restaurantes), centros oficiales (Ayuntamiento, Ministerios, Universidad), y servicios públicos generales (Aparcamientos, Mercados y transportes).

“Guía práctica de recursos sociosanitarios de Madrid”

Cruz Roja Española 1980

De nuevo tenemos que felicitar a la Cruz Roja por la excelente iniciativa que representa la edición de este folleto en el que se abordan algunos de los problemas que pueden presentarse al habitante de la gran ciudad.

Los temas que trata no son únicamente de índole sanitaria, sino que se refieren también a aspectos laborales, educacionales, toxicomanía, planificación familiar o marginación social, y proporcionando consejos e informaciones sobre cómo abordarlos, y facilitando direcciones a donde se puede acudir en caso necesario.

El colegio y la Delegación de Madrid

La primera petición formal de creación de un Colegio de Psicólogos data de Junio de 1975, mediante un ruego al Gobierno en las Cortes franquistas. A este ruego se respondió con el silencio, lo cual provocó un encierro en los locales del Colegio de Licenciados así como otras medidas de presión que contó con numerosos apoyos. Este silencio se mantuvo hasta Diciembre de 1978 en donde los Ministerios que suponíamos implicados (Educación y Presidencia) nos respondieron con un rotundo NO que creímos definitivo.

Un poco de historia

Entre tanto se había producido la transición democrática, y en aquella nueva situación encaminamos nuestras gestiones hacia el Parlamento. El primer semestre de 1979, fue intenso en gestiones entre los partidos políticos. Por entonces ya funcionaba a nivel estatal una Coordinadora de las Secciones de Psicólogos de los Colegios de Licenciados que sería el órgano que elaboraría todo el proyecto. Como es obvio recayó en la Sección de Madrid el mayor cúmulo de contactos dado que aquí teníamos la facilidad de contactar a nivel central con los partidos y sus grupos parlamentarios.

En estas gestiones donde encontramos más receptibilidad fue en los grupos parlamentarios Socialista y Comunista, si bien en la última fase de elaboración de la proposición de ley, también fue receptiva la UCD.

Con todo, fue el Grupo Parlamentario Comunista quien presentó la proposición de ley y casi simultáneamente lo hizo el Grupo Parlamentario Socialista.

Nosotros también tomamos contacto con UCD y Coalición Democrática, quienes no sólo no se opusieron a los términos de la ley, sino que introdujeron enmiendas que mejoraron el proyecto en alguna medida.

La Coordinadora Estatal tuvo que trabajar duro, pues hubo cambios en los planteamientos primeros, ya que hubo que pasar de la idea de creación de Colegios autónomos tomando co-

mo modelo otros Colegios, a la de un solo Colegio Estatal que los grupos parlamentarios veían como más viable. Modelo este de Colegio Estatal que habría de ser el primero y que después ha servido para otros colectivos.

El 14 de Noviembre de 1979, el Pleno del Congreso aprobaba la ley por 273 votos a favor, 2 en contra y 5 abstenciones; de estos últimos después hemos podido saber que se debieron en algunos casos a fallos mecánicos en el sistema de votación. En el Senado fue aprobada por unanimidad el 18 de Diciembre. La Ley es firmada el 31 de Diciembre y aparece en el B.O.E. del 8 de Enero de 1980.

En la Disposición Adicional Primera de la Ley se establece que la Coordinadora Estatal de Secciones de Psicólogos, como Comisión Gestora del Colegio, elaboraría los Estatutos Provisionales que aparecieron en el B.O.E. el 14 de Abril de 1980, donde se reconoce a dicha Comisión Gestora como Junta Provisional de Gobierno.

Esta Junta Provisional de Gobierno, por tanto está integrada por representantes de las 20 Secciones que venían funcionando a nivel estatal. De estas veinte, 14 pasaron a ser Delegaciones del Colegio, según la estructura organizativa de que se dotó dicha Junta Provisional.

Por otro lado, se pasó a la disolución de las antiguas secciones allí donde los Estatutos de las mismas así lo establecían como requisito.

El contenido de la Ley

La Ley 43/1979 de 31 de Diciembre sobre creación del Colegio Oficial de Psicólogos establece varios puntos con claridad:

- Carácter estatal del Colegio.
- Obligatoriedad de estar colegiado para poder ejercer la profesión.
- Tutela del Colegio por el Mº de Universidades e Investigación.
- Establece las titulaciones que pueden colegiarse:
 - * Doctores y Licenciados en Psicología.
 - * Doctores y Licenciados en Filoso-

fía y Letras (Sección Psicología).

* Doctores y Licenciados en Filosofía y CC de la Educación (Sección Psicología).

* Titulados Superiores, con Diploma de las Escuelas Universitarias de Psicología hasta 1974.

El Estatuto Provisional (O.M. del 14 de Abril) establece el modo de incorporación al Colegio y las normas por donde habrán de conducirse las Elecciones a nivel estatal para la elección de una Junta de Gobierno.

Esta Junta definitiva tiene como mandato por la misma orden y la elaboración en el plazo de 6 meses del Estatuto Definitivo del Colegio. Entre tanto, estamos sometidos a lo que establece la Ley de Colegios, por la que nos regimos.

Funciones del Colegio Profesional según la Ley de Colegios

Las funciones de un Colegio Profesional según la Ley de Colegios, de una forma resumida, son:

- Como Corporaciones de derecho público con capacidad jurídica propia tienen como fines primordiales:

* La ordenación del ejercicio de la profesión.

* La representación exclusiva de la misma.

* La defensa de los intereses profesionales de los colegiados.

- Garantía del Estado en el ejercicio profesional de los colegiados.

- Información preceptiva de los proyectos de ley o disposiciones de cualquier rango que se refiera a las condiciones generales de las funciones profesionales, ámbito, títulos requeridos,

incompatibilidades con otras profesiones y regimen de honorarios.

- El Colegio tendrá representaciones en los patronatos universitarios y participará en la elaboración de los planes de estudio y normas de las Facultades de Psicología.

- Ostenta la representación y defensa profesional ante la Administración, Instituciones, Entidades, particulares.

- Deberá adoptar las medidas conducentes a evitar el intrusismo, procurando la armonía y colaboración entre los colegiados, impidiendo la competencia desleal.

- Regulará los honorarios mínimos de la profesión e informará procedimientos judiciales o administrativos en que se discutan honorarios profesionales.

- Podrá organizar actividades y servicios formativos, culturales, asistenciales y otros de carácter profesional, así como cursos de formación para postgraduados.

- Facilitar la relación de colegiados que puedan ejercer como peritos en asuntos judiciales o designarlos.

- Tratará de conseguir el mayor nivel de empleo de los colegiados.

Muchas de estas funciones están iniciadas por el Colegio en su puesta en práctica a través de las distintas Delegaciones y a través de sus órganos centrales. Bien es cierto que con diferentes resultados. Hemos participado en la elaboración de diversas leyes, hemos representado al Colegio en diversos organismos, hemos hecho pre-

guntas al Gobierno a través de los grupos parlamentarios, hemos pedido participar en tribunales de oposición, hemos elaborado documentos informativos para entidades, hemos dado nombres al poder judicial para actuar como peritos en causas judiciales, participado en jornadas de estudios, etc, etc.

Objetivos del Colegio de Psicólogos

Además de las funciones anteriormente enunciadas, la Junta Provisional de Gobierno, antigua Coordinadora de Secciones de Psicólogos, se ha planteado de siempre unos objetivos que intentaré resumir:

- Definición y defensa de la profesión:

- Elaboración de un Estatuto profesional y un Código deontológico.

- Promover la creación de una red pública de asistencia psicológica como actuación interdisciplinaria que pueda llegar a cubrir las necesidades de todos los ciudadanos y su derecho a la salud mental.

- Defensa del ciudadano de las prácticas abusivas, promoviendo la asistencia con garantías científicas.

- Promover la formación permanente de los profesionales, en contacto con las realidades sociales.

- Constituir un marco permanente de debate de los profesionales.

- Colaborar con otros Colegios, Entidades y colectivos en la promoción de unas mejores condiciones de vida.

- Apoyar a los psicólogos que tienen su ejercicio profesional de una forma liberal o privada, por medio de asesoramiento fiscal, laboral, de seguridad social, honorarios etc.

Dificultades encontradas

Para llevar a cabo todos esos planteamientos, funciones y objetivos, hemos encontrado (entre otras muchas) algunas dificultades que existían desde antiguo:

- Indefinición y confusión de la sociedad en cuanto al rol del psicólogo.

- Polémica planteada por las distintas escuelas y prácticas profesionales diferentes.

- Paro y subempleo masivo.

- Dificultades de tipo formativo, masificación universitaria, alejamiento de los planes de estudio de la realidad social.



- La falta de colaboración (cuando no oposición) de los poderes públicos a la introducción del psicólogo en las escuelas, hospitales, centros de salud, etc.

- Falta de una infraestructura administrativa suficiente que pudiera llevar a cabo todos los objetivos planteados.

- Falta de una normativa clara como colectivo y como profesionales individuales.

La Delegación de Madrid

Por razones de distribución territorial, la falta de secciones de psicólogos que estuvieran funcionando en su momento, la Delegación de Madrid es una macrodelegación que abarca las provincias de:

- Madrid
- Toledo
- Guadalajara
- Cuenca
- Ciudad Real
- Albacete
- Murcia
- Cáceres
- Badajoz

Por otro lado tenemos que atender a la Secretaría Estatal del Colegio que radica en Madrid.

Además nos encontramos con el impedimento legal, del que os hablará ampliamente nuestro Asesor Jurídico Liborio Hierro en el tercer punto del orden del día; de que la personalidad jurídica radica en la Junta de Gobierno Estatal y que sólo por delegación de ésta las distintas Delegaciones pueden operar a su nivel. Ahora este aspecto lo tenemos garantizado por la descentralización opera por la Junta Provisional de Gobierno que permite la suficiente autonomía a las Delegaciones y a sus Juntas de Gobierno, y en nuestro caso por estar en Madrid el único órgano gestor (la Secretaría Estatal) que nos permite la suficiente movilidad e iniciativa.

De ahí que estemos adoptando iniciativas en orden a mantener la mínima normativa legal que nos garantiza un funcionamiento lo suficiente-

mente flexible y democrático que nos permita no quedarnos parados.

Esta misma Reunión Informativa entra dentro de esa consideración. En realidad esta Reunión debería ser la Junta General Constituyente de la Delegación de Madrid pero en tanto la Junta Definitiva Estatal no sea elegida y dicte normas de funcionamiento, estas iniciativas son producto de las posibilidades de cada Delegación y de las ganas de hacer cosas que sus colegiados tengan.

La Junta de la Delegación de Madrid

Al igual que en el caso de la Junta Provisional, la Junta de Madrid tiene su formación en la Junta de la Sección de Psicólogos del Colegio de Licenciados que, como sabeis, fue elegida en Febrero de 1979 y que ha estado integrada por todos nosotros excepto tres sustituciones que hubo que operar por tres dimisiones que se plantearon en su día.

Estamos integrados varios miembros de esta Junta de Madrid en la Junta Provisional de Gobierno, y en algún caso duplicamos cargos como el de Decano-Presidente y Secretario.

La Junta de la Delegación que al igual que la Estatal es provisional, está compuesta por:

Esta Junta terminará su gestión en el momento en que la Junta de Gobierno Estatal elegida en las elecciones que se celebrará el próximo día 5 de marzo, tome posesión. En estas elecciones os pedimos que participéis activamente.

Hemos pretendido con esta organización cubrir un amplio espectro de actividades a desarrollar, pero que no se agotan en ellas, ya que las necesidades son muchas y en muchas ocasiones quedamos desbordados en nuestra propia dedicación y organización.

Nuestros objetivos como Delegación se confunden con los generales del Colegio, por lo que sería reiterativo hablaros de ello, pero podemos adelantar que en lo tocante a los problemas de colegiación que están surgiendo a propósito de dar cumplimiento a la ley y las restricciones que la misma establece, tenemos una idea clara y decidida de introducir las reformas necesarias con una visión integradora y flexible.

Por otra parte, el reunirnos hoy aquí era una necesidad que veníamos notando desde hace algún tiempo, con el fin de transmitir cuanta información necesitarais (al margen de las notas informativas y otros medios de comunicación que hemos establecido) y para recibir nosotros cuantas ideas, sugerencias, participación directa, etc., que para la marcha de un Colegio democrático y profesional creemos debemos recabar.

El Colegio no es un partido político, ni un sindicato, ni siquiera una asociación, pero aún con la carga negativa en el orden corporativo que tienen en nuestra sociedad los Colegios Profesionales, queremos que su funcionamiento, estructura, dinámica y organización sea democrática y progresiva. Nuestra profesión no se puede (o no debe) permitir otro tipo de gestión.

En esta etapa difícil esperamos seguir contando con vuestro apoyo, colaboración, trabajo e integración en las distintas comisiones y actividades, para que sea un organismo vivo, que sirva de lugar de discusión y encañemos al Colegio (realidad hoy después de muchos años de lucha, realidad incipiente y frágil aún) y a nuestra Delegación que en su día será Colegio autónomo, hacia el encuentro de esa identidad de nuestra profesión, identificada con los problemas de la sociedad, de los ciudadanos y que sirvamos como dinamizador de toda esa problemática y nunca como transmisores de escalas de valores dominantes y trasnochados. Muchas gracias.

Resumen de actividades

Si consideramos que la Delegación de Madrid se constituyó el 24 de Mayo de 1980, por acuerdo de la Junta Provisional de Gobierno, y que se comenzó la Colegiación el 26 de Mayo, la principal actividad desarrollada desde esa fecha hasta el 31 de Diciembre ha sido la de Colegiación y la de organizar la estructura económica-administrativa de la Delegación.

Por otra parte, hay que señalar que dada la cualidad de Madrid como capital del Estado, muchas actividades que corresponden a la Junta de Gobierno del Colegio a nivel estatal, se desarrollan desde la Delegación, por lo que resulta a veces difícil diferenciar cuando una actividad es de la Delegación o del Colegio.

Un resumen breve y conciso de las principales actividades desarrolladas, sería el siguiente:

1. MESAS REDONDAS:

1.1. La formación del Psicólogo en la Universidad: Situación actual y perspectivas. (8-5-80).

1.2. Psicología y salud. (13-5-80).

1.3. La función del Psicólogo en la Escuela. (22-5-80).

1.4. El Psicólogo y su problemática en la empresa. (27-5-80).

1.5. Psicología y Marginación. (3-6-80).

1.6. Funciones de los Colegios Profesionales: El Colegio de Psicólogos. (9-6-80).

El interés que revistieron las Mesas, por los participantes y las intervenciones que se desarrollaron, nos animaron a transcribir las cintas que recogían las ponencias y discusiones, y preparar su publicación. Un breve resumen de cada una aparecerá en el Boletín de próxima aparición, y las versiones extensas se publicarán en breve plazo, como folletos.

2. CURSOS:

2.1. Bases psicogenéticas de la Pedagogía Operatoria, Aurora Leal y Rosa Sellarés, del I.M.I.P.A.E. de Barcelona, del 2 al 11 de Julio, en sesiones de dos horas.

3. JORNADAS Y SEMANAS:

3.1. Semana de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, del 5 al 9 de Mayo. Carlos Camarero y

Adolfo Hernández, Presidente y Secretario de la Delegación presentaron una comunicación sobre "Perspectivas y funciones del Colegio de Psicólogos".

3.2. Semana de la Salud Mental: Encrucijada actual y perspectivas. Del 20 al 25 de Octubre. Organizada por el Gabinete de Estudios y Asesoramiento de la Fundación Hogar del Empleado, colaboraron en su organización, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Federación Española de Asistentes Sociales, y nuestro Colegio, representado por la Delegación. Presentamos dos ponencias: "Panorama actual de las necesidades en el ámbito de la prevención en Salud Mental", por Mariana Segura y "Análisis de la Prevención en Salud Mental en la Ley de Reforma Sanitaria", por Pilar Arranz. Carlos Camarero presentó, a su vez, una ponencia sobre "Alternativas a la Salud Mental", en la sesión de clausura.

Dichas comunicaciones se publicarán en el próximo Boletín.

4. ACTIVIDAD PUBLICA:

4.1. El Presidente nos representó en el Jurado Nacional del Premio infantil "Día del Libro", organizado por el Ministerio de Cultura.

4.2. Carlos Camarero y José Ma Prieto participan en la Comisión Nacional de Seguridad Vial, que va a modificar el procedimiento de obtención del Carnet de conducir, y en la que se discuten los requisitos y aptitudes psicofísicas, que es preciso examinar para la obtención de carnets de conducir especiales. Una nota extensa del contenido de las discusiones, las propuestas presentadas por el Colegio, y el resultado final, se publicarán en el Boletín.

4.3. El Presidente participó en las primeras reuniones del Comité Directivo del II seminario Iberoamericano de orientación Escolar y Profesional, a celebrar en la primavera de 1982.

4.4. El Presidente y Secretario informaron en la Asamblea del Colegio de Licenciados de Madrid, celebrada en Abril, de la creación del Colegio, y agradecieron la colaboración del Colegio de Licenciados en la puesta en marcha del Colegio.

5. COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO:

5.1. Psicología Escolar.

Un pequeño grupo de compañeros se reunieron a lo largo de Septiembre y Octubre para preparar una respuesta al escrito del Ministerio de Educación aparecido en el Boletín Oficial de las Cortes de 19-6-80, en el que el Ministerio venía a decir que la Orientación corresponde en primer lugar al profesorado y que en su momento se potenciarán los actuales Gabinetes Provinciales de Orientación, y en el que se revelaba la absoluta confusión sobre los profesionales que pueden trabajar en el área y sus posibles funciones, que tienen las autoridades de dicho Ministerio.

Fruto de esas reuniones, y de otra con expertos de otras Delegaciones (Cataluña, Valencia y Navarra), fue la preparación de un escrito, que una vez aprobado por la Junta Provisional de Gobierno, le fue remitido al Ministerio de Educación. Se publicará en el Boletín.

De esas reuniones surgió el núcleo de compañeros que han promovido la Comisión de Psicología Escolar, cuya primera reunión oficial tuvo lugar el pasado 15 de Diciembre, y de cuyos planes y actividades se os informará más adelante.

5.2. Psicología Clínica.

La primera reunión pública se efectuó el pasado 18 de Diciembre si bien las compañeras de la Junta de Gobierno de la Delegación que han promovido esta Comisión han venido realizando diversas actividades, apoyadas por otros compañeros, tales como la participación en la Semana de Salud Mental, ya comentada, la preparación de la Mesa Redonda sobre Psicología y Salud, la elaboración de un informe sobre criterios mínimos que deben tener los informes psicológicos para ser aceptables, etc.

5.3. Psicología del Trabajo.

Su primera reunión tuvo efecto el 16 de Diciembre. Como en los casos anteriores, previamente hubo una labor de preparación de actividades, como la Mesa Redonda de Mayo, contactos con profesionales, etc.

En otro punto del orden del día, se

presentaran los proyectos de estas tres comisiones.

6. ACTIVIDADES REIVINDICATIVAS

6.1. Carta al Ministerio de Educación, el 13-10-80, ya comentada anteriormente.

6.2. Carta y entrevista en Mayo con D. Juan Ramirez Cardús, Director General del Instituto Nacional de Educación Especial, interesándonos por los planes de dicho Instituto, y manifestando nuestras opiniones al respecto.

6.3. Diversas cartas al Subsecretario y Secretario de Estado de Sanidad reclamando información sobre las oposiciones de psicólogos (79 plazas) de la AISNA, convocadas en 1976. Última carta el pasado 14 de Octubre.

6.4. Centros de Promoción de Salud Municipales.

Si bien nos felicitamos de la política del Ayuntamiento de Madrid al potenciar los C.P.S. y al transformar plazas de médicos generales en otras plazas, entre las cuales dos psicólogos por cada C.P.S., nos pusimos en contacto con el Delegado de Sanidad y con el Alcalde, manifestando nuestro deseo de colaboración en la confección de temarios para las oposiciones, elaboración de perfiles profesionales, formalización de Tribunales de oposiciones, etc. Asimismo manifestamos nuestra crítica a que la contratación en su primer momento no se hiciera mediante concurso-oposición público, lo que a nuestro parecer perjudicaba el principio de igualdad de oportunidades, y podría favorecer prácticas de favoritismo.

6.5. Leganés. Dirigimos también un escrito a la Delegación de Sanidad del Ayuntamiento ya que hubo un error en el anuncio de prensa en la que se ofrecían plazas en el Centro Municipal de Planificación Familiar, en el que se hablaba de un "trabajador social" sociólogo o asistente social, cuando las funciones que se especificaban correspondían al psicólogo.

6.6. Se han formulado sendos escritos denunciando un presunto caso de intrusismo, ante denuncia presentada al Colegio, en el I.N.E.F. y una empresa de selección.

6.7. Se escribió al Ayuntamiento de Majadahonda, ante la posible desaparición de una plaza de psicólogo en un centro de planificación dependiente del Municipio.

6.8. Entrevistas con D. Juan Manuel Reol, ponente de U.C.D. en la Comisión parlamentaria sobre la reforma Sanitaria, para la inclusión del psicólogo en la Ley de Reforma Sanitaria.

7. ASESORIA JURIDICA

Los aspectos jurídicos, están preparando diversos dictámenes, sobre los siguientes temas:

- Impuestos Municipales sobre radiación de Profesionales que afecta a los Gabinetes y profesionales liberales.
- Licencia de apertura de Gabinetes.
- Publicidad profesional.

A su vez, en breve plazo, se editará documento sobre la fiscalidad de los profesionales liberales, y otro sobre la seguridad social de los compañeros que trabajan a nivel privado como autónomos.

8. OTRAS ACTIVIDADES

8.1. Enmiendas a la Ley de Minusválido.

8.2. Enmiendas al Estatuto de Centros Escolares.

8.3. Preguntas de los Diputados Socialistas D. Jesús Fuentes y D. Angel Días, sobre "Actuaciones del Gobierno en Educación Especial", haciendo mención especial a si en los equipos multiprofesionales se van a incorporar psicólogos, y en caso afirmativo mediante qué sistema de contratación. (18-4-80).

8.4. Pregunta del Diputado socialista D. Jesús Fuentes sobre "Equipos multiprofesionales en educación especial". (17-XII-80).

8.5. Pregunta de D. Jesús Fuentes, Diputado del P.S.O.E. sobre irregularidades en la convocatoria de oposiciones libres para psicólogos en la A.I. S.N.A. (20-XI-80).

8.6. Proposición no de Ley del G.P. Socialista sobre ampliación de la representatividad de la Comisión Española Año Internacional de los disminuidos psíquicos, físicos y sensoriales, solicitando que se incorporen, entre otro, un representante del Colegio Oficial de Psicólogos. (24-X-1980).

Esta proposición fue rechazada.

PRIMERA JUNTA ELECTA

El pasado 28 de marzo tomó posesión de la primera Junta de Gobierno elegida en un acto celebrado en la sede social del Colegio. La toma de posesión tuvo lugar la proclamación de los resultados electorales. Estos arrojan las siguientes cifras:

Centro electoral: 3269. Papeletas emitidas: 422. Papeletas válidas: 387.

Papeletas en blanco: 7. Papeletas nulas: 28.

Decano: D. Carlos Camarero (Madrid) 357.

Vicedecano: D^a Mercé Pérez i Salanova (Cataluña) 349.

Secretario: D. Adolfo Hernández (Madrid) 346.

Vicesecretario: D. Vicent Bermejo (P. Valencia) 348.

Tesorero: D. César Gilolmo (Madrid) 355.

Vocales: D^a Carmen Amorós (Cataluña), D. Juan Luis Piñero (Andalucía), D. Rafael Burgaleta (Madrid), D^a Itziar Cabieces (Euskadi), Alfredo Fierro (Castilla), D. Alfons Icart (Cataluña), D. Miguel Angel Martín (Andalucía), D. Miguel Pérez (Galicia), y D^a Nuria Silvestre (Cataluña).

Esta toma de posesión pone fin a la etapa de provisionalidad; una de las tareas que acometió con toda urgencia la nueva Junta fue la redacción de los Estatutos definitivos del Colegio.

SEGURIAD VIAL

El Colegio participa en esta comisión que va a regular el nuevo procedimiento para la obtención del carnet de conducir y más en concreto los requisitos y aptitudes psicofísicas necesarias para los carnets de conducir clases C, D y E.

INTRUSISMO

Se han iniciado trámites para cubrir posibles trámites de intrusismo en una empresa de consulting, en el INEF y en la delegación del ISERSO en Las Palmas. Las gestiones han dado resultados positivos: en uno de los casos nos contestaron señalando la existencia de psicólogos colegiados y en el tercero la protesta del Colegio ha logrado detener un proceso de selección llevado

por personal no titulado en psicología.

Por otra parte, la Asesoría Jurídica ha elaborado un informe sobre el tema del intrusismo señalando qué tipo de actuaciones puede desarrollar el Colegio en este terreno; tales actuaciones tropiezan con el obstáculo de la inexistencia de un estatuto profesional que delimite funciones, competencias y titulación del psicólogo.

PUBLICIDAD PROFESIONAL

Ante los problemas que afectaron a varios compañeros al anunciarse en la prensa y recibir a consecuencia de ello cartas de los Colegios de Médicos apercibiéndolos, así como de las Jefaturas de Sanidad la Junta, asesorada por la Asesoría Jurídica, señaló en un dictamen que los Colegios Médicos no son competentes en esta materia respecto a nosotros. Lo que sí es preceptivo es que todo psicólogo que quiera anunciarse en la prensa necesita solicitar un visado de la Jefatura de Sanidad Provincial correspondiente. Por otra parte la Junta escribió al Ministerio de Sanidad solicitando de éste que tuviera en cuenta el criterio del Colegio a la hora de decidir sobre los contenidos de los anuncios de tipo psicológicos.

EJERCICIO LIBERAL DE LA PROFESION

Desde el primer momento la Junta provisional valoró la necesidad de apoyar a los compañeros que trabajan a nivel privado.

En este sentido hay tres proyectos en marcha:

- * Un documento fiscal en el que se explica detalladamente cómo realizar la estimación objetiva singular.

- * Información sobre cómo afiliarse a la Seguridad Social como autónomos, y trabas que pone la Administración.

- * Requisitos generales para abrir un gabinete.

De estos tres estudios se derivarán documentos que se difundirán a todos los colegiados.

La formación del psicólogo en la Universidad

La primera de las mesas redondas que la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos organizó como lugar de encuentro del recientemente creado Colegio Profesional con sus miembros actuales y futuros tuvo como tema de comentario y discusión la enseñanza de la psicología en la Universidad. Un tema que a todos nos ha afectado, nos afecta y nos seguirá afectando, por cuanto todos los profesionales de la psicología hemos pasado por las aulas universitarias, con mayor o menor fortuna o aprovechamiento, por cuanto para bien o para mal las enseñanzas allí recibidas condicionan de algún modo nuestra actividad actual como psicólogos, y por cuanto de lo que sea en el futuro la enseñanza universitaria previa a nuestra titulación va a depender no solamente nuestra utilidad social, sino buena parte de la imagen que la psicología ofrece al exterior.

El criterio que la Junta Provincial de la Delegación de Madrid consideró más realista e independiente fue el de invitar para formar parte de la mesa de ponentes a profesores de las Universidades Complutense y Autónoma de Madrid, cuyos planteamientos y soluciones del problema fuesen complementarios, cuando no marcadamente divergentes e incluso encontrados. Creemos sinceramente que este es el único camino para evitar el tinte monocolor de que adolecen las discusiones públicas sobre éste y otros temas que nos afectan. En una mesa redonda, si en algo debe diferir de la exposición magistral, ha de ser precisamente en su mayor riqueza de enfoques de un mismo problema. Ni uno solo de los profesores en que se pensó desde el principio, rechazó la invitación. Y esto dice mucho y bueno sobre las relaciones que se perfilan entre el Colegio de Psicólogos y los centros universitarios en que se enseña psicología.

De esta manera, el ocho de mayo pasado se inició a las siete y media de la tarde la mesa redonda, presidida por los Profesores Juan A. Del Val y José Antonio I. Carroble, de la Autónoma de Madrid, y por los Profesores María del Carmen Muñoz Tedó y Francisco de Asís Blas Aritio, de la Complutense, actuando de moderador Rafael Burga-

leta. Asistieron unas cuarenta personas.

A cada uno de los integrantes de la mesa se le había encomendado un diferente enfoque del problema de la enseñanza universitaria de la psicología. Sus exposiciones, ceñidas por la brevedad de este tipo de intervenciones, versaron sobre "Las especializaciones y la investigación psicológicas en la Universidad" (Profesor Carroble), "Didáctica en la formación del psicólogo en la Universidad" (Profesor Del Val), "El qué, el cómo y el para qué de la selectividad" (Profesor Blas Aritio) y "Profesorado y especialización" (Profesora Muñoz Tedó).

Puede decirse que a lo largo tanto de las exposiciones previas como de las discusiones flotaba en el ambiente un acuerdo tácito: la urgencia de la reforma de la enseñanza de la psicología en la Universidad, basada esta urgencia en las experiencias de quienes tomaron contacto con esta enseñanza como alumnos y de quienes actualmente continúan dentro de la Universidad como profesores. También puede considerarse que había un acuerdo tácito en que la actual situación, creada por la aparición de las primeras Facultades de Psicología, por la organización de planes de estudio autónomos y por la posible concesión del nivel experimental a algunos de nuestros centros universitarios, parece favorecer un planteamiento más radical de las necesarias reformas.

Pero, partiendo todos de estos mismos supuestos, las perspectivas de solución que se fueron ofreciendo no caminaban en una misma dirección. Resulta imposible resumir en pocas líneas una serie de intervenciones de sumo interés. Pero, aún corriendo el riesgo de generalizar excesivamente, puede decirse que a lo largo de las dos horas y media de desarrollo de comentarios y discusiones se pudieron perfilar dos orientaciones fundamentales. La primera, postulada especialmente por el Profesor Del Val, muy coherente con anteriores publicaciones suyas sobre este tema, se inclinaba hacia una remodelación en profundidad de la enseñanza universitaria de la psicología basada en los siguientes puntos: puesta al día de los contenidos que se impar-

ten en nuestras Facultades, contenidos frecuentemente obsoletos y alejados de la psicología que se hace hoy día fuera de nuestro país; insistencia en el concepto de psicología como ciencia natural, rigurosamente empírica y, al tiempo, socialmente útil; necesidad de una profundización en la llamada psicología teórica, que debe enseñarse desde el principio con una base empírica, práctica, que no debe identificarse con la psicología aplicada; conveniencia de retrasar el contacto de los alumnos con la psicología aplicada a un estadio posterior a la enseñanza propiamente universitaria, para lo cual se contaría con la colaboración de otras instituciones. De este modo, se evitaría la amalgama de psicología pseudo-teórica y pseudoaplicada que integra gran parte de la enseñanza actual de la psicología, que a nadie satisface y para nada concreto prepara.

La segunda orientación, defendida claramente por el Profesor Carroble, por algunos miembros asistentes del Colegio y, al menos en parte, por la Profesora Muñoz Tedó, se puede resumir en los siguientes puntos: conveniencia de no olvidar la perspectiva de la psicología como ciencia social, sin separarla de su rigor de ciencia natural; necesidad de que esa perspectiva sea vivenciada por los alumnos desde sus primeros años de formación, pero especialmente en los dos últimos cursos de enseñanza universitaria; incorporación, en consecuencia, de la enseñanza y prácticas de la psicología aplicada, en sus distintas ramas, al ciclo de docencia universitaria; urgencia de institucionalizar el contacto entre el cuerpo docente de psicología en la Universidad y las necesidades reales de nuestra sociedad, para lo que es imprescindible la presencia del Colegio de Psicólogos a la hora de formulación de los planes de estudio y, en general, de la didáctica universitaria de la psicología.

Ambas orientaciones, que se ha procurado resumir en sus aspectos más positivos, se debatieron ampliamente. Lástima que la importancia del tema no dejara tiempo para analizar otras cuestiones, que se plantearon y quedaron sin tratar apenas: posibilidad de una titulación intermedia en psicología (Profesor Rodríguez Sanabra),

perspectivas futuras de la Escuela y del Instituto de Psicología (Profesora Pilar Calvo), sistemas de reciclaje del profesorado, etc.

Tal vez la conclusión más clara que se podría extraer de esta mesa redonda, desarrollada, por lo demás, en un clima de distensión y cordialidad, es la de que por debajo de los problemas docentes y profesionales de la psicología,

al menos por debajo de un buen número de ellos, yacen posturas distintas y probablemente vivencias diferentes relativas a lo que realmente es la psicología y relativas a cuáles son sus objetivos fundamentales. En este sentido, resultó muy esclarecedora la intervención de la Profesora Aurora Murga acerca de la urgencia de poner sobre el tapete este problema. Se trata de un

reto que el Colegio de Psicólogos debe recoger y probablemente proponer como tema para un futuro coloquio.

Rafael Burgaleta

Funciones de los Colegios

El pasado 9 de Junio y organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos se celebró una Mesa Redonda sobre las funciones de los Colegios Profesionales. Participaron Carlos Camarero, Decano de la Junta Provisional de Gobierno del Colegio de Psicólogos, que actuó también como medrador; Daniel Lacalle como experto en sociología de las profesiones; Francisco Ramos, Diputado del PSOE por Toledo y Decano del Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; y Carlos Sánchez Reyes, Decano del Colegio de Economistas. Estaba prevista la participación de otros profesionales que por diversas causas no pudieron asistir.

En la primera exposición los participantes coincidieron mayoritariamente en la utilidad social de los colegios. Carlos Camarero planteó que la psicología surge como una ciencia que tiene que dar respuesta a las necesidades sociales derivadas de los enormes cambios en los actuales modos de vida. El Colegio debe ser un instrumento que luche por la implantación de la psicología en las condiciones más útiles y justas para la sociedad y los profesionales. En este sentido, el Colegio debe intervenir en el desarrollo legislativo, Ley de Reforma Sanitaria, Ley de Minusválidos, Estatuto de Centros Docentes, etc. Deberá proponerse la defensa de la profesión y del ciudadano, elaborando una Deontología profesional y un Estatuto que establezca el marco y las condiciones de actuación del Psicólogo. Debemos tratar de que la psicología sea un servicio público al que tengan acceso todos los ciudadanos.

El Colegio debe también ser un lugar de encuentro y debate profesional, un medio para la integración de las distintas corrientes y un instrumento para el reciclaje continuo de los profesionales.

Francisco Ramos y Sánchez Reyes coincidieron básicamente con lo anterior.

Para el Decano del Colegio de Políticas la regulación que del tema de los Colegios hace la Constitución es positiva, aunque se debe conseguir una ley que haga de éstas entidades autónomas de la tutela administrativa. El Colegio debe servir para convencer a la Sociedad de la necesidad de la profesión.

Según Sánchez Reyes, la función social del Colegio y la de defensa de la profesión no son contradictorias. Podría entenderse que la defensa de una profesión con unas condiciones determinadas es, a la vez, la lucha por ofrecer unos mejores servicios a los ciudadanos. Puede acusarse a un colegio de corporativismo, pero también tienen la función de defenderse de otros gremialismos y en el caso de profesiones nuevas como las nuestras de gremialismos mucho más fuertes y más profundamente corporativistas.

El Colegio también debe ocuparse de integrar al profesional en la sociedad. A través de sus conocimientos, los profesionales pueden ser útiles a la Sociedad y el Colegio puede actuar como medio para la adaptación del titulado a las necesidades sociales, haciéndolo desde una perspectiva científica y deontológica y no desde posiciones no democráticas como hacen otras instituciones ligadas a grupos de presión.

El Colegio es, además, una plataforma de crítica y debate entre profesionales, una vía más de participación social y no exclusivamente corporativa.

Daniel Lacalle hizo la exposición más crítica. Aludió repetidas veces al peligro de corporativismo. Según Lacalle, las asociaciones y colegios de profesiones tituladas tienen el objetivo funda-

mental del control de una parcela del mercado de trabajo. Esto lo consiguen en primer lugar dando validez al título que establece el monopolio de la práctica profesional y luchando por el reconocimiento social de la profesión y contra el intrusismo.

Hay, según él, dos realidades sociales que se oponen a estos objetivos. El paro y el subempleo y la necesidad que tiene el sistema productivo de sustituidad de los puestos de trabajo. Según Lacalle, cualquier título debería servir para una gran variedad de puestos de trabajo.

Los colegios en gran medida ocultan las necesidades sociales y sirven como autojustificación ideológica de la profesionalidad.

Esta intervención fue la más debatida en el coloquio.

Se consideró que, aunque es cierto que hay una deformación corporativista o una tentación de tal, hay aspectos muy positivos y socialmente necesarios en los Colegios y en las profesiones que tratan de defender. Las profesiones tituladas existen de muy antiguo y han cumplido un papel social cultural y productivo muy importante. El hecho de que la ciencia y la técnica hayan sido utilizadas en uno u otro sentido no impide que hayan sido un factor de progreso y que precisamente si son las fuerzas del progreso las que las impulsan, jugarán ese papel y no otro.

Los Colegios tiene, entre otros, el valor de racionalizar la práctica profesional. Si estos no existieran como dijo Sánchez Reyes los grupos de presión se encargarían de realizar esa labor. El Colegio ofrece la posibilidad de hacerlo más democráticamente.

Tampoco podemos actuar como si los colegios y las profesiones tituladas no existieran, pues existen hace tiempo y algunas auténticamente privilegiadas.

Teniendo en cuenta esa realidad y sus deformaciones, es como podremos con iguales instrumentos contribuir a la democratización de los cuerpos profesionales.

No obstante, agradecemos desde aquí la intervención de Lacalle porque vemos clara la existencia de ese peligro y hay que ser muy conscientes y críticos hacia él.

En el coloquio también fue muy debatida la "Unión Profesional" que lanzó Pedro Rius meses atrás.

Se analizó como vía de solidaridad interprofesional muy elitista y cerrada (la asociación es para los decanos de los distintos colegios), y que no permitiría una comunicación democrática entre las distintas profesiones. Se vió no obstante que esta comunicación in-

terprofesional era muy necesaria y que se deberían promover con urgencia alternativas más abiertas de cooperación.

El psicólogo y su problemática en la empresa

La mesa Redonda, cuyo tema central giró en torno al psicólogo y su problemática en la empresa, tuvo lugar el 27 de Mayo último. Presidió la Mesa el Dr. José A. Forteza y participaron a nivel de ponentes Aurora Murga, José M^a Prieto, Pilar Domínguez, Pilar Varela, Víctor Pérez y Pedro Bautista. Los asistentes fueron un grupo no muy nutrido pero sí profesionales, casi todos ellos, en este ámbito.

De entrada se pone de relieve un hecho: el concepto de "psicólogo industrial" no recoge de forma adecuada el desarrollo real de la Psicología en el mundo del trabajo. Se propuso la redefinición en términos de Psicología del Trabajo. Así desde el punto de vista semántico queda señalada, con amplitud de miras y flexibilidad, la esfera de desenvolvimiento funcional; mientras que resultan incompletas o parciales las definiciones en términos de Psicología de Empresa, ergonomía, industrial, meramente laboral o de personal. El ámbito de incidencia corre paralelo a los sectores primario, secundario y terciario de la población activa. Se propusieron tres objetivos fundamentales, la investigación, desarrollo y aplicación de técnicas psicológicas en relación con:

1. El hombre como individuo en su trabajo.

2. En relación con la problemática específicamente humana de las organizaciones.

3. En conexión con la inserción del hombre, individualmente o en grupo, en los distintos colectivos de producción y servicios.

Cuatro fueron las funciones profesionales claves que todo psicólogo del trabajo puede desarrollar en cualquier empresa o entidad:

1. **FUNCIONES EN RELACION CON LA ORGANIZACION**

- Conflictos entre grupos de trabajo.

- Conflicto hombre-organización.
- Tratamiento de las tensiones sociales.

- Estudios sobre liderazgo y ambiente de trabajo.

- Tratamiento de la información.

2. **FUNCIONES EN RELACION CON LAS TECNICAS DE PRODUCCION**

- Estudios sobre motivación.
- Cambios en los sistemas de trabajo:

* Enjuiciamiento de tareas.

* Grupos semiautónomos.

* Etc.

- Humanización de la ingeniería.

- Estudios sobre absentismo.

- Otros temas específicos.

3. **FUNCIONES EN RELACION CON LAS TECNICAS DE PERSONAL**

- Selección.

- Formación.

- Gestión Previsional del Personal.

* Diseño de carreras.

* Seguimiento.

* Evaluación del potencial.

- Promoción.

- La retribución como motivación.

- Seguridad e Higiene.

4. **FUNCIONES EN RELACION CON EL HOMBRE COMO INDIVIDUO**

- *Tratamiento de casos concretos.*

- *Orientación profesional.*

- *Ajuste persona-puesto.*

- *Apoyo a sus problemáticas de orden familiar, social, etc.* En el diálogo posterior se llegaron a acuerdos globales sobre esta definición y propuestas de Víctor Pérez.

Seguidamente se planteó el tema del status del psicólogo del trabajo, tanto respecto a la dirección como respecto al colectivo sindical de cada empresa. Se discutió tanto lo referente a las complicaciones en organigrama como de imagen social ante la plantilla. Quedó claro que el status oscila mucho de empresa a empresa; que es heterogeneo y cambiante en función de cada

realidad y cada época; que está mediada por la escala de valores empresariales y sindicales vigentes en cada contexto; que, en cuanto práctica psico-social, es muy susceptible de convertirse en instrumento de manipulación a favor de quien contrata. Quedó claro que la defensa de la autonomía profesional debía oscilar entre dos pivotes: el deontológico-personal y el del colectivo colegial, aunque sin pasarse a mayores especificaciones. Los participantes trajeron sus puntos de vista, mayoritariamente coincidentes, con los expuestos por la ponente Pilar Domínguez.

Jos M^a Prieto, en su ponencia, aludió a la temática Universidad-Empresa desde tres perspectivas:

1. El diseño de los estudios que se cursan en la carrera ¿tienen en cuenta lo que se requiere para el ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología del Trabajo?

2. Los cursos de especialidad en Psicología Industrial impartidos en la Escuela de postgraduados ¿están funcionalmente orientados a la práctica posterior en las empresas?

3. ¿Cómo puede ganar operatividad y funcionalidad la sección de Psicología del Trabajo en el seno del Colegio?

Tanto el ponente como quienes intervinieron reconocieron la desconexión entre la Psicología Teórica que se enseña y la Psicología Aplicada que se utiliza. Quedó evidente que los planes de estudio fueron pensados desde la Facultad para la Facultad y que, particularmente, esta especialidad es la que viene dejada más de lado en la carrera por lo que quien termina su licenciatura conoce poco del quehacer de los Psicólogos del Trabajo. Igualmente se evidenció que los cursos de especialidad están destasados respecto a la dinámica actual vigente y los profesores presentes enfatizaron su

buena disposición respecto al cambio que reconocen es preciso. Se sugirieron vías concretas para su agilización y puesta en marcha.

EN cuanto a líneas de actuación en calidad de sección del Colegio se apuntaron alternativas autónomas de trabajo, según tres opciones paralelas:

1. Formación y discusión interprofesionales.

2. Control del ejercicio profesional.

3. Contacto progresivo con instituciones, organismos, empresas y sindicatos para ampliar puestos de trabajo en función de programas-oferta concretos para cada sector.

Finalmente Pedro Bautista esbozó algunas reflexiones en torno a la configuración de un posible código deontológico. Dos son las razones básicas que lo avalan:

2. El respecto a la persona, que viene marcado por la Constitución artº 1º.

2. La defensa del status del psicólogo como garante de la confiabilidad e intimidad de sus análisis e informes, con particular énfasis en los problemas que suelen surgir a partir de la información psicotécnica (en lo que concierne a individuos) o bien estudios organizacionales (en lo que compete al colectivo de trabajadores).

Se puso de relieve tanto la pobreza de los textos legales disponibles como de los antecedentes en otros países. Los primeros son corregibles a medio o largo plazo; los segundos merecen ser objeto de discusión detallada toda vez que la experiencia los ha convertido en desfasados o en inoperantes.

El debate fue amplio, con numerosas participaciones, ya que las personas presentes llevaban, en su mayoría, trabajando años en el sector y los temas planteados sintonizaban con la problemática en vigor. Se acordaron reuniones monográficas de continuidad a partir de este otoño.

Psicología escolar

La Mesa tenía como objetivos hacer una definición de las funciones del psicólogo en la escuela a través de la exposición y debate sobre diversas experiencias de profesionales en ejercicio. Esta definición pretendía ser sólo una primera aproximación que suministrara pistas para un debate posterior. La exposición se hizo por niveles educativos: Preescolar con la participación de Elena Lobo, EGB con la de Antonio Matamala, BUP con la de María Luis Sánchez y Educación Especial con la de María Luisa Ramón. Lo que se planteó en síntesis fue lo siguiente:

1. *El Psicólogo en Preescolar* puede ejercer dos tipos de funciones, unas de carácter institucional y otras de trabajo individual.

- La *función institucional* de un psicólogo en una guardería o preescolar es la más importante en nuestro sistema educativo actual. Este trabajo institucional tiene varias vertientes:

* Garantizar que el centro como medio educativo sea adecuado a las necesidades del niño. Lo cual supone tener en cuenta desde la distribución del espacio, hasta el horario, el número de niños por grupo y un gran abanico de detalles.

* Estudiar y orientar la relación que establece el educador con el niño y el niño con el educador.

* Investigar el funcionamiento de los grupos de niños, agrupamientos, dinámica, problemas de agresividad, celos, etc...

- Desde el punto de vista del *trabajo individual*, que ha de ir por la vía de la profilaxis y no de la clasificación,

éstas pueden ser las tareas más urgentes:

* Hacer una observación y seguimiento del desarrollo de cada uno de los niños, detectando tempranamente las crisis y momentos difíciles. En este sentido es de gran importancia orientar el trabajo de los educadores.

* Llevar a cabo una labor de orientación educativa con los padres desde una doble vertiente: grupal e individual.

- En cuanto a la *metodología* del psicólogo que trabaja en guarderías y preescolar dos aspectos parecen fundamentales:

* El valor de la observación de campo, es decir, el valor de la observación del desarrollo tanto directa del psicólogo con los niños, como indirecta, a través de una observación dirigida de los educadores.

* Que el psicólogo esté inscrito dentro de un grupo educador y colabore estrechamente en sus proyectos.

2. *El psicólogo en la EGB* puede desarrollar una tarea predominantemente individual, con los alumnos del Centro uno a uno, de aplicacionismo de pruebas, o una tarea dirigida sobre todo a colaborar en la mejora de unos métodos y contenidos dentro de la enseñanza. La experiencia de los participantes aboga por esta segunda orientación como más acorde con las posibilidades y la eficacia. En este sentido se veían como funciones importantes del psicólogo en este nivel:

* Analizar el contexto en que se da la educación escolar.

* Programar con el equipo pedagógico, teniendo en cuenta las nece-

sidades y posibilidades evolutivas del medio.

* Ayudar en los procesos de evaluación, procurando que sea objetiva y adecuada a los niveles apropiados.

* Asumir una tarea de investigación de objetivos y métodos de aprendizaje, sobre todo en aspectos como la lectura, escritura y cálculo, por su influencia en otros aprendizajes.

* Hacer un seguimiento y orientación del desarrollo del niño a nivel personal y escolar, sobre todo en los momentos críticos, que pueden ser en 3º 4º, o también en 7º-8º de EGB, por ejemplo.

3. *El trabajo del psicólogo en el BUP*, como en otros niveles, esta condicionado por una escasez de dedicación, que a la vez se deriva, en los colegios donde existe. Del coste económico que pagan los padres. Cualquier intento de lograr una mínima eficacia en este trabajo ha de pasar por una labor conjunta con los tutores y por un seguimiento grupal de los alumnos.

Entre las tareas prioritarias del psicólogo en BUP habría que poner, según la experiencia de los participantes:

* La orientación del aprendizaje de los adolescentes: enseñar a organizar el estudio, sobre todo en los cursos nocturnos, por la frecuencia de los fracasos.

* Trabajo grupal con adolescentes que propicie un desarrollo afectivo y social y una superación temprana de las crisis.

* Realizar una orientación profesional, no en momentos episódicos, sino a través de todo el ciclo. Tal orientación ha de partir de dentro del grupo,

de la información que posee y de las necesidades que tiene.

* Colaborar en la formación de los tutores.

* Ofrecer a nivel individual oportunidades de conocerse, discutir de problemática, elaborar criterios de auto-orientación.

4. *El psicólogo en la Educación Especial* está realizando su labor profesional en medio de grandes dificultades, unas son de tipo burocrático, pues en muchos casos los psicólogos no están con una clasificación laboral apropiada,

otros vienen a causa de la poca formación recibida para este tipo de actividad y en ocasiones también por tenerse que abrir en este campo, hasta ahora feudo de otros profesionales, el lugar que le corresponde.

* En el marco del nuevo proyecto que regula la Educación Especial, convendrá resolver estas dificultades con la participación de los psicólogos.

Puntos destacados en la Mesa para situar una línea de actuación profesional del Psicólogo en la escuela.

a) El psicólogo realiza un trabajo

institucional en la escuela tendente a la transformación y mejora de la misma.

b) Realiza también un trabajo individual, profiláctico, no de clasificación.

c) El psicólogo está inscrito en el equipo de educadores.

d) Entre las actividades específicas a desarrollar ocupan un lugar importante: el estudio del contexto de la escuela, la participación en las tareas de programación y evaluación y la colaboración para formar psicológicamente al profesorado.

Psicología y salud

Dentro de las actividades organizadas por el Colegio de Psicólogos, como primera "toma de contacto" del mismo con sus colegiados tras su creación, se encuadra esta "Mesa Redonda" que, bajo el título de Psicología y Salud, pretendió el análisis y la formulación de alternativas propias al trabajo del psicólogo en el campo de la Salud Pública.

Para desarrollar el tema se reunieron (por orden de intervención en la mesa) dos representantes del trabajo en Hospitales Generales, Miguel Costa y Pilar Arranz, otra representante del psicólogo integrado en un servicio de psiquiatría, Pilar Ballesteros, un psicólogo contratado para un Centro Oficial dependiente de Sanidad, Isidoro García y Julio Alvarez, otro psicólogo cuya actuación se desarrolla en un centro privado. La moderación corrió a cargo de Mariana Segura, responsable del área de Clínica de la Junta Provisional de Gobierno del Colegio de Psicólogos.

* *Intervención de Miguel Costa:* Partiendo de datos concretos acerca de la realidad clínica que se está presentando en estos momentos en las consultas médicas de nuestros hospitales (no sólo los españoles, sino los de todos los países desarrollados), datos tales como que el 50% de las personas que allí acuden lo hacen por problemas funcionales o psicofisiológicos, o que el 30% de los pacientes "tratados medicamente" no siguen las prescripciones facultativas, Miguel Costa realiza un análisis de la situación hospitalaria, que arroja las siguientes conclusiones:

1º *El cuestionamiento* (hecho ya incluso por amplios sectores de la profesión médica) *del modelo sanitario tradi-*

cional basado casi con exclusividad en la intervención de un solo profesional: el médico. Esta puesta en cuestión del modelo existente hasta ahora se debe a la evidente realidad de unos problemas para cuya resolución el médico no está preparado teórica ni prácticamente, ya que no han sido requisitos previos en su formación universitaria ni en su posterior formación práctica en un Hospital. Así, al enfrentar "medicamente" aspectos no médicos de un problema, no sólo se está infrautilizando a un profesional, que debe dedicar su tiempo a aquello para lo que no ha sido preparado, sino que además se corre el riesgo (tenemos ejemplos de este hecho) de que se genere una patología yatrogénica en el paciente.

2º *La necesidad de la incorporación de los profesionales de la psicología* (y otros profesionales, como sociólogos etc...) que aporten abordajes específicos en el análisis e intervención en esta problemática.

3º Que la realidad clínica no es, por tanto, ni psicológica, ni médica, es una estructura en diferentes niveles, que posibilita diferentes niveles de análisis, aportados por diferentes profesionales que inciden o tienen como objetivo esa realidad.

Cada nivel de análisis posee sus herramientas metodológicas propias y en el caso de la Ciencia Psicológica o Comportamental, son esas herramientas las que podrían aportar algo útil y "nuevo" en esas problemáticas cuya resolución se escapa al abordaje médico o sociológico.

4º *Que el análisis comportamental basado en la ecuación S-O-R-C:* (S: entorno estimular, O: organismos, R:

respuesta y C: consecuencia) *posibilita la valoración de los niveles "relevantes" del problema,* de forma que se aconseje una intervención más prioritaria o amplia en un sentido u otro. Por ejemplo, en el caso de la obesidad, si existen problemas endocrinológicos importantes, será el abordaje médico el más relevante (aunque no el único), mientras que si estos no existen y la obesidad está mantenida por consecuencias reforzantes que tiene el comer para esa persona, el nivel relevante de actuación será el psicológico, aunque esto quizás, no descarte la utilización de fármacos u otro abordaje médico complementario.

5º Por último, resaltó Miguel Costa *la necesidad de formación práctica de los profesionales psicólogos,* para el eficaz abordaje y dominio de la metodología psicológica clínica que le es propia.

* *Intervención de Pilar Ballesteros:* Pilar Ballesteros centró su intervención en la descripción del Servicio en el que desarrolla su labor como psicólogo (un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General) y de esa labor misma en los distintos aspectos que abarca:

"En el Servicio se desarrolla una labor de prevención y asistencia, así como de investigación y colaboración con otros Servicios". En estos niveles de actuación hospitalaria está integrado el psicólogo junto con el psiquiatra sin que hasta el momento se hayan producido problemas de "competencias".

Se manejan tratamientos farmacológicos, así como psicológicos, estos básicamente de tipo psicoanalítico, si bien a veces también se utilizan

técnicas conductuales.

Otro aspecto que la ponente cree importante es el de la actuación docente, aunque en la actualidad sea escasa y difícil de desarrollar en el entorno hospitalario.

* *Intervención de Pilar Arranz:* En la misma línea descriptiva, expuso Pilar Arranz su experiencia en de 5 años de trabajo en un Servicio no psiquiátrico de un Hospital General: el Servicio de Hematología, y en concreto en la labor que lleva a cabo con pacientes hemofílicos:

1º *Tipo de pacientes:* Niños, adolescentes, adultos, la mayoría hemofílicos a los cuales se les detecta problemas comportamentales, ya en la primera exploración llevada a cabo por el hematólogo o en la segunda que realiza el psicólogo.

2º *Niveles de actuación:*

2.1. *PREVENTIVO:* "Grupos de información a padres": en unas cinco sesiones se informa, conjuntamente con el médico, de la problemática subyacente al cuadro hemofílico, para prevenir una hiperprotección y aprendizaje fóbico en los niños hemofílicos. *"Planificación Familiar":* Información a madres que temen tener hijos y generan importantes problemas psicosomáticos por evitarlo o por el contrario llegan los embarazos no deseados.

2.2. *TERAPEUTICO:* Tratamiento de las frecuentes alteraciones comportamentales y neuropsicológicas que se presentan en los niños hemofílicos.

2.3. *INVESTIGADOR:* Amplia investigación sobre los factores de stress en niños, adolescentes y adultos con esta problemática.

2.4. *DOCENTE:* Formación psicológica del personal hospitalario que constituye junto con el psicólogo el equipo interdisciplinario del Servicio (enfermeras, médicos, fisioterapeutas etc...), para lograr un mejor entendimiento y lenguaje común dentro del equipo.

Como conclusiones de su trabajo, Pilar nos ofrecía las siguientes:

* *Posibilidad de desarrollar un trabajo útil en un Servicio no Psiquiátrico de un Hospital General.*

* *Marginación en un principio (por desconocimiento de su labor) pero integración posterior del psicólogo en el equipo interdisciplinario que trabaja en el Servicio.*

* *Conciencia por parte de especialistas de Servicios cada vez más numerosos (Cardiología, Neurología, Cirugía) de la necesidad de utilidad del aporte*

de la psicología a la resolución de esas problemáticas.

Intervención de Isidoro García: Isidoro García nos aportó los datos referentes a los Centros de Salud Mental dependientes de la Administración, es decir oficiales, que cuentan entre su personal a psicólogos clínicos. También nos habló de la labor que estos desempeñan, para terminar enfatizando la actuación preventiva de todos aquellos estamentos que están implicados en la salud del ciudadano:

Existen en la actualidad en España "Centros de diagnóstico y Orientación Terapéutica" que enfrentan la problemática infantil y juvenil, hasta los 18 años, a razón de un centro por ciudad, exceptuando las grandes capitales que disponen de más de uno.

Con la misma estructura existen "Centros de Salud Mental" para atender la problemática de los adultos, "Centros antialcohólicos" y un antiepiléptico.

En Madrid existen cinco Centros de Orientación, 5 de Salud Mental y tres antialcohólicos, con una plantilla compuesta por un médico psiquiatra como Director del Centro, otro psiquiatra ayudante, un psicólogo, un asistente social, un ATS y un administrativo. Esta plantilla a veces de "duplica" como en el caso del Centro en el que trabaja Isidoro García.

Las tareas encomendadas a los psicólogos en estos Centros es la de "psicodiagnóstico" (diagnóstico psicométrico y diagnóstico de personalidad), psicodiagnóstico requerido por el médico y que después este utiliza en su actuación terapéutica, sin que para el psicólogo suponga (salvo excepciones como en el caso del ponente) una continuidad en el tratamiento del sujeto diagnosticado.

Afirma Isidoro García que la principal actuación debería ser, sin embargo, preventiva, acción en la que se implicarán no sólo los profesionales de la Sanidad, sino también estamentos de la Justicia (jueces, abogados, etc...) y de la Opinión Pública (periodistas, artistas, etc...)

Intervención de Julio Alvarez: La aportación de Julio Alvarez desde su perspectiva de profesional que trabaja a nivel privado en el campo de la asistencia psicológica, nos ilustra de la situación deficitaria y problemática de estos Centros o "Gabinetes" como se les suele llamar. Podemos resumir en los siguientes puntos su ponencia:

1º *Realidad de los Centros Privados*

como cauce para que los psicólogos desarrollen una actividad laboral, que a nivel público les está vedada.

2º *Casi inexistente información de la actuación de los Centros* asistenciales privados, para la población que necesita sus servicios y también para los propios Centros que actúan con desconocimiento unos de la existencia de los otros.

3º *General desinformación de la población* acerca de lo que "un psicólogo" y de qué áreas cubre la Psicología, lo que aboca a errores en las expectativas y una actitud acrítica por parte de los que acuden a unos y otros Centros.

4º *Intrusismo:* Una realidad de grandes dimensiones en nuestra práctica profesional y por cuya resolución pide Julio a este Colegio y a cuantos estamentos puedan controlar o definir esta práctica.

5º *Diferentes escuelas en Psicología* que contribuyen a mantener el confusiónismo entre la población acerca de la imagen y cometido del psicólogo y, por tanto, encubren, así mismo las actuaciones de los "no-psicólogos" que realizan su "Pseudopsicología" amparados en esa falta de imagen unitaria y discriminativa del psicólogo.

Mariana Segura cierra el turno de intervenciones y da paso al coloquio, planteando la alternativa que el Colegio de Psicólogos propone como adecuada y por la que viene trabajando hace años.

Esta alternativa supondría:

1º *La implantación de un nuevo modelo de Salud* que suponga no "la ausencia de enfermedad", como hasta el momento, sino la actuación global (a varios niveles como apuntaba Miguel) y preventiva de todo un equipo interdisciplinario (énfasis de Pilar Arranz tras su experiencia).

2º *La participación del psicólogo*, en su actuación como "agente de salud" (acción básicamente preventiva), en ámbitos como la educación, el urbanismo, la salud e higiene en el trabajo, los medios de comunicación etc...

3º *La actuación directa del Psicólogo sobre el individuo* a través de programas de formación sobre el "funcionamiento de su organismo", "las pautas de comportamiento de sus hijos", "la sexualidad" etc...

4º *La modificación de respuestas ya inadecuadas*, de forma que el sujeto adquiera nuevos comportamientos, que lo hagan más consciente y satisfecho en su relación consigo mismo y los demás.

Comisión de psicología escolar

La Comisión de Psicología Escolar parte de la experiencia de muchos años de trabajo efectivo hecho por muchos psicólogos dentro de las escuelas que hoy por hoy empieza a ser del dominio público.

El objetivo por tanto de esta comisión viene perfectamente definido en el marco escolar y en todas las posibilidades de relación (a todos los niveles y en todos los planos) que en este marco se pueden dar.

A corto plazo fueron planteados los campos de trabajo en función de los intereses específicos que fueron surgiendo.

Se constituyeron así grupos de trabajo para que más adelante cada grupo formará una Subcomisión de la cual podría un representante para construir la Mesa de Psicología Escolar.

En total quedó construida por nueve miembros en función de:

Subcomisión de Psicología Comunitaria y Municipios, que abarcaría todo el campo de la actividad que actualmente se está realizando en los Centros de Salud Comunitaria, creados por el Ayuntamiento.

Subcomisión de preescolar (guardería). Donde se concentra toda la actividad que se viene realizando en psicología desde estimulación precoz pasando por las diferentes fases y tipos de guarderías para llegar a los niveles propios de preescolar.

Subcomisión de Psicología Especial, centrada en toda la actividad que tiene relación con la deficiencia, (pensando que este es un campo ya de por sí demasiado amplio, pues va desde los planos más fisiológicos a los más inespecíficos (como podría ser disminuidos físicos o hasta los deficientes por rasgos genéticos, tales como trisomías, síndrome de Down, etc)).

Subcomisión de Psicología Escolar, se consideró conveniente. Llevar adelante un trabajo específico de investigación, pretendiendo determinar causas, factores, aspectos, marcos de desarrollo, alternativas, soluciones. Papel del Psicólogo ante el fracaso Escolar.

Subcomisión para la Promoción de la Imagen profesional. Este grupo partiría de la necesidad de reivindicar puestos de trabajo en el ámbito Escolar o de Bachillerato.

Pretende este grupo trabajar en todos aquellos aspectos directa o indirectamente permitan establecer conexiones y vínculos con estamentos, Asociaciones, corporaciones y sindicatos que puedan encontrar la necesidad del Psicólogo dentro de la Estructura Escolar.

Este puede tener muchos cauces de ofertas y demandas.

Permitir una fluida información sobre las posibilidades de lo que un psicólogo puede o debe hacer y aportar.

Reivindicar el papel del psicólogo en el plano público (no sólo privado). Dada la amplitud de relaciones humanas que en esta sociedad se presenta, se necesita de profesionales que analicen las contingencias determinantes de una problemática en función de unas coordenadas dadas por el marco histórico que toca vivir en una época determinada.

La subcomisión de psicología escolar tienen dos dimensiones: una que abarca todo el campo de actuación de la psicología en la enseñanza privada, desde cooperativas hasta Centros impulsados por particulares. Dentro del campo de las guarderías, E.G.B. y BUP.

Una segunda dimensión comprende toda la Psicología que se viene haciendo dentro de la Enseñanza Estatal, E.G.B. y BUP. Las personas que trabajan en este marco se sienten demasiado desamparados ni siquiera el decreto de plantillas de próxima aplicación toma en cuenta al psicólogo. Este decreto *prima* las funciones que se hagan en el Centro Escolar; como el tipo de trabajo de Director Secretario, tutor de curso, coordinador de niveles o de etapas, etc. Lo chocante de todo esto es que la actitud reivindicativa está perfectamente integrada indicando que no hay presupuesto para el trabajo del psicólogo.

Se hace por tanto muy necesario que se solicite la presencia del psicólogo en los Centros de Enseñanza Estatales y el único camino es que sea reclamado por todos. Por ello es necesario contactos con:

- Centrales Sindicales, pues son ellas las que llevan el peso de las relaciones laborales, y las tablas reivindicativas las

presenta. Ya va siendo hora que en las tablas reivindicativas aparezca la demanda del psicólogo.

- Administración. En este momento hace falta una sensibilización para que los "padres de la patria" los tengan en cuenta a la hora de elevar a cabo sus *planificaciones*. Ello requiera una buena relación y mejores contactos con personalidades destacadas dentro de los estamentos administrativos... Ministerio de Educación.

Subcomisión de educación especial

Tras la primera reunión de la comisión de psicología escolar de Madrid, se constituye la subcomisión de educación especial.

Desde entonces hasta acá la comisión ha trabajado dos temas en especial.

1. Los equipos multiprofesionales de educación especial.

2. La formación y contacto entre psicólogos que trabajan en educación especial

y de pasada, la definición del papel del psicólogo en este campo.

En el terreno de las realizaciones concretas, se ha realizado una nueva entrevista con el Sr. Ramírez Cardús (director general de educación especial) en orden a conocer el número de nuevos equipos para el año próximo y su posible convocatoria por concurso público y cuyos resultados han sido negativos. Existe una carta publicada en el boletín del colegio al respecto.

En el otro campo se están preparando para septiembre unas jornadas de estudio e intercambio entre psicólogos seleccionados con el antismo. Su contenido es una puesta en común de los trabajos prácticos y teóricos, que nos permitan una formación a través del trabajo hecho.

La subcomisión, tras la primera reunión, ha quedado formada por tres personas, lo que ha permitido un funcionamiento más efectivo, pero menos rico en cuanto a temas de trabajos.

Comisión de psicología social y comunitaria

Con fecha 11 de Marzo de 1981 la Junta de Gobierno de la Delegación aprobó la creación de la Comisión de Psicología Social y Comunitaria, propuesta por un grupo de colegiados interesados en este área.

Con el fin de discutir los temas que pudieran integrarse en dicha Comisión se hizo una primera convocatoria de reunión el día 27 de mayo con asistencia de un nutrido número de colegiados.

El tema principal que congregaba era analizar el posible contenido de esta Comisión partiendo de la realidad concreta, que los psicólogos que trabajan en este área podían aportar. Para ello se vieron los posibles grupos de temas que a propuesta de los presentes podían integrarse en dicha Comisión.

De todos fue reconocida la variable social y comunitaria que interviene en todo nuestro trabajo y, por ello, en otras comisiones que están funcionando ahora mismo en el Colegio. Pero esto no fue interpretado como algo ajeno a la realidad sino que se intentó ver cómo una Comisión de este tipo podía enfrentarse a los distintos temas que se apuntaron sin que ello fuera una superposición de funciones y contenidos.

Como principio se aceptó la idea de concebir la Psicología Comunitaria como aquella que se enfrenta a lo colectivo como conflicto, operando en aquellos aspectos que no son propios de lo "individual".

En concreto y como áreas de trabajo que se apuntaron para perfilar más adelante y dotarles de la organización correspondiente, fueron los siguientes:

- *Psicología institucional*, donde se compendiarían todos aquellos aspectos relacionados con las instituciones y de cómo influyen en los individuos, así como cuál es el rol del psicólogo dentro de las instituciones.

- *Diseño humanístico*, englobaría aquellos temas relacionados con la ecología, diseño de ambientes, arquitectura, urbanismo, etc.

- *Inadaptación social*, centrado en los temas de menores, adolescencia y juventud, tribunal tutelar de menores, aspectos legales de aquella. También se encargaría de la organización de las Jornadas de Inadaptación en colabo-

ración con el Equipo Promesa.

- *Drogadicción y toxicomanías*, donde se trataría de centrar el tema de la intervención del psicólogo en estos temas.

- *Orientación matrimonial*, de cara a conseguir una coordinación en la actuación del psicólogo en los casos derivados del divorcio.

- *Asistencia a ancianos*, que aunque el tema sería tratado en el apartado dedicado a la psicología institucional, tendría la competencia de acometerlo desde un punto de vista específico.

- *Minusválidos, subnormales y edu-*

cación especial, donde se tratarían los temas relacionados con este colectivo desde el punto de vista de enfocar el problema comunitariamente como grupos marginales, coordinándose con los otros aspectos que son tratados organizativamente en otras comisiones, como Clínica y Escolar.

Todos estos grupos tienen todavía que perfilar sus cometidos, así como coordinarse en otros grupos de otras comisiones para no hacer un trabajo excesivamente fragmentado y tratar de conseguir objetivos que son comunes a gran parte de ellos.

Subcomisión de reforma sanitaria

En el momento actual, la subcomisión de Reforma Sanitaria está centrada en cuatro áreas de trabajo:

I. Centros de Promoción de Salud:

Se han establecido contactos con el Ayuntamiento con la finalidad de establecer un cauce directo de informe, diálogo y sugerencias, en lo relacionado con las oposiciones para los C.P.S. de Madrid. Igualmente se ha propuesto un temario por parte de la Comisión para dichas oposiciones.

La finalidad de esta convocatoria será cubrir 8 plazas en principio, y otras posteriormente hasta llegar a 36.

Con la finalidad de facilitar la preparación de las oposiciones se está elaborando una bibliografía que se publicará en el Boletín próximo del Colegio de Psicólogos.

II. Minusválidos.

Se ha contactado con el INSERSO y establecido un cauce de información, y diálogo en lo que concierne al trabajo del psicólogo en este campo.

Otro punto de interés es la recogida de información sobre el trabajo del psicólogo con minusválidos, clarificando

nuestro rol profesional a través de actividades que posteriormente se irán programando.

También se está gestionando de celebrar el próximo Octubre o Noviembre unas Mesas Redonda, intercambio de experiencia y la implantación de cursillos y seminarios relacionados con la problemática del minusválido en la sociedad española y los considerados socialmente "marginados".

III. Programas especiales:

Se han planteado algunas sugerencias como la participación de representantes colegiales en la Comisión Central de Docencia, negociar la Comisión Nacional de Psicología Clínica, negociar la creación de puestos de trabajo para los psicólogos dentro de los centros sanitarios estatales para que exista continuidad entre su formación como postgraduados y la posterior aplicación de sus conocimientos.

IV. Se está haciendo un estudio sobre la proyectada Reforma Sanitaria para promover la consecución de puestos de trabajo de psicólogos en Sanidad y Seguridad Social.

Comisión de psicología clínica

A partir de la primera reunión de esta Comisión, que tuvo lugar el pasado día 18 de Diciembre de 1980, se forman cuatro subcomisiones con responsables provisionales hasta la reunión constituyente del día 12 de Febrero.

Estas cuatro subcomisiones son: 1. "Formación Permanente", 2. "Reforma Sanitaria", 3. "Identidad y difusión de la imagen del Ps. Clínico" y 4. "Mapa de la realidad de la Psicología Clínica en Madrid".

1. *Formación Permanente*: Cuyo objetivo se concretaría en la organización de seminarios, cursos, mesas redondas, jornadas, etc..., con la participación de todas las líneas científicas que abarca en estos momentos la Psicología Clínica.

2. *Reforma Sanitaria*: Distinguimos dos planos de actuación que podrían planificarse a corto, medio, largo plazo, según prioridades:

a) A nivel de "Estudios"

a.1. El psicólogo "en" y "ante" el proyecto de Reforma Sanitaria. Este análisis se realizará con la colaboración de la subcomisión 4 (Mapa de la psicología clínica en Madrid) y se elaborará un informe-dossier para enviar a la Administración Central y Local así como al INSALUD y otros organismos.

a.2. Estudio y elaboración de una propuesta de temario para las oposiciones de los Centros de Promoción de Salud municipales, enviado ya.

a.3. Informe-dossier para la Universidad, preparación de un acto en común enfatizando la importancia de potenciar las especialidades dentro de los planes de estudio de la Facultad de Psicología.

a.4. El psicólogo clínico frente a la ley de Minusválidos.

b) A nivel de "Objetivos-proyectos"

b.1. Potenciar la infraestructura administrativa que lleva a cabo la inclusión del psicólogo en equipos interdisciplinarios a nivel secundario y terciario: Centros de Salud, Hospitales, etc...

b.2. Promocionar la formación técnico-práctica del psicólogo postgraduado a través de:

- Instituciones Públicas
- Entidades Privadas

Y por medio de:

- La continuidad y el replanteamiento

to de los Programas Especiales.

- La obtención de becas para la formación-investigación de postgraduados, a cargo de la Subdirección General de Formación de Personal (INSALUD)

b.3. Ley de Especialidad en Psicología Clínica.

b.4. Contactos con institutos y Asociaciones que favorezcan la correcta inclusión del psicólogo en la Sanidad.

b.5. Oposición AISNA.

b.6. Determinar el tipo de Estatuto Jurídico que defina al psicólogo como profesional sanitario.

3. *Identidad y Difusión de la imagen del psicólogo clínico.*

A) OBJETIVOS

A.1. Definición de las competencias del psicólogo clínico: a su ámbito de actuación, sus funciones, etc...

A.2. Información a la opinión pública a través de la radio, TV y prensa.

A.3. Información a la población a través de campañas de divulgación.

4. *Mapa de la psicología clínica en Madrid*

A) OBJETIVOS

Estudio empírico y documental de la situación real de la presencia del psicólogo en instituciones, hospitales, centro de salud, etc... Aplicando los mismos niveles de análisis, los objetivos serían:

A.1. Desde el punto de vista CUANTITATIVO. Análisis del número de psicólogos clínicos que trabajan.

A.2. Desde el punto de vista CUALITATIVO. Estudio del status, funciones, condiciones laborales y de contratación, formación, orientación etc...

A.3. Desde el punto de vista LOCALIZADO. Donde trabajan. Tipo de instituciones.

En un sentido más amplio (a largo plazo) y en colaboración con el resto del colegio.

1. Programas de prevención.

2. Programas de salud comunitaria.

3. Intrusismo en el área de clínica (defensa de la profesión).

4. Psicología y Servicios Sociales.

5. Exigir niveles de calidad y titulación.

Subcomisión del mapa de psicología clínica de Madrid

OBJETIVOS:

1º Elaboración de un Mapa de los Psicólogos Clínicos que trabajan en Madrid, teniendo en cuenta tres niveles de análisis:

1.1. Desde el punto de vista Cuantitativo: análisis del nº de psicólogos que trabajan.

1.2. Desde el punto de vista Cualitativo: estudio del status, funciones, condiciones laborales y de contratación, formación, orientación, etc.

1.3. Desde el punto de vista Localizado: dónde trabajan, tipo de instituciones.

2º Confección, publicación y difusión de una guía informativa de los centros de Psicología Clínica existentes en Madrid.

OBJETIVOS DE ESTA GUIA:

1. Difusión al público de los servicios

psicológicos que tienen a su disposición en Madrid.

2. Promoción de estos Centros.

3. Información a los profesionales de la Psicología Clínica de los centros asistenciales existentes en Madrid dentro de su especialidad.

ACTUALMENTE la Comisión ha estado trabajando sobre la elaboración del Mapa, y con la información recogida ha elaborado un fichero de centros de Psicología Clínica y de psicólogos clínicos que trabajan a nivel particular.

Si alguna persona puede aportar más información para la ampliación de dicho fichero y para su posterior aparición en la guía, puede enviarla a la Coordinadora de la Comisión, Verania Andrés Navia, a la calle Alenza, nº 11, 6º centro, esc. izda. Madrid-3 ó llamar al 253 31 74.

Orientación escolar y profesional

Con fecha 15 de Julio del año en curso, y tras un largo proceso de gestación, se firmó por parte del INEM y de la Dirección General de Educación Básica un acuerdo de colaboración en materia de Orientación Escolar y Vocacional.

Con la firma de este acuerdo se legaliza y ratifica la colaboración, ya existente a nivel provincial, entre los Centros de Orientación Profesional del INEM, y los Gabinetes provinciales de Orientación Escolar y Vocacional de la Dirección General de EGB, y que hasta el momento se centraba principalmente en el campo de la Información Profesional Colectiva.

Aunque las cláusulas del acuerdo son limitadas en su alcance, no cabe duda de que suponen un primer paso práctico que será seguido de otros, para coordinar y aunar esfuerzos en el ámbito de la Orientación acercando los mundos del trabajo y de la enseñanza en beneficio del joven estudiante futuro demandante de empleo.

De hecho, y con motivo de la apertura del curso 1980-81, se celebrará en Septiembre, una reunión de trabajo conjunta para marcar las líneas directrices de actuación a seguir por los orientadores de ambos Organismos. Está previsto en principio, celebrar anualmente dos reuniones de este tipo, que podrán ampliarse siempre que se juzgue necesario.

Sería deseable, que en un futuro estos acuerdos de colaboración se extendiesen a otras entidades que presten así mismo servicios de Orientación en otros campos de la actividad social y que en definitiva redundarán en beneficio de la Orientación en general.

Por juzgarlo de interés transcribimos a continuación el texto íntegro del acuerdo.

Las iniciativas en el campo de la Orientación Escolar y Profesional exigen una actuación coordinada entre el mundo del trabajo y el de la educación, con el fin de garantizar, por una parte, la continuidad de la orientación y, por otra, potenciar la dimensión laboral de la persona. Con estos objetivos, en el ámbito del Ministerio de Educación, se crea, por Decreto 147/71, de 28 de Enero, el Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional, adscribiéndole, según Real Decreto 2.162/76, de 30 de

Julio, a la Dirección General de Educación Básica, especificando sus actuales funciones en el Artículo 27 de la Orden Ministerial de 23 de Marzo de 1977.

Por otra parte, en virtud del Decreto Ley de 22 de Marzo de 1975 y el Decreto de 12 de Septiembre del mismo, el Servicio de Empleo y Acción Formativa del Ministerio de Trabajo asume competencias en materia de Orientación Profesional del trabajador. Dicho Servicio se integró en el Instituto Nacional de Empleo según Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de Noviembre. En dicho Instituto se creó el Servicio de Colocación y Orientación Profesional por Real Decreto 439/1979 de 20 de Febrero con objeto de atender entre otras estas funciones.

Ambas unidades han desarrollado su actividad en sus distintos campos específicos potenciando una infraestructura provincial y estableciendo una red de centros de Orientación, incardinados a la administración periférica correspondiente y coordinados y supervisados por las referidas unidades ministeriales.

Es evidente que, sin perjuicio de la dedicación específica y fundamental, el Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional y el Servicio de Colocación y Orientación Profesional, poseen como objetivo común el de ayudar a los individuos en los problemas referentes a la elección profesional, utilizando para ello medios similares.

Teniendo en cuenta lo anterior y el documento de la Organización Internacional del Trabajo sobre Orientación e Información Profesional en el desarrollo de los recursos humanos, ratificado por España el 23 de Junio de 1975 (B.O.E. del 9-5-78), en el que se expresa que se debe "adoptar y llevar a la práctica políticas y programas coordinados en el campo de Orientación y Formación Profesional, estableciendo una estrecha relación entre este campo y el empleo", se considera conveniente establecer una acción técnica coordinada, en el campo de la Orientación e Información Profesional, entre el Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional del Ministerio de Educación y el Servicio de Colocación y Orientación Profesional del Instituto Nacional de Empleo del Ministerio de Trabajo. En

su virtud la Dirección General de Educación Básica y la Dirección General de Educación Básica y la Dirección General del Instituto Nacional de Empleo firman el presente acuerdo.

1º La Dirección General de Educación Básica y la Dirección General del Instituto Nacional de Empleo, a través del Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional y del Servicio de Colocación y Orientación Profesional, colaborarán en el campo de la orientación e información profesional y en el estudio e investigación de las técnicas correspondientes.

2º Ambas Direcciones Generales podrán elaborar conjuntamente publicaciones de orientación e información profesional dirigidas fundamentalmente a alumnos de la 2ª etapa de E.G.B., a jóvenes demandantes de primer empleo así como a padres y profesores, estableciéndose en cada caso la distribución de gastos y las acciones de difusión de las mismas.

3º El Servicio de Colocación y Orientación Profesional facilitará al Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional información sobre el mercado de trabajo y ocupaciones profesionales.

4º El Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional proporcionará al Servicio de Colocación y Orientación Profesional cuanta información de tipo académico sea de interés para el desarrollo de las funciones de orientación profesional del trabajador.

5º Los Servicios Provinciales de Orientación de ambos organismos podrán ponerse en relación a través de sus respectivos cargos jerárquicos provinciales para desarrollar y cumplir lo establecido en este acuerdo.

6º Semestralmente el Gabinete de Orientación Escolar y Vocacional y el Servicio de Colocación y Orientación Profesional mantendrán reuniones para desarrollar el contenido de este acuerdo.

7º La duración del presente acuerdo será de un período de tres años, renovables por período de igual duración, si con anterioridad alguna de las partes no lo hubiere denunciado.

Reforma del Plan de Estudios en la Universidad Complutense

El Colegio de Psicólogos ha sido invitado a participar de la elaboración de un nuevo Plan de Estudios en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La primera Reunión, a la que asiste el Colegio de Psicólogos tenía como punto de partida el Documento interno elaborado por el Vicedecano Francisco de Asís Blas Aritio sobre "la filosofía del Plan de Estudios".

En dicho documento se recogen las bases de discusión que, resumidamente, son las siguientes:

a) Definición del Plan de Estudios como una "estructura organizativa", cuya bondad habrá que medirla por el grado de adaptación a los objetivos a los que sirve.

b) Como estructura organizativa de un servicio público, el Plan de Estudios debe:

- Facilitar la graduación de psicólogos capacitados para atender las necesidades sociales, de investigación y profesionales.

- Tener interés disciplinar-científico.
- Suponer una estructuración académica que en cierta medida determina el porvenir profesional y laboral de muchos profesores.

c) La oportunidad de un nuevo Plan de Estudios, viene determinada por:

- El carácter experimental de la Facultad.

- La independencia recientemente obtenida.

d) Las características que debe reunir han de ser:

- racional (con lógica interna)
- moderno (áreas y contenidos básicos actuales)

- estable (flexible de programas y contenidos que lo hagan perdurable)

- realista (tener en cuenta recursos materiales y humanos)

- atender a necesidades reales de la sociedad española.

e) Los objetivos que debe cubrir, serán:

- Su carácter experimental se encaminará a formar psicólogos experimentales (vertebrarse sobre áreas y procedimientos que definen a la psicología experimental).

(Incluirá información ordenada de

otros conocimientos no experimentales).

- Deberá tener carácter "universitario" (con capacidad teórica, ya que la universidad sigue siendo cantera de cuadros profesionales).

- Contemplar la especialización (clínica, educativa, industrial, experimental, etc.)

f) Los aspectos relevantes que caracterizan la situación actual de la Facultad, son:

- Existencia de una normativa académica general que impone un marco restrictivo a la articulación de todo Plan de Estudios.

- Predominio del sistema de docencia clásico.

- Heterogeneidad de los criterios de evaluación.

- Imagen de escasa exigencia de la carrera de Psicología.

- Herencia histórica, procedente de Filosofía y Letras.

- Ubicación inadecuada de algunas asignaturas.

- Superposición de ciertos programas.

- Inexistencia de una planificación equilibrada de las clases prácticas.

- Existencia del turno "nocturno".

- Heterogeneidad de programas en algunas asignaturas.

- etc.

g) Lo que habría que mejorar es lo siguiente:

- Elevar el nivel de exigencia (eliminar la imagen de blandura de la Facultad).

- Cohesionar interdisciplinadamente los programas (definir títulos de las disciplinas completándolos con sus contenidos).

- Homogeneizar los criterios de evaluación.

- El sistema de docencia (no todas las disciplinas necesitan un mismo sistema de docencia; los modelos a seguir pueden ser: prácticas, clases magistrales, seminarios, etc. Reservar quizás las clases magistrales a la primera fase del Plan de Estudios y otras fórmulas para la 2ª fase. Reorganizar los horarios y espacios).

h) Lo que habrá que cambiar:

- Modificar la ubicación de algunas disciplinas.

- Reorientación de los programas, contenidos y denominaciones (respetando derechos adquiridos).

- El turno "nocturno".

i) Lo que hay que innovar:

- Distribución de horarios (el carácter experimental deberá propiciar la docencia de las "prácticas").

- Áreas de especialización (número, régimen de docencia, sistema de docencia, duración de las disciplinas, etc.).

- Formalizar relaciones de la Facultad con centros clínicos, educativos, laborales, etc.

- ¿Debe incluirse el idioma inglés en el Plan?

Sobre estos supuestos se está trabajando actualmente en el Colegio, en la Comisión que se ha creado al efecto.

RESUMEN DE COLEGIADOS DE JUNIO A ABRIL 1981

Meses	Sección	Ultima promoc.	Nuevos cole.	Total
Junio	196	215	92	503
Julio	144	15	70	229
Septiembre	65	37	94	196
Octubre	91	33	97	221
Noviembre	50	36	51	137
Diciembre	75	47	55	177
Enero	42	14	55	111
Febrero	33	18	46	97
Marzo	50	32	83	165
Abril	---	66	119	186
Total 30-4-81	746	513	762	2021

Premio "Borrás"

La Sección de Cataluña de la S.E.P. convoca un concurso para otorgar el Premio "Borrás" en conmemoración del IV Congreso Nacional de Psicología (Barcelona 1973), con arreglo a las siguientes bases:

1. Podrá concurrir al mismo cualquier persona de nacionalidad española o hispanoamericana que esté en posesión de un título oficial de Psicología en cualquiera de las variedades vigentes en el momento de publicarse esta convocatoria.

2. El trabajo podrá ser, tanto individual como de equipo; en este segundo caso deberán figurar los nombres de todos los miembros que hayan intervenido en la realización del mismo, pero el trabajo deberá remitirse a nombre de quien haya asumido su dirección, no siendo necesario que los colaboradores tengan título profesional en Psicología.

3. El tema será de libre elección dentro del área amplia de la Psicología científica o de cualquiera de los sectores de aplicación.

4. El trabajo será inédito, aunque po-

drá partir de aportaciones o datos sobre los que, previamente hayan trabajado los autores y cuyos resultados previos hayan sido dados a conocer. Su extensión es ilimitada.

5. Se presentarán cinco copias del trabajo, acompañadas del material que se estime oportuno. Se hará constar el nombre del autor o director del trabajo.

6. Se remitirá por correo certificado a: D. José Corominas, Departamento de Psiquiatría y Psicología, C/ Casanova, 141, Barcelona-36.

7. El plazo de entrega del trabajo finalizará el día 31 de diciembre de 1981.

8. El Premio estará dotado con 50.000 pesetas y el correspondiente Diploma.

9. La Sociedad Española de Psicología se reserva el derecho de publicar el trabajo, quedando luego el autor en libertad de volver a publicarlo en la forma y órganos de difusión que estime oportunos.

10. El Comité que examinará y juzgará los trabajos estará compuesto por 5 miembros titulares de la Sociedad Española de Psicología que serán designados por la Junta Directiva, de acuerdo con la Sección de Cataluña.

11. El Premio podrá declararse desierto si, al menos, 3 miembros del Comité examinador hicieran un voto nulo en cuanto al mismo. El fallo del Jurado será inapelable y el Premio indivisible.

12. Caso de ser declarado desierto, el Premio será objeto de una nueva convocatoria.

13. La concesión del Premio se comunicará oficialmente en la Asamblea con la que se clausurará el VII Congreso Nacional de Psicología a celebrar en 1982. Al autor premiado se le comunicará la decisión del Jurado un mes antes de la fecha en que se realice la mencionada Asamblea.

14. Los trabajos no premiados quedarán a disposición de sus autores para recogerlos durante un plazo que finalizará a los tres meses siguientes de la comunicación oficial del Premio.

15. La participación en esta convocatoria implica la aceptación de las anteriores bases.

Premio "Navarra"

La Sociedad Española de Psicología convoca un concurso para otorgar el Premio "Navarra" en conmemoración del VI Congreso Nacional de Psicología (Pamplona 1979), con arreglo a las siguientes bases:

1. Podrá concurrir al mismo cualquier persona de nacionalidad española o hispanoamericana que esté en posesión de un título oficial de Psicología en cualquiera de las variedades vigentes en el momento de publicarse esta convocatoria.

2. El trabajo podrá ser, tanto individual como de equipo; en este segundo caso deberán figurar los nombres de todos los miembros que hayan intervenido en la realización del mismo, pero el trabajo deberá remitirse en nombre de quien haya asumido su dirección, no siendo necesario que los colaboradores tengan título profesional en Psicología.

3. El tema será "Investigación Experimental sobre un problema de Psicología Social".

4. El trabajo será inédito, aunque podrá partir de aportaciones o datos sobre los que, previamente hayan trabajado los autores y cuyos resultados hayan sido dados a conocer. Su extensión es ilimitada.

5. Se presentarán cinco copias del trabajo, acompañadas del material que se estime oportuno. Se hará constar el nombre del autor o director del trabajo.

6. Se remitirá dicho trabajo por correo certificado a D. Federico Soto Yárritu, Instituto de Psicología Aplicada de Navarra, calle Iturrana, 10, o bien al apartado de correos 252, Pamplona.

7. El plazo de entrega del trabajo finalizará el día 31 de diciembre de 1981.

8. El Premio estará dotado de la cantidad de 100.000 pesetas y el correspondiente Diploma.

9. La Sociedad Española de Psicología se reserva el derecho de publicar el trabajo, quedando luego el autor en libertad de volver a publicarlo en la forma y órganos de difusión que estime oportunos.

10. El Comité que examinará y juzgará los trabajos estará compuesto por 5 miembros titulares de la Sociedad Española de Psicología, que serán designados por la Junta Directiva.

11. El Premio podrá declararse desierto si, al menos 3 miembros del Comité examinador hicieran un voto nulo en cuanto al mismo. El fallo del Jurado será inapelable y el Premio indivisible.

12. Caso de ser declarado desierto el Premio, será objeto de una nueva convocatoria.

13. La concesión del Premio se comunicará oficialmente en la Asamblea con la que se clausurará el VII Congreso Nacional de Psicología a celebrar en 1982. Al autor premiado se le comunicará la decisión del Jurado un mes antes de la fecha en que se realice la mencionada Asamblea.

14. Los trabajos no premiados quedarán a disposición de sus autores para recogerlos durante un plazo que finalizará a los 3 meses siguientes de la comunicación oficial del Premio.

15) La participación en esta convocatoria implica la aceptación de las anteriores bases.

VII Congreso Nacional de Psicología

Las propuestas de colaboración científica al Congreso deben ir acompañadas del nombre y señas de los investigadores proponentes y de sus colaboradores. Se dirigirán a la Secretaría General de la Sociedad Española de Psicología, Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Orientación Profesional (Juan H. de San Juan, Ciudad Universitaria, Madrid-3), desde donde se pasarán a los directores de Ponencia o de Mesa Redonda, según corresponda en razón del tema.

Los plazos para la organización de las sesiones serán los siguientes:

1. Propuesta de temas y colaboradores de Ponencias y Mesas Redondas, dirigida a la Secretaría de la SEP, hasta el 15 de enero de 1981.

2. Publicación, por la Secretaría de la SEP, de los temas y coordinadores de Ponencias y Mesas Redondas, hasta el 28 de febrero de 1981.

3. Entrega de trabajos de las Ponencias y Mesas Redondas a los coordinadores, hasta el 31 de octubre de 1981.

4. Remisión de los textos definitivos preparados para su publicación por los coordinadores a la Comisión Local, antes del 31 de diciembre de 1981.

5. Edición de textos y documentación del Congreso, y su remisión a los miembros del mismo, por la Comisión Local, entre febrero y marzo de 1982.

El programa a desarrollar será el siguiente:

Día 13 de Abril (Martes)

16,00-20,00 h.: Entrega de documentación en la Sede del Congreso.

Día 14 de Abril (Miércoles)

9,00-11,30 h.: Entrega de documentación en la Sede del Congreso.

11,30 h.: INAUGURACION OFICIAL
Conferencia Magistral: N. Tinbergen (Premio Nobel).

13,30 h.: Vino español con la actuación de la Tuna Compostelana.

16,30 h.: Mesas redondas.

19,30 h.: Recepción en el Excmo. Ayuntamiento de la Ciudad.

20,30 h.: Concierto de Órgano en la Catedral y funcionamiento de Botafumeiro.

Acompañantes:

16,30 h.: Visita a la Zona Monumental de la Ciudad.

Día 15 de Abril (Jueves)

9,00 h.: Primera Ponencia.

12,30 h.: Acto de Investidura de Doctor "Honoris Causa" por la Universidad de Santiago al Profesor N. Tinbergen.

16,30 h.: Mesas Redondas en Santiago, Orense y Pontevedra.

21,30 h.: Cena típica con Queimada y Grupos Folklóricos.

Acompañantes:

9,30 h.: Viaje-visita a las Rías Bajas (La Toja, Museo de Pontevedra, Parque de Castrelos de Vigo).

Día 16 de Abril (Viernes)

9,00 h.: Segunda Ponencia.

12,30 h.: Sesión de Cine científico.

16,30 h.: Mesas Redondas en Santiago y La Coruña.

22,30 h.: Actuación del Ballet Gallego.

Acompañantes

9,30 h.: Viaje-visita a las Rías Altas (Finisterre, Muxía, Camariñas, La Coruña).

Día 17 de Abril (Sábado)

9,00 h.: Tercera Ponencia.

12,30 h.: Sesión de Cine científico.

13,30 h.: ACTO DE CLAUSURA.

17,00 h.: Asamblea General de miembros de la S.E.P. en el Pazo de Mariñán de la Excmo. Diputación de La Coruña.

19,00 h.: Merienda-cena en los jardines del Pazo.

II Encuentro de psicología social

Fecha: 2-5 de Septiembre de 1981

Lugar: Colegio Mayor "Barberán"; Ciudad Universitaria (Madrid-3).

Tema Central: "HISTORIA Y PROBLEMÁTICA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL".

El encuentro reunirá a destacados psicólogos sociales de España y de América, para presentar y comentar los últimos trabajos en su área, así como para analizar futuros desarrollos científicos, profesionales e institucionales de la Psicología Social de habla Hispana.

La reunión científica se articulará en:

a) *Conferencias* en número de 4, donde se plantearán las grandes directrices de orientación de la Psicología Social de nuestros días.

b) *Ponencias y Comunicaciones*, donde se expondrán avances teóricos y empíricos concretos en el área, de carácter monográfico.

c) *Mesas Redondas*, que implicarían discusiones sobre aspectos profesionales e institucionales de interés para el psicólogo social.

Los participantes que deseen enviar sus sugerencias e intervenciones, deberán hacerlo antes del 15 de julio,

acompañando un resumen de 200 palabras, en que se detallen los contenidos de su presentación.

Para mayor información dirigirse a:
Prof. Dr. Ridruejo Alonso
Dpto. de Ecopsicología y Personalidad
Universidad Autónoma de Madrid-Cantoblanco
Telf: 734 01 00 Ext. 1445-1440

Prof. Jiménez Burillo
Dpto. de Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad Complutense
Campus de Somosaguas
Madrid-3

Prof. Gerardo Marín
Spanish Speaking Mental Health
Research Center.
University of California
Los Angeles, C.A. 90024 (U.S.A.)
Telf. (213)-7-25-8886

Prof. José R. Torregrosa
Dpto. de Psicología Social
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense
Avda. Puerta de Hierro
Ciudad Universitaria (Madrid-3)

publicidad profesional

1. Antecedentes

El objeto de la presente Nota viene motivado por la carta remitida por el Colegiado D. (x), procedente de Zaragoza, que tuvo su entrada en el Colegio el día 4 de noviembre de 1980.

En dicha carta se informa de la recibida por el Sr. (x) procedente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, en la que se le anunciaba haber puesto en conocimiento de la Delegación Territorial de Sanidad de Zaragoza los anuncios publicados por el Sr. (x), entendiéndose se trataban de un infracción (flagrante vulneración, se dice) del Código Deontológico Profesional.

El Sr. (x), sin perjuicio de haber contestado al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza (y sin que nos conste si ha dejado o no de inserar los anuncios debatidos) solicita de la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Psicólogos una información sobre el tema debatido que procedemos a emitir.

2. Regulación de la publicidad médico-sanitaria.

Conviene, en primer lugar, dejar claro que la publicidad médico-sanitaria a la que nos referimos no tiene nada que ver con la promoción información y publicidad de especialidades farmacéuticas, la cual se encuentra regulada por el Decreto 3451/77 de 1 de diciembre. Por el contrario, la publicidad médico-sanitaria se encuentra regulada por el Decreto 2827/77 de 6 de octubre, el cual creó la Comisión Central y las Comisiones Provinciales de Visado de la Publicidad Médico-Sanitaria.

Estas Comisiones tienen como función específica el "control previo de la publicidad directa o indirecta que realicen las personas individuales o colectivas que a continuación se indican: 1) Hospitales, Clínicas y Centros Sanitarios Asistenciales; 2) Residencias de enfermos y deficientes; 3) Entidades de seguro libre de enfermedad; 4) Empresas de diagnóstico; 5) Empresas que proporcionen cualquier clase de tratamientos físicos o psíquicos; 6) Institutos de belleza, saunas y masajes;

7) Centros de tratamientos capilares; 8) Centros docentes o de divulgación de técnicas médicas o paramédicas; 9) Y cualquier otra Empresa colectiva o individual dedicada, sustancial o accesoriamente, a cualquier tipo de actividad médica o paramédica". (Artículo 4).

El Decreto establece la prohibición para periódicos, revistas, etc... de insertar publicidad que no vaya acompañada del Visado de la Comisión Central si la publicidad es de ámbito nacional o interprovincial, o o de la Comisión Provincial si se trata de este ámbito.

El anunciante debe solicitar el Visado de su modelo publicitario ante la Subsecretaría de la Salud, cuando se trate de competencia de la Comisión Central, o ante la Jefatura Provincial de Sanidad, si es competencia de la Comisión Provincial de Visado. El Visado tiene efecto durante tres años.

Las sanciones previstas en caso de incumplimiento son el apercibimiento al interesado y la suspensión de la publicidad.

3. Aplicación a los psicólogos.

Como en otros casos, nos encontramos ante una disposición legal que se refiere sustancialmente a actividades médicas, sin una referencia clara a la Psicología. En todo caso, esto es normal dada la inexistencia del Colegio Oficial de Psicólogos en el momento de la disposición legal, y lo que ello supone de desconocimiento normativo de la actividad profesional del Psicólogo.

Aunque se plantea, por tanto, una cuestión interpretativa, entendemos que la referencia que realiza el apartado 5 del citado artículo 4 a "cualquier clase de tratamientos físicos o psíquicos" es suficientemente clara como para suponer que la Administración entenderá razonablemente sometida a esta disposición la publicidad insertada por el Sr. (x).

4. Sobre la intervención del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza.

Es evidente que el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza no es competente para regular la actividad profesional de un Psicólogo, y es también evidente que los Psicólogos no se encuentran sometidos al Código Deontológico de la profesión médica, ni al apartado f) del artículo 43 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (aprobado por Real Decreto 1018/80 de 19 de mayo), que somete a aquellos colegiados al deber de solicitar autorización de su Colegio para cualquier anuncio relacionado con su actividad profesional.

Es también evidente que la inexistencia de una normativa sobre la profesión de Psicólogo, implica actualmente una eventual falta de control sobre este tipo de publicidad de nuestros profesionales; y, en esta situación, no es de extrañar que los Colegios Médicos pretendan imponer sus normas.

5. Conclusiones

Entendemos que, en el caso planteado por el Sr. (x), deberían realizarse las siguientes actuaciones:

- 1) El interesado solicitará de la Jefatura Provincial o Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad el Visado de su publicidad conforme a lo previsto por el Decreto 2827/77 de 6 de Octubre.
- 2) El Colegio Oficial de Psicólogos se dirigirá a la Comisión Central y a la Comisión Provincial competente en este caso de Visado (dependientes de la Subsecretaría de la Salud, y de la Jefatura Provincial de Sanidad, respectivamente) para solicitar que, en los Visados publicitarios solicitados por Psicólogos, se solicite informe a éste Colegio Oficial, por ser de su competencia conforme a lo previsto por los apartados b) d) e i) del artículo 5 de la Ley de Colegios Profesionales.
- 3) El Colegio se dirigirá igualmente al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, poniendo en su conocimiento que es competencia de este Colegio el problema, y las soluciones que se han tomado en el sentido señalado en los apartados 1) y 2) de estas conclusiones.

CONTRA EL GOLPISMO

**a ucd, psOE, pce,
ap, ccoo, ugt.**

Ante grave situación creada grupos
golpistas apoyamos convocatoria ma-
nifestación en defensa Libertad-De-
mocracia-constitución.

**al presidente del
Congreso**

Repudiamos enérgicamente intento
golpe de Estado y nos afirmamos en
nuestra defensa de las libertades del
proceso democrático y de la Constitu-
ción.

Jesús Fuentes Lázaro pregunta:

¿Qué hace el Ministerio de Educación respecto a los psicólogos?

CONGRESO DE DIPUTADOS

Jesús Fuentes Lázaro, Diputado por Toledo, perteneciente al Grupo Socialista del Congreso, al amparo de los artículos 128 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, formula la siguiente pregunta para que se le de respuesta por escrito:

La Ley General de Educación de 1970, a través de varios artículos, entre los que conviene destacar los números 5º, 4º; 9º, 2ª y 4; 11, 3-5; 15, 2b; 22, 3; 23, a, etc., expresa los criterios que deben presidir la orientación educativa y profesional de los alumnos. En todos los casos, lo que se pretende es tener en cuenta las características personales de alumnos, así como los diferentes hándicaps económicos y socio-culturales del alumno, para, mediante la consideración de estos factores, conseguir un mejor y mayor rendimiento del alumno y proporcionarle los medios para que su rendimiento social esté en consonancia con sus aptitudes y sus especiales inclinaciones.

No obstante, diez años después, se puede afirmar con escasas probabilidades de error que nada se ha conseguido en este terreno, porque en la legislación general y la de posterior desarrollo no han figurado ni las formas, ni los sistemas, ni las medidas concretas para transformar en efectivos los principios de orientación que se indicaban en la Ley General de Educación. Todo lo más que se ha realizado en este sentido se ha basado en la aplicación de "test culturalizados" al margen del proceso educativo y ajenos al centro escolar. Lo cual ha posibilitado una orientación ficticia, cuando no se ha llegado a un simple simulacro de lo que debe ser la orientación educativa y profesional.

Al mismo tiempo, en el Estatuto de Centros Escolares, a lo largo de tres o cuatro artículos se han expresado idénticos criterios de orientación, pero en ningún caso aparecen las formas y las maneras de poner en práctica la mencionada orientación.

Conviene destacar en este punto que, a lo largo del debate del Estatuto de Centros Escolares, un portavoz cualificado del grupo mayoritario expresó que lo único necesario era plantearse un mayor y riguroso cumplimiento de los artículos de la Ley General de Educación en lo referente a educación, orientación educativa y profesional. También, y en otro momento del debate, se expresó que existían otros titulados que han conseguido una serie de cursos de especialización que les permite tener una formación científica apta para la orientación.

En el fondo de todo esto late una negativa más o menos expresa a la profesionalización de la orientación a cargo de auténticos especialistas de la orientación como pueden ser los psicólogos y los pedagogos, titulados superiores todos que no tienen ninguna salida, porque no existe institucionalmente ni en el campo de la enseñanza, ni en el de la industria, ni en el campo de la salud, ni en el de los servicios sociales, entre otros aspectos.

Por otro lado, la creación del Colegio Oficial de Psicólogos, aprobada unánimemente por el Congreso de los Diputados, contemplaba entre una de sus funciones, la actuación de una parte de este colectivo, de acuerdo con la especialidad pertinente, en las tareas de la orientación educativa y profesional en los Centros Escolares.

Sin embargo, los 10.000 -con estadísticas posiblemente desfa-

sadas- psicólogos y otros tantos pedagogos, contemplan como sus expectativas profesionales no tienen una adecuada respuesta y como, cuando es posible, no se articulan los mecanismos necesarios que permitan su inserción laboral y profesional, a pesar de que las complejas y múltiples demandas sociales de un país con grandes expectativas de desarrollo hacen necesaria su cualificación técnica y científica.

Esta falta de respuesta institucional está originando a su vez la infrautilización de unas técnicas y la existencia de un colectivo de titulados en paro permanente o en subempleo continuado en trabajos y labores donde su capacitación científica ni se tiene ni se considera precisa.

Creemos que semejante situación no se puede ni se debe mantener por más tiempo, por lo que de despilfarro económico-social significa para el país y por las frustraciones que comporta para las expectativas futuras de estos titulados. En consecuencia, se hace preciso que los diferentes colectivos de psicólogos y pedagogos y los posibles alumnos de estas especialidades conozcan cuáles van a ser los criterios de actuación del Gobierno y concretamente del Ministerio de Educación.

Por ello, el Diputado que suscribe formula las siguientes preguntas:

1. ¿Qué medidas piensa adoptar el Ministerio de Educación para conseguir que la orientación educativa y laboral en los Centros de Enseñanza sea efectiva?

2. ¿Qué medidas piensa adoptar el Ministerio de Educación para conseguir una auténtica calidad de enseñanza, que implique algo más que la instrucción y que supone una específica aten-

ción de psicólogos y pedagogos?

3. ¿Tiene previsto algún plan de actuación concreta el Ministerio de Educación, en su ámbito de competencias, para acabar con el sub-empleo de psicólogos y pedagogos y para acabar con el intrusismo que en este terreno se está produciendo?

4. Piensa el Ministro de Educación incorporar el personal especializado que los Centros necesitan?

5. Suponiendo que esto se hiciera, ¿existen estimaciones económicas que permitan evaluar el coste real de la incorporación de estos profesionales y el coste social que supone su no incorporación?

Palacio de las Cortes, 26 de marzo de 1980. — Jesús Fuentes Lázaro.

En relación con la pregunta formulada por don Jesús Fuentes Lázaro, sobre actuación del Ministerio de Educación respecto a los psicólogos, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Ministro de Educación, en nombre del Gobierno cuyo contenido es el siguiente:

"1º Para el Ministerio de Educación, de acuerdo con el artículo 2º, 2, del proyecto de ley por el que se regula el Estatuto de Centros Escolares, ya aprobado por el Congreso de los Diputados ("B.O.C.G.", Congreso de los Diputados, Serie A, número 48-III, de 2 de abril de 1980), "en la actividad ordinaria de los centros estará incluida la orientación educativa y profesional de los alumnos a lo largo de su permanencia en ellos y de manera especial al finalizar la escolaridad obligatoria y en los momentos de ejercitar sus opciones académicas". De acuerdo con este texto, la orientación educativa y profesional forma parte de la actividad ordinaria de todo centro y constituye un aspecto fundamental de la tarea encomendada a los mismos profesores. No se debe, pues, entender que sólo hay o puede haber orientación educativa y profesional en los centros cuando en ellos actúa un gabinete de orientación. Es más: no sería posible una adecuada orientación si estuviera sólo encomendada a tales gabinetes, aislada de la actividad ordinaria y conjunta a todo el profesorado. La orientación educativa y profesional corresponde también -y hasta en primer lugar- al profesorado cuya tarea propia es esencialmente "orientadora" en sus diversas dimensiones: docente, convivencial, tutorial, etc. Las medidas, pues, que en primer término pondrá en práctica el Ministerio de Educación para hacer efectiva la orientación educativa y profesional serán las encaminadas a que el profesorado cuente con la preparación y condiciones requeridas para el mejor desempeño de sus funciones orientadoras; y para que los centros puedan realizar actividades complementarias informativas y experimentales que faciliten a los alumnos sus más acertadas opciones académicas y laborales-profesionales.

2º El contenido de la respuesta anterior y numerosas manifestaciones de autoridades ministeriales reflejan un pleno acuerdo con las tesis incluida en los términos de esta segunda pregunta y según la cual, efectivamente, "una auténtica calidad de enseñanza" "implica algo más que la instrucción". Debe, simplemente, añadirse que la actividad ordinaria del profesorado tampoco puede considerarse reducida a mera instrucción, sino que incluye aspectos orientativos que le son esenciales. Ahora bien: sin perjuicio de todo lo anterior, el Ministerio reconoce la conveniencia de que los centros y el Profesorado en concreto cuenten con equipos o gabinetes en los que tendrían su lugar adecuado psicólogos, pedagogos y otros profesionales (médicos, asistentes sociales, etc.). El reconocimiento de la necesidad de estos gabinetes desgraciadamente no genera por sí mismo las disponibilidades presupuestarias suficientes para establecerlos de inmediato en número adecuado (menor, en cualquier caso, al de centro). El Ministerio, en su programa de atención a las necesidades cualitativas del sistema educativo, de acuerdo con un orde de prioridades impuesto por carencias que deben ser superadas con mayor urgencia y dentro de sus disponibilidades presupuestarias, atenderá gradualmente a la potenciación e incremento de sus Servicios de Orientación.

3º La aplicación de las medidas a las que se refiere la respuesta anterior llevará consigo el empleo de determinado número de psicólogos y pedagogos, de profesores de EGB con preparación científica y titulación académica adecuada para realizar estas tareas, así como de otros especialistas relacionados con el campo de la orientación escolar. Conviene advertir que el problema al que se refiere el señor Fuentes Lázaro, en lo que afecta al Ministerio de Educación, ha de entenderse y plantearse como problema de calidad de la enseñanza y no como problema de empleo de determinados titulados.

4º La respuesta a esta pregunta debe considerarse incluida en la que se da a la segunda. Las necesidades de personal especializado al que se refiere pueden ser muy diversas, según los criterios que se empleen para fijarlas.

5º La respuesta a la pregunta 5ª, atendidos estrictamente todos los términos de su formulación difícilmente podría ser positiva".

3 de junio de 1980

El Ministro de la Presidencia, Rafael Arias-Salgado y Montalvo.

El Colegio replica al Ministerio

EL Colegio Oficial de Psicólogos ha recibido con gran preocupación la respuesta parlamentaria del Gobierno con fecha 19 de junio pasado a la pregunta formulada por el diputado D. Jesús Fuentes Lázaro respecto a los psicólogos. Dicha respuesta implicaría una línea de actuación del Ministerio de Educación con graves consecuencias tanto de cara a los centros escolares como a la intervención de los profesionales de la psicología y pedagogía en los mismos. Por esta razón el Colegio Oficial de Psicólogos quiere hacer llegar al Gobierno en la persona del Ministro de Educación, y a la opinión pública, las siguientes consideraciones:

1º El Gobierno afirma, como contenido principal de su respuesta, que la orientación educativa y profesional corresponde en primer lugar a los profesores a los que procurará preparar para el desempeño de tales funciones. No es intención del Colegio Oficial de Psicólogos negar la función orientadora en el sentido amplio de la palabra que, entre otros, tienen los profesores. Ahora bien, en las actuales circunstancias, los profesores se ven desprovistos de los medios imprescindibles que los apoyen en la realización de dicha labor orientadora con unas garantías mínimas de rigor científico. La forma más idónea de prestarles este apoyo, a juicio del Colegio, no es recordarles por parte del Ministerio de Educación cuáles son sus deberes, sino garantizarles el apoyo de otros profesionales que tienen la preparación científica adecuada en el campo de la orientación (psicólogos y pedagogos).

2. El papel de los profesionales de la psicología en la escuela es mucho más amplio que el de orientador escolar y profesional, pues éste deja fuera del cometido de aquellos profesionales tareas tan características de la psicología escolar como son:

- * la observación continua y seguimiento del desarrollo del niño en todos sus aspectos: intelectual, biológico, afectivo, social...

- * el cuidado del desarrollo armónico de la personalidad de la población escolar;

- * la planificación, junto con otros profesionales de la educación, de la tarea educativa concreta de acuerdo

con la edad, capacidades, intereses y necesidades de los alumnos;

- * la colaboración con las escuelas en los programas de educación permanente y en la orientación a padres;

- * la prevención y orientación acerca de los trastornos y retrasos tanto en el desarrollo como en el aprendizaje;

- * facilitación de terapias y ayudas especializadas a los niños y jóvenes que lo necesiten;

- * tareas de investigación educativa;
- * colaboración con los servicios de medicina escolar de la zona;

- * contribución a la formación psicológica de los profesores;

3. En su respuesta el Gobierno menciona varias veces la calidad de la enseñanza sin especificar en ningún momento cuáles serían las necesidades cualitativas a atender ni el orden de prioridades. Este Colegio recuerda al Ministerio de Educación su obligación de evaluar correctamente las necesidades cualitativas de los centros de enseñanza entre las que estaría la aportación de la psicología educativa. Tal obligación es tanto más apremiante si se tiene en cuenta el altísimo índice de fracaso que está produciendo el actual sistema educativo.

Por estos motivos el Colegio Oficial de Psicólogos se siente en el deber de denunciar la actuación de Ministerio de Educación en materia de política escolar y más en concreto por el abandono que supone de aspectos cualitativos de la educación no incluir en su planificación a corto plazo los servicios psicopedagógicos suficientes. Con ello los psicólogos pretender poner de relieve no sólo la marginación de los profesionales que podrían colaborar en este área, sino también el daño grave que ello está causando a nuestro sistema educativo.

El Colegio Oficial de Psicólogos pretende hacer llegar esta denuncia, además de al Gobierno a todas las fuerzas políticas y sociales y a los ciudadanos en general, víctimas del actual abandono de la educación.

La Junta de Gobierno de este Colegio estaría muy interesada en poder ser recibida por las autoridades del Ministerio que V.E. tan dignamente preside, y realizar un intercambio de ideas y opiniones sobre los planes y proyectos que se mencionan más arriba.

Jesús Fuentes Lázaro pregunta: ¿Qué ocurre con las oposiciones para psicólogos?

Jesús Fuentes Lázaro, Diputado por Toledo, perteneciente al Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, al amparo de lo establecido en los artículos 128 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, formula la siguientes pregunta para que se le dé respuesta por escrito.

Cada vez con más frecuencia la sociedad está reclamando, dentro del campo de la salud, la atención asistencial y sanitaria enmarcada en un ámbito más amplio que el actual excesivamente "farmacologizado" y tradicional. Se va imponiendo con mayor fuerza la idea de la medicina preventiva, que entienda la salud o su carencia como un conjunto de vectores confluyentes no sólo de carácter físico, sino también de carácter psicológico y social. Estos criterios comportan el entendimiento de la asistencia sanitaria como un complejo de actuación integral y multidisciplinaria; actuación en la que deben considerarse con igual importancia factores sicosociales. De aquí la deducción inmediata de que en los centros sanitarios, no sólo en la sanidad nacional, sino también en la Seguridad Social como en la concepción global de la asistencia, deben estar presentes, entre otros profesionales, los psicólogos. Y este aspecto, sin considerar la necesidad perentoria y urgente de la presencia del psicólogo en los centros específicos destinados a la salud mental.

Contrasta esta situación con la que está padeciendo y sufriendo un colectivo importante de profesionales de la psicología. Es éste un colectivo al que la Administración ignora continuamente y se obstina en prescindir de sus servicios dentro de todos los servicios públicos a los que la sociedad en su conjunto y cada ciudadano individualmente tienen derecho.

El psicólogo tiene conciencia, y cada día más, de que como profesional está totalmente marginado, no por la empresa privada sino por los mismos poderes que decidieron un día la necesidad de formar profesionales de la psicología para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Como prueba de esta marginación conviene relatar los hechos que originan esta pregun-

ta. En el "Boletín Oficial del Estado" del día 26 de mayo de 1976 se convocaban 79 plazas de oposición libre para el ingreso en la escala de facultativos y especialistas de psicólogos en la Administración institucional de la Sanidad Nacional.

Por ser una de las pocas posibilidades que se les ofrecía, el número de solicitudes fueron muchas. Cuatro años después, en el "Boletín Oficial del Estado" del día 5 de febrero de 1980 aparecían las listas provisionales admitidas -818 incluidos y 112 excluidos.

Ya es irregular que se convoquen oposiciones en 1976 y las listas provisionales aparezcan en 1980, pero resulta más irregular aún que en octubre no hayan aparecido las listas definitivas. Tal precedente irregular hace pensar a los psicólogos que probablemente las listas definitivas puedan aparecer en 1984.

Pero independientemente de cualquier valoración, lo que sí parece cierto es que, entre otros aspectos, da poca seriedad a unas oposiciones convocadas por la Administración y que adopta comportamientos poco considerados para este colectivo de profesionales necesitado de salidas para ejercer su actividad.

En consecuencia el Diputado firmante formula las siguientes preguntas:

1. ¿Qué ha motivado el plazo de tiempo de cuatro años entre la convocatoria de oposiciones y la aparición de las listas provisionales?

2. ¿Piensa el Ministerio correspondiente utilizar otros cuatro años para la aparición de las listas de solicitudes definitivas?

3. Como suponemos que no será así, ¿qué ha motivado la tardanza en la aparición de las listas definitivas? ¿Aparecerán las listas antes de finalizar el año 1980?

4. Si no fuera así, ¿qué motivos puede aducir el Gobierno para justificar la demora?

5. ¿Qué medidas piensa adoptar el Gobierno para posibilitar el acceso de los psicólogos a las instituciones sanitarias a través de oposiciones y cuantas disposiciones se estimen convenientes para integrarlos en el ámbito de la salud pública?

Palacio de las Cortes, 29 de octubre de 1980.— Jesús Fuentes Lázaro.

En relación con la pregunta formulada por el Diputado don Jesús Fuentes Lázaro, del Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, sobre irregularidades en la convocatoria de oposiciones libres para psicólogos en la sanidad nacional, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Gobierno a través del Ministro Sanidad y Seguridad Social, cuyo contenido es el siguiente:

"En el 'Boletín Oficial del Estado' de 26 de marzo de 1976, se inserta la Resolución de 20 de febrero de 1976, por la que se convoca oposición libre para ingreso en la Escala de Facultativos y Especialistas, en puestos de Psicólogos, vacantes en este organismo. Las plazas convocadas son 79.

Esta oposición ha estado paralizada por las siguientes causas:

El Ministerio de la Gobernación, por Orden de fecha 5 de mayo de 1976, dispuso lo siguiente: "Habiéndose formulado múltiples imputaciones contra la Resolución de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional de 20 de febrero de 1976 ('Boletín Oficial del Estado' de 26 de marzo de 1976) por la que se convoca oposición libre para ingreso en la Escala de Facultativos y Especialistas, en puestos de Psicólogos, vacantes en el organismo, este Ministerio, acuerda, al amparo de lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley de Procedimiento Administrativo, suspender la ejecución de la resolución impugnada, y, por tanto, la tramitación de las pruebas selectivas convocadas, hasta tanto recaiga resolución definitiva en los recursos que se tramitan".

Como consecuencia de la resolución de estos recursos en los que los interesados -funcionarios interinos- pedía la anulación de la oposición, se aprueba la Orden del Ministerio de la Gobernación de 19 de mayo de 1977 ('Boletín Oficial del Estado' del día 20) y en base a la misma se publica resolución, convocando 85 plazas turno restringido y cuatro turno libre, mediante concurso-oposición para la misma Escala y puestos asimismo de Psicólogos ('Boletín Oficial del Estado' de 22 de junio de 1977). Dicho concurso-oposición se resuelve definitivamente, nombrando funcionarios de carrera a los interinos que superaron las pruebas selectivas.

El 5 de febrero de 1980 se publica la lista provisional de aspirantes admitidos y excluidos a la oposición convocada el 26 de marzo de 1976.

A la vista de las reclamaciones que presentan los interesados por el tiempo transcurrido entre la fecha de la convocatoria y la publicación de la lista provisional, se solicita informe a la Asesoría Jurídica.

Este informe que debe darse nuevo plazo para subsanar los defectos.

En base a este informe se preparan los oficios, dando para subsanar los errores y confeccionar posteriormente la lista definitiva de aspirante admitidos y excluidos a dicha oposición.

Estos oficios no se tramitan ya que se estudia la posibilidad de suspender las pruebas selectivas.

Ante un último informe de la Asesoría Jurídica del Departamento, se ha decidido no suspender las pruebas y se han cursado los oficios antes aludidos, dando nuevo plazo para la subsanación de errores y se espera que la lista definitiva podrá ser publicada en el próximo mes de marzo".

20 de noviembre de 1980

El Ministro de la Presidencia, Rafael Arias-Salgado y Montalvo.

¿Qué ocurre con los equipos profesionales múltiples?

Jesús Fuentes Lázaro, Diputado por Toledo, perteneciente al Grupo Parlamentario Socialista del Congreso

En respuesta reciente a una pregunta formulada por una Diputada sobre cumplimiento de los propósitos del Ministerio de Educación ("Boletín Oficial de las Cortes Generales" número 984-II, serie F, de 23 de octubre de 1980), se expresa, haciendo referencia a la atención educativa a deficientes, que se están montando equipos multiprofesionales en provincias. Por otro lado, y en el mismo apartado, se hace referencia a estudios sobre entodología educativa de los deficientes, así como a cursos sobre especialización de profesores.

No cabe duda de la importancia de las ideas presentadas para la educación del minuválido, pero resultan tan genéricas las afirmaciones que se hace obligatorio conocer el alcance real de tales afirmaciones. Sorprende, asimismo, que se estén montando equipos, multiprofesionales en provincias, cuando este asunto está pendiente de regulación y aprobación en el proyecto de ley que se está tramitando sobre integración social de los minusválidos. En él se contemplan los equipos multiprofesionales, sus funciones y su composición.

En consecuencia, este Diputado formula las siguientes preguntas:

1ª ¿Qué entiende el Gobierno por equipos multiprofesionales y cuáles son sus competencias?

2ª ¿Cuántos equipos multiprofesionales se están "montando en provincias"? ¿En qué provincias concretamente?

3ª ¿Qué criterios se están utilizando para el montaje de los mencionados equipos?

4ª ¿Qué personas integran los equipos? ¿Cuál es su situación académica?

5ª ¿Se están incluyendo psicólogos, pedagogos, asistentes sociales?

6ª ¿Cuál va a ser el funcionamiento y qué alcance van a tener en su trabajo dentro de la provincia?

7ª ¿Qué remuneración y dedicación van a tener los diversos miembros de los equipos?

Palacio de las Cortes, 13 de noviembre de 1980. — El Diputado, Jesús Fuentes Lázaro.

CONGRESO DE DIPUTADOS

En relación con la pregunta formulada por don Jesús Fuentes Lázaro, sobre equipos multiprofesionales de educación especial, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Ministro de Educación, en nombre del Gobierno, cuyo contenido es el siguiente:

“1º El equipo multiprofesional nace de la exigencia de la globalidad del disminuido que, a su vez, exige la globalidad de la intervención que se traduce en la elaboración de un programa de desarrollo individual.

Los equipos multiprofesionales se configuran como servicios comunitarios que desde los aspectos educativos, sanitarios y sociales previenen, detectan y mejoran los problemas de aprendizaje o minusvalías, posibilitando el correspondiente programa de desarrollo individual, la canalización para su ejecución y el seguimiento necesario para su confirmación y desarrollo.

Los equipos multiprofesionales actúan sobre un sector teórico de 200.000 a 300.000 habitantes, definido por su cohesión:

Socio-cultural y geográfica.

Tipos de sector:

- Sector Metropolitano.
- Sector Urbano.
- Sector Provincial.

Su actuación y competencias se definen en virtud de sus objetivos:

1º Prevención social y educativa.

Mejorar y modificar las condiciones sanitarias, sociales y educativas, en el ámbito familiar y social del Sector, para evitar la aparición de problemas de aprendizaje o de alteraciones en el desarrollo de la personalidad o problemas de adaptación.

2º Detección y despistaje de la población con problemas.

La urgencia a la detección de los problemas es el indicativo de su solución.

El servicio de detección se justifica por la necesidad urgente de detectar las deficiencias, tanto las evidentes como las solapadas, para su adecuada valoración, canalización y resolución.

3º Valoración y colaboración del Programa de desarrollo individual.

La valoración multiprofesional unívoca procedente de la síntesis multiprofesional convergente se traduce en la elaboración de un programa de desarrollo individual que marca secuencialmente los objetivos definidos en virtud de la valoración.

4º Seguimiento.

El seguimiento constituye un necesario proceso a través del cual se garantiza la confirmación y ejecución del problema de desarrollo individual.

Su actuación directa e inmediata sobre el sujeto con problemas educativos comprende desde la Estimulación Precoz, Preescolar, Apoyo a la EGB, Educación Especial en Centros y Aulas, Orientación y Formación Profesional de disminuidos e inadaptados.

Al constituirse como sectorizados se configuran con una interacción con la familia y la comunidad.

2º El Ministerio ha adoptado diversas previsiones respecto a los equipos multiprofesionales para su mejor y más útil aprovechamiento y servicio.

A) Equipos del Ministerio de Educación.

B) Equipos mediante convenio:

- Ministerio de Sanidad y Trabajo.
- Diputaciones y Ayuntamientos.
- Cajas de Ahorros, Obras Sociales.

C) Ambito de Actuación y Coordinación del Real Patronato.

Equipos constituidos o en fase de constitución avanzada:

Madrid

- Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica.
- Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos.
- Instituto Nacional de Pedagogía de Sordos.
- Centro de Educación Especial “Princesa Sofía”.

La Coruña

- Centro de E.E. “Carmen Polo”. El Ferrol.

Barcelona

- Servei Multiprofesional de Valoració i Orientació Educativa.

Distrito IX) Barcelona.

- Centro de Medicina Preventiva Escolar de Sabadell (Barcelona).

- Patronato Municipal “Virgen de Fátima”. Tarrasa.

- Centre Medic Psicopedagògic de la Comarca D’Osorna-Vic.

- Centre Psicopedagògic del Maresme. Mataró.

En fase de constitución:

- Pontevedra.

- Vigo.

- La Coruña.

- Orense.

- Cáceres.

- Badajoz.

- Alcalá de Henares.

- Parla (Madrid).

- La Rioja.

- Alava.

- Granada - Valladolid.

3º 3.1. Técnicos y de recursos.

Adaptación y utilización de los recursos existentes en Centros y Servicios que realizan funciones similares.

(Institutos Nacionales, Centros Regionales, Centros Psicopedagógicos...).

3.2. Estructurales.

Aprovechamiento de estructuras de equipo en el ámbito de los equipos multiprofesionales.

(Alava, Valladolid, Granada...).

3.3. Oportunidades para la igualdad.

Equipos multiprofesionales de zona con carencia de servicios.

(Galicia, Extremadura).

3.4. Técnicos de validación.

Zonas urbanas, rurales, metropolinas. (Madrid, Barcelona, Vich, Ferrol).

4. La globalidad del disminuido exige que sea contemplada toda su personalidad por lo que deben converger la síntesis multiprofesional, los profesionales de las áreas:

- Educativa.
- Psicológica.
- Médica.
- Social.

Por lo tanto, para las funciones de los equipos:

1º Prevención Social y Educativa.

2º Detección de despistaje.

3º Valoración y elaboración del programa de desarrollo individual.

4. Seguimiento.

Se precisan Pedagogos, Psicólogos, Asistentes Sociales y Médicos.

Los profesionales del Equipo han de poseer la titulación académica de Licenciados en Pedagogía, Psicología y Medicina y titulados en Asistencia Social.

5º Las funciones están ya delimitadas y en función del sector que atiendan, según el Proyecto de Funcionamiento que condiciona la exigencia de la composición del Equipo.

Equipo teórico base:

- Un Médico.
- Dos Psicólogos.
- Dos Pedagogos.
- Dos asistentes Sociales.

6º La plantilla presupuestaria del INEE para equipos multiprofesionales se atiende, en cuanto a remuneración y dedicación, a lo marcado por la Ordenanza de Trabajo para el Personal que presta servicios en Centros de Asistencia y Atención a Deficientes Mentales y Minusválidos Físicos y al correspondiente Convenio Nacional de los Centros de Asistencia y Atención a Deficientes Mentales y Minusválidos Físicos.

11 de febrero de 1981

El Ministro de la Presidencia, Rafael Arias-Salgado y Montalvo.

Eulalia Vintró pregunta:

¿Qué ocurre con los equipos profesionales múltiples?

Al amparo de lo establecido en los artículos 128 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados tengo el honor, en nombre del Grupo Parlamentario Comunista, de solicitar de esa Mesa la tramitación de la siguiente pregunta sobre cumplimiento de los propósitos del Ministerio de Educación en relación con los equipos profesionales múltiples, deseando contestación escrita.

Con fecha 26 de junio de 1979 el anterior titular del Ministerio de Educación anunciaba en sesión de la Comisión de Educación del Congreso los propósitos de su Departamento, tanto en lo referente a las líneas generales de actuación como en lo tocante a proyectos e iniciativas concretos en curso de inmediata aplicación.

Como quiera que, transcurrido más de un año desde aquella sesión, la información sobre el cumplimiento de dichos propósitos era realmente escasa, la Diputada que suscribe solicitó del Ministro de Educación respuesta a una amplia pregunta que intentaba recoger la problemática existente en todos los ámbitos y niveles educativos, competencia del Departamento aludido. Esta pregunta tuvo contestación en fecha 6 de octubre del 80 cuyo contenido debe ser calificado de formalis-

ta y evasivo, al no dar respuestas concretas y cuantificadas a las interrogantes planteadas.

Ante este vacío informativo, esta Diputada se ve obligada de nuevo a formular aquella pregunta, desglosándola en esta ocasión por niveles y actividades, con el fin de facilitar a la autoridad competente la emisión de una información lo más ajustada posible a los términos planteados.

Vistos estos antecedentes, la Diputada que suscribe desea ser informada en relación con los equipos profesionales múltiples, en especial sobre los siguientes aspectos:

1. Sobre la base de unos Institutos de Psicología Provinciales, orientados al diagnóstico de los deficientes, el Ministerio anunció hace ya más de un año la creación de dichos equipos. Cuántos y dónde se han creado? ¿Quiénes los componen y con qué criterios se selecciona al personal especializado? ¿Cómo se le contrata? ¿Van a dotarse plantillas para este personal?

2. ¿Qué criterios y política va a seguir el Ministerio en este campo?

Palacio del Congreso de los Diputados, 4 de diciembre de 1980. — Eulalia Vintró Castells, Diputada del Grupo Parlamentario Comunista. —

En relación con la pregunta formulada por doña Eulalia Vintró Castells, sobre equipos profesionales múltiples, tengo la honra de enviar a V.D. la contestación formulada por el Ministro de Educación y Ciencia, en nombre del Gobierno, cuyo contenido es el siguiente:

"1º Los Equipos Multiprofesionales constituyen como principio el principal soporte del Plan Nacional de Educación Especial que, a instancias del Real Patronato, fue elaborado por el Instituto Nacional de Educación Especial y del que se hace mención en la Ley de Integración Social de Minusválidos.

El Ministerio de Educación y Ciencia trata de adecuar la realidad actual a las características y exigencia del Plan Nacional, por lo que en aproximaciones sucesivas modificará y potenciará la estructura para la mejor y más adecuada futura implantación del Plan.

Los Equipos Multiprofesionales vienen a suponer el sustento del principio de normalización, y actuando sectorialmente, son organismos que contribuyen a la eficacia de la Educación Especial y representan el mejor soporte válido para la integración escolar, la orientación y formación profesional, así como la reinserción social de los disminuidos.

Los Equipos Multiprofesionales se configuran como servicios comunitarios que desde los aspectos sanitarios, educativos y sociales previenen, detectan y mejoran los problemas de aprendizaje o minusvalías, posibilitando el correspondiente programa de desarrollo individual, la canalización para su ejecución y el seguimiento necesario para su confirmación y desarrollo.

a) Funciones.

Son sus funciones las siguientes:

- 1º Prevención social y educativa.
- 2º Detección y despistaje (canalización).
- 3º Valoración y elaboración del programa de desarrollo individual
- 4º Seguimiento del cumplimiento del programa de desarrollo individual.

b) Ambito.

Actúa sectorialmente en grupos teóricos de 200.000-300.000 habitantes. El sector se define por la cohesión socio-cultural y geográfica:

- Sector metropolitano.
- Sector urbano.
- Sector comarcal.
- Sector provincial.

c) ¿Cuántos y dónde se han creado?

- En Madrid (4).

Ubicados en:

Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica.
Instituto Nacional de Pedagogía de Sordos.
Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos.
Centro de Educación Especial "Princesa Sofía".

- En Cataluña (5):

Distrito IX-Barcelona.
Sabadell.
Tarrasa.
Mataró.
Vic.

- En Galicia (1):

El Ferrol (La Coruña).
En fases de constitución:
Parla (Madrid).
Alcalá de Henares.
Orense.

La Coruña.

Logroño.

Cáceres.

Badajoz.

Pontevedra.

Valencia.

Se están estableciendo las prioridades ante las solicitudes recibidas para que si se aprueba la plantilla presupuestaria pueda incrementarse sustancialmente el número de Equipos.

d) ¿Quiénes los componen y con qué criterios se seleccionan?

El Equipo base está compuesto por:

- 1 Médico.
- 2 Psicólogos.
- 2 Pedagogos.
- 2 Asistentes Sociales.

El ámbito del sector podría en su caso aumentar el número de profesionales.

El criterio de selección se basa:

- Curriculum.
- Experiencia directa con niños y adolescentes en Educación Especial.

- Asunción de la filosofía del Equipo Multiprofesional.

- Coherencia con los fines del Equipo.

- Pruebas formales e informales en la puesta en funcionamiento del Equipo.

- Información de Coordinador del Equipo.

- Control del Instituto Nacional de Educación Especial a través del Proyecto de Funcionamiento del Equipo.

e) ¿Cómo se les contrata?

Se les contrata por el Instituto Nacional de Educación Especial como personal laboral en base al Convenio Nacional de los Centros de Asistencia y Atención a Deficiente Mentales y Minusválidos Físicos ("BOE" 14-X-79).

En el presupuesto del Ministerio, el Instituto Nacional de Educación Especial dispone de plantilla presupuestaria.

Para estos Equipos Multiprofesionales en cada año habrá que atenderse a las limitaciones que dicha plantilla presenta.

f) ¿Van a dotarse plantillas para este personal?

En principio, no. No obstante el Ministerio habrá de tener en cuenta y acomodarse a la aprobación del Proyecto de Ley de Integración Social de los Minusválidos y a lo que pueda desarrollarse con la aprobación del Plan Nacional de Educación Especial.

2º El Ministerio ha adoptado diversas previsiones respecto a los Equipos Multiprofesionales para su mejor y más útil aprovechamiento y servicio:

A) Equipos del Ministerio de Educación.

B) Equipos de Ambito de Actuaciones y Coordinación del Real Patronato.

C) Equipos de Convenio:

- Con los Ministerios de Sanidad y Trabajo.
- Con Diputaciones y Ayuntamientos.
- Con Entidades y Obras Sociales.

La modalidad de Convenio está justificada, toda vez que los Equipos son un servicio comunitario y no tratan exclusivamente aspectos educativos o escolares, por lo que otros Ministerios, Organismos y Entidades deben compartir y ausmir su función con los profesionales que se destinan al Equipo o con otro tipo de aportaciones".

24 de marzo de 1981

El Ministro de la Presidencia, Pío Cabanillas Gallas.

¿Qué ocurre con los Institutos de Psicología aplicada?

CONGRESO DE DIPUTADOS

Jesús Fuentes Lázaro, Diputado por Toledo, perteneciente al Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, al amparo de lo establecido en el artículo 128 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, formula la siguiente pregunta para que se le dé respuesta por escrito.

El Real Decreto 2.689/1980, de 21 de noviembre, publicado en el BOE el 16 de diciembre de 1980, regula los Institutos de Psicología Aplicada, pasando a denominarlos Institutos de Orientación Educativa y Profesional.

El objeto principal declarado en la introducción, es una vez más, una manifestación de principios bien intencionados sobre la necesidad de la orientación educativa y profesional que, por lo desarrollado posteriormente, no tendrá ninguna efectividad práctica. Ya en este sentido el PSOE se manifestó ampliamente en la discusión del Estatuto de Centro Escolares, poniendo de manifiesto la necesidad de los Gabinetes de Orientación como única solución real y efectiva para la consecución de una orientación educativa y profesional continuada y superadora del concepto de orientación, basado en el simple "test" incompleto, culturalizado y casuístico.

Pues bien estos planteamientos correctos se pretenden sustituir por este Real Decreto, cambiando, por un lado, el nombre y presentando la orientación tal y como se ha efectuado -¿se ha efectuado?- hasta ahora. Así el Real Decreto plantea la orientación educativa y profesional de acuerdo con el siguiente esquema:

1º La orientación Educativa y Profesional de los INB, y de los Centros de Formación Profesional, será competencia de los nuevos Institutos de Orientación Educativa y Profesional.

2º La orientación en EGB será

En definitiva, se mantiene la falta de unidad de los organismos, de competencias e, incluso, de criterios de lo que debe ser la orientación educativa; no se reestructura todo el sector en un solo ente, sino que se mantiene la multiplicidad y se ratifican las carencias ya existentes.

En consecuencia, y como no se adecua lo expresado en el Real Decreto con la necesidad de una auténtica orientación responsabilidad como hasta ahora de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional.

3º La Educación Especial seguirá dependiendo, suponemos por otras respuestas del Ministerio, del Instituto Nacional de Educación Especial y de unos equipos multiprofesionales que hace poco se dijo se estaban montando en provincias.

El resultado de este esquema es que si hasta ahora no ha habido orientación educativa y profesional a partir de ahora tampoco la habrá. Pues, por un lado, los Institutos Provinciales carecen del personal adecuado numéricamente, se hace compatible con otros trabajos, se carece del material necesario e incluso de unas remuneraciones dignas. Por otro lado, los SOE presentan idénticas características que los Institutos Provinciales de Orientación Educativa y Profesional. Y, por último, la Educación Especial considerándose como un elemento aparte del sistema educativo y con unos hipotéticos equipos multiprofesionales de los cuales se conoce sólo el nombre y como colofón de lo expresado por el Real Decreto, los Institutos de Orientación Educativa y Profesional se inscriben definitivamente dentro del organismo autónomo Patronato de Promoción de la Formación Profesional, aspecto éste que dudamos pueda aportar algún factor nuevo a la inexistencia de orientación educativa.

educativa y profesional, este Diputado formula las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué no se unifica en un solo organismo, si fuera necesario, todos los aspectos de orientación educativa y profesional?

2. ¿Por qué no se crean Gabinetes de Orientación en los diversos centros de enseñanza oficial?

3. ¿Qué relación van a tener los centros de iniciativa privada con los Institutos de Orientación o con los Servicios de Orientación?

4. ¿Cuál va a ser el régimen de dedicación del personal de los Institutos y de los Servicios de Orientación y de los Equipos Multiprofesionales?

5. ¿Se estima suficiente el personal existente en la actualidad o se ampliarán las plantillas con psicólogos, pedagogos, etc?

6. ¿En qué va a consistir el trabajo de los Institutos y de los Servicios de Orientación, a fin de que la orientación no sea el resultado de un "test" aplicado una vez cada dos o tres años?

7. ¿Se van a ampliar las dotaciones de material y medios a estos Institutos y Servicios de Orientación?

8. ¿Cómo se va a atender a las zonas rurales tanto por los Institutos como por los Servicios de Orientación?

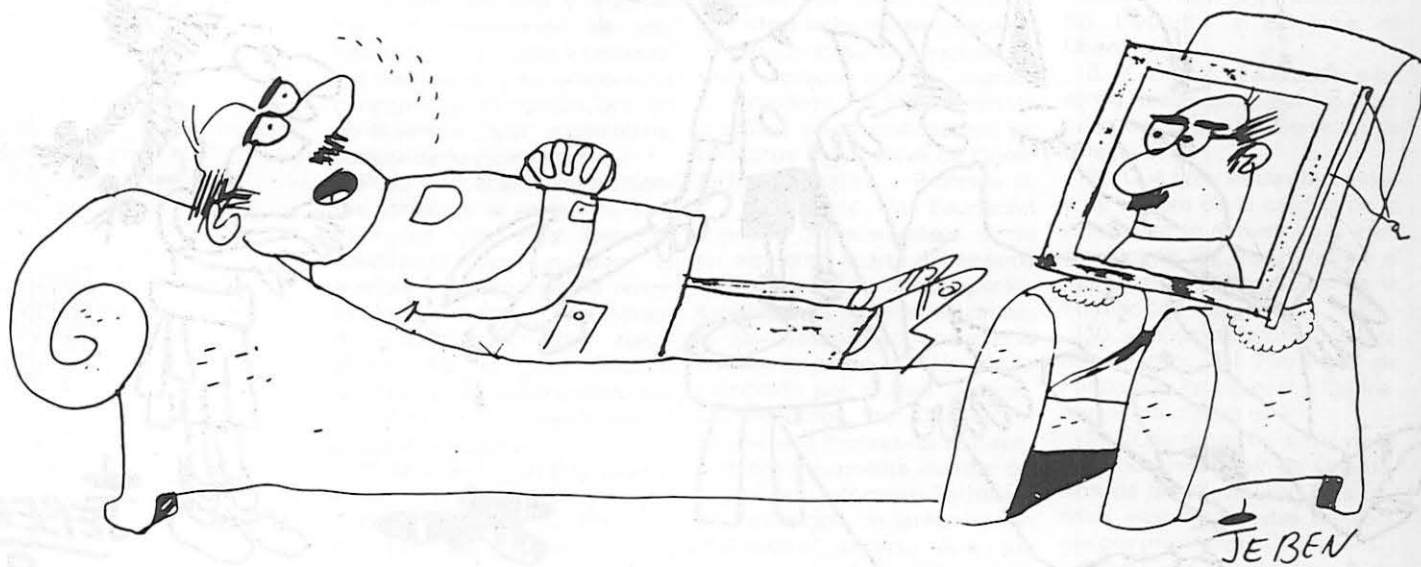
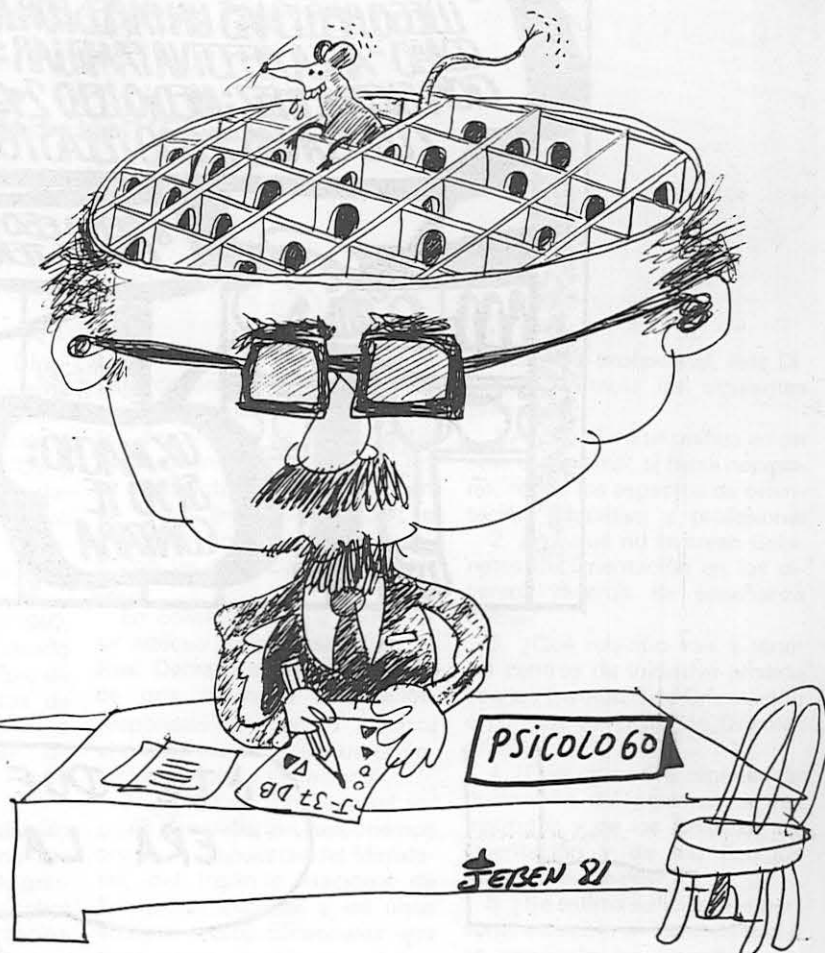
9. ¿Qué razones de efectividad y de mejora de la calidad de la enseñanza se derivan de la integración de los Institutos en el Patronato de Promoción de la Formación Profesional?

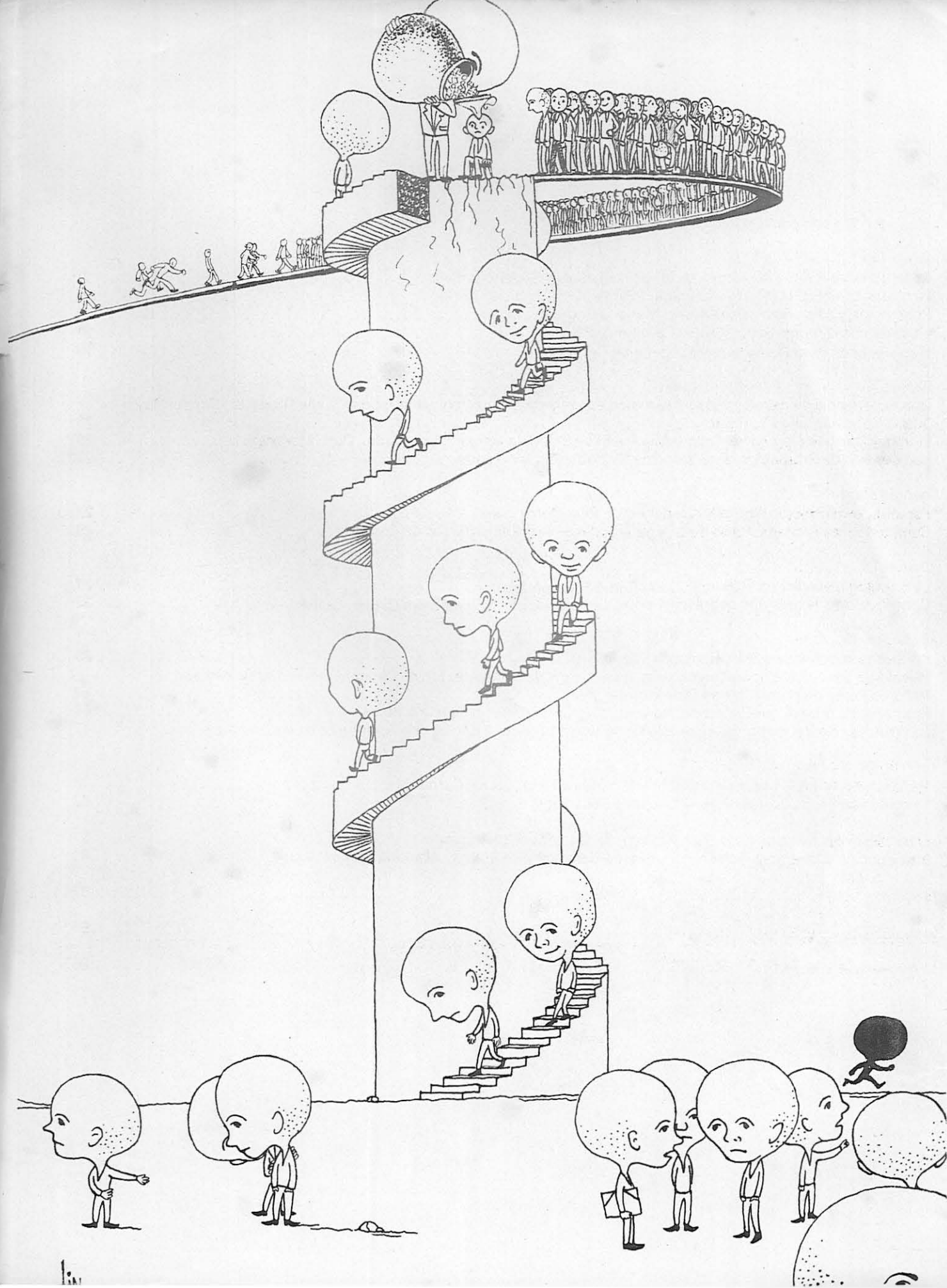
10. ¿Se van a destinar los fondos propios del Patronato de Formación Profesional a los Institutos integrados en él?

11. ¿Qué dotación anual van a tener los Institutos de Orientación de las provincias? ¿Se podrían especificar estas dotaciones por provincias?

Placio de las Cortes, 2 de marzo de 1981. — El Diputado, Jesús Fuentes Lázaro.

SI FALLAS EN EL
"TEST" NO TE DESPIDEN.
TE CONVINCE DE
QUE ERES UN QUESO.





sumario

editorial. Un año como punto de partida	1
salud mental	
La salud mental sigue al margen de la sanidad oficial. Serafín Carballo	2
La salud mental en la reforma sanitaria. Pilar Arranz	4
Prevención y asistencia psicológicas. Mariana Segura	6
La salud como factor social. Carlos Camarero	10
Conclusiones de la Semana de salud mental	15
psicología y ayuntamientos	
Una experiencia de psicoprofilaxis obstétrica en un centro municipal. Ana Alonso, Lidia González, Camen Rey, Juana Segovia y Olga Yudicelo	16
El trabajo del psicólogo en el Centro Municipal de Salud de Getafe. Juan Carlos Duro Martínez	19
Los Centros de Promoción de la Salud de Madrid y los psicólogos	21
psicología del trabajo	
Persona, organización laboral y salud mental. Pilar Dominguez	27
Características fundamentales de la organización empresarial. Marcos de Castro	29
psicología escolar	
La psicología escolar en el mundo. Jean Claude Guillemard	31
Contribución a la reflexión sobre los modelos de psicología escolar. Jean Claude Guillemard	33
inadaptación social	
Conducta social desviada y psicólogos	35
Psicología y conducta social inadaptada. José Carlos de la Fuente, Emilio Cidat, Antonio García Moreno, Antonio Pérez Martín y Alfonso Díaz Moreno	37
Programa de terapia familiar comunitaria para un CPS. Antonio García Moreno	46
La delincuencia del menor no es problema de orden público. Conclusiones generales de las Jornadas	47
integración de minusválidos	
Reflexiones sobre la Ley de integración de minusválidos. Carlos Camarero	48
La discusión en las Cortes de las enmiendas del Colegio	53
El psicoanálisis humanista de Erich Fromm. José L. Lobo Bustamante	57
Introducción a la terapia del comportamiento para un no psicólogo. Mariana Segura	60
lecturas	62
el colegio informa	65
congreso de diputados	86