

PSICOLOGÍA Y REFORMA SANITARIA EN LA DÉCADA DE LOS 80

Juan Carlos Duro Martínez

PSICOLOGÍA Y REFORMA SANITARIA EN LA DÉCADA DE LOS 80

Juan Carlos Duro Martínez



Edita: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Cuesta de San Vicente, 4, 6ª planta. 28008 Madrid.

Tlf.: 91 541 85 04. Fax: 91 559 03 03.

Maquetación e impresión: Huna Soluciones Gráficas S.L. (Huna Comunicación)

Depósito Legal: M-4451-2015

ISBN: 978-84-87556-63-0

e-mail: copmadrid@cop.es

<http://www.copmadrid.org>

Índice

PRESENTACIÓN	5
PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN.....	13
EL CONTEXTO POLÍTICO Y PROFESIONAL	14
<i>La psiquiatría ‘antipsiquiátrica’ (1971-1983).....</i>	<i>14</i>
<i>El interés social por la psicología, la salud y la salud mental</i>	<i>19</i>
EL CAMBIO DESDE LA OPOSICIÓN SOCIALISTA (1979-1982)	21
<i>El debate sanitario en el PSOE.....</i>	<i>21</i>
<i>Una Proposición No de Ley sobre Servicios de Psiquiatría (1981)</i>	<i>22</i>
<i>I Jornadas socialistas de salud mental (1981)</i>	<i>22</i>
<i>Sectores políticos enfrentados en el Gobierno</i>	<i>23</i>
<i>Proyecto de Atención Primaria de Salud del Insalud (1983).....</i>	<i>25</i>
EL CAMBIO PSIQUIÁTRICO.....	26
<i>Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y 272</i>	
<i>Reforma Psiquiátrica</i>	<i>27</i>
<i>La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985)</i>	<i>28</i>
<i>La Asociación Española de Neuropsiquiatría (1983-1990).....</i>	<i>32</i>
<i>La Reforma Psiquiátrica en Madrid (1981-1990)</i>	<i>38</i>
<i>El ‘consenso’ con la psiquiatría biologicista</i>	<i>48</i>
<i>La Asociación Madrileña de Salud Mental</i>	<i>49</i>
<i>Jornadas sobre psicoterapia en instituciones públicas (1988)</i>	<i>49</i>
EL DISCURSO DE LOS PSICÓLOGOS PROFESIONALES.....	50
<i>Apoyo a los Centros de Promoción de la Salud.....</i>	<i>50</i>
<i>Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud (1984).....</i>	<i>53</i>
<i>I Congreso del COP (1984).....</i>	<i>54</i>
<i>Los psicólogos en la política sanitaria.....</i>	<i>58</i>
<i>Criterios Generales para la Ley de Bases de Sanidad (1983).....</i>	<i>62</i>
<i>Sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la</i>	
<i>Reforma Psiquiátrica</i>	<i>65</i>
<i>Conferencia Europea de Educación para la Salud (1987).....</i>	<i>68</i>

EL DISCURSO ACADÉMICO	70
<i>El cambio en la Universidad.....</i>	<i>70</i>
<i>La consolidación académica de la Psicología (Social)</i>	<i>71</i>
<i>Del discurso comunitario en salud a la Psicología de la salud</i>	<i>79</i>
ACERCAMIENTO ENTRE LA PSICOLOGÍA PROFESIONAL Y LA ACADÉMICA	83
<i>Seminario sobre Perspectivas de la Intervención Comunitaria (1985)</i>	<i>84</i>
<i>Las Escuelas de Verano del Colegio de Psicólogos (1987-1990)</i>	<i>85</i>
LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1986).....	87
PRÁCTICAS PROFESIONALES	89
<i>Auge y declive de los CMS/CPS (1982-1985)</i>	<i>89</i>
<i>Los Centros de Orientación Familiar (1984-1990).....</i>	<i>91</i>
<i>Las Unidades de Salud Mental (1985).....</i>	<i>92</i>
<i>Los Servicios de Salud Mental (1984)</i>	<i>94</i>
<i>Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (1988).....</i>	<i>99</i>
<i>El comienzo del Programa PIR (1983-1990)</i>	<i>101</i>
MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD	107
<i>El interés por los grupos</i>	<i>108</i>
<i>Los ‘modelos operativos’.....</i>	<i>110</i>
<i>El modelo de competencia.....</i>	<i>117</i>
A MODO DE ANÁLISIS INTERPRETATIVO	120
<i>Demandas de cambios institucionales</i>	<i>120</i>
<i>Del discurso del cambio al cambio de discurso</i>	<i>121</i>
<i>La modernización del Estado</i>	<i>122</i>
<i>Los profesionales sanitarios: ¿críticos o gestores?</i>	<i>124</i>
<i>Dos discursos socialistas: ‘el comunitario y el pragmático’.....</i>	<i>125</i>
<i>El discurso psiquiátrico de la salud mental comunitaria.....</i>	<i>126</i>
<i>Un discurso calculadamente ambiguo: la Ley General de Sanidad</i>	<i>129</i>
<i>Los psicólogos: de la contestación a la profesionalización.....</i>	<i>129</i>
<i>Modelos psicológicos: lo operativo y lo conductual</i>	<i>134</i>
BIBLIOGRAFÍA.....	136
ANEXOS:	155

Presentación

Corría el año 1976, yo era entonces un alumno de primero de psicología en una universidad convulsionada por la situación política y las huelgas de los profesores no numerarios. Un grupo de compañeros decidimos hacer un trabajo sobre el tratamiento de la enfermedad mental en el Hospital de Leganés, que por entonces iniciaba el proceso de reforma psiquiátrica en Madrid.

Las entrevistas que realizamos a los psiquiatras fue nuestro primer contacto con este movimiento. Aún recuerdo el impacto y la admiración que nos produjeron sus palabras.

La reforma psiquiátrica inspirada en la Psiquiatría y Psicología Comunitaria, no solo proponía un cambio a la forma de tratamiento de las enfermedades mentales, sino un cambio de paradigma basado en la intervención comunitaria, la inclusión social, una reformulación de los roles profesionales, un cuestionamiento de la propia enfermedad, de su relación con el paciente y en definitiva un empoderamiento del mismo para que alcanzase una vida autónoma alejada de los hospitales psiquiátricos.

Como todo movimiento de reforma social tenía algunos planteamientos cercanos a la utopía, como no puede ser de otra manera, y hoy treinta y cinco años después, se ha alcanzado muchos objetivos y se han puesto en marcha dispositivos como los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) que facilitan la integración de los pacientes en la sociedad. Pero aún faltan muchos otros por alcanzar, y la crisis económica se ha cebado con especial crudeza en los recursos de Salud Mental. España está muy debajo de la media de la OCDE en las tasas de profesionales de Salud Mental por habitante, la integración de los Centros de Salud Mental en los hospitales coarta la perspectiva comunitaria, la coordinación sociosanitaria no pasa de experiencias pilotos... y mientras, las incidencias de los trastornos mentales es mayor que nunca, las bajas laborales por motivos psicológicos son la segunda en frecuencia, los suicidios han aumentado considerablemente,...

Parece evidente la necesidad de un nuevo impulso reformador en la atención a la Salud Mental. Reforma que debe inspirarse en los mismos principios que alentaron la reforma psiquiátrica.

Por todo ello, es especialmente oportuno la publicación de esta monografía, escrita además por un testigo muy cercano de la reforma.

La labor de recopilación y conceptualización realizada por Juan Carlos Duro ha sido excepcional, dando una amplia perspectiva del movimiento, y centrándose en la labor de los psicólogos que a pesar de ser una profesión aún incipiente en España, supieron desempeñar una función primordial. Estoy seguro que en estas páginas encontraremos aliento para emprender nuevos caminos en el abordaje de los trastornos mentales porque *“qué dirían los dioses si detenemos nuestro paso con lo poco que hemos avanzado”* (Lluís Llach).

Fernando Chacón Fuertes
Decano Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Prólogo

Retornos de lo vivo lejano es una de las obras poéticas de Rafael Alberti en el exilio, la huella de lo vivido que guarda su memoria. Retornos de lo vivo lejano es también la Monografía Profesional *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80* que nos ofrece Juan Carlos Duro, la huella que nos trae la memoria emocionada de “lo vivo lejano”. Es tiempo lejano porque los que lo hemos vivido y compartido con él sus avatares en primera persona nos hemos hecho ya mayores. Pero es también retorno de un tiempo que sigue vivo, porque muchos de aquellos sucesos que retornan en la memoria histórica de la Monografía son ya parte inseparable de nuestras vidas, de nuestra íntima biografía histórica, de ese río de la vida personal y profesional en el que seguimos navegando, porque muchos de los proyectos, ilusiones, incluso utopías, entonces abrigados, siguen vivos, aunque también hemos de reconocer que algunos se nos han perdido no se sabe dónde, otros nos han sido arrebatados y otros han sucumbido a la desilusión y al desencanto. El retorno de lo vivo lejano que nos trae la Monografía es en todo caso una estupenda oportunidad para desvelar y reafirmar el sentido de lo que sigue vivo y un incentivo para revivir ilusiones y utopías que se nos habían olvidado.

Dice mucho y bueno de Juan Carlos el hecho de que haya sido él mismo quien nos pide el prólogo, a sabiendas de que en aquel tiempo lejano, aún compartiendo el mismo empeño por situar a la psicología en las coordenadas de la vida social y profesional, lo hacíamos, a veces, desde posiciones y ángulos diferentes. Es en cualquier caso un privilegio para nosotros prologar esta Monografía. Es un excelente documento que con seguridad cualquier colega interesado en la historia de su profesión disfrutará de su lectura, además de encontrarla útil por ajustarse con rigor a los hechos que acontecieron. Su autor es garantía de lo que decimos al reunir tres cualidades difíciles de encontrar: la de ser testigo directo y comprometido de los acontecimientos que se detallan en esta monografía, la de ser un observador minucioso y la de ser también un excelente y documentado relator. Gracias por este regalo que nos ofreces a miles de psicólogos ávidos por la historia de nuestra profesión y por los avatares del contexto social y político que condicionaron en gran medida la práctica y el desarrollo en nuestro país de esta apasionante disciplina y profesión que es la Psicología, y su lugar en el contexto de las transformaciones sociales, políticas y profesionales que afectaron entonces al sistema de salud.

La Reforma Psiquiátrica y la aspiración por el cambio

Destaca la Monografía el papel clave jugado entonces por la psiquiatría en el cambio en las instituciones psiquiátricas y en la asistencia psiquiátrica, reorientándola en un sentido más comunitario, protagonista de un movimiento crítico, con un fuerte componente ideológico y una fuerte carga de oposición política. Esta articulación entre una práctica profesional responsable que reclamaba un cambio profundo y el compromiso político favorecía sin duda una toma de conciencia de las interdependencias entre las condiciones sociales y los problemas de la gente, la constatación de que los cambios en la práctica de atención de salud requieren transformaciones en las condiciones sociales y en las políticas, y la comprobación de cómo las posibilidades reales de transformación se veían limitadas precisamente por las propias políticas. Los avatares por los que pasaba la reforma psiquiátrica se enmar-

caban en los mismos avatares sociales y políticos por los que estaba pasando la totalidad de la reforma sanitaria, y en particular, la gestación de la Ley General de Sanidad de 1986.

Es tal el detalle con el que el autor nos cuenta la movilización crítica de una buena parte de la psiquiatría, las controversias entre los diferentes grupos, las diatribas entre los críticos y los oficialistas, entre los “hospitalarios” y los “comunitarios”, que nos parece que lo estamos viendo, que lo lejano “parece que fue ayer”.

En esta movilización crítica, la psiquiatría tuvo a menudo a su lado como “compañeros de viaje”, a muchos psicólogos que, en gran medida, sostenían posiciones progresistas desde el punto de vista político. La convergencia de perspectivas tuvo un lugar de encuentro en la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la que psiquiatras y psicólogos apostaban por la sanidad pública y propugnaban la integración en la misma de la atención a la salud mental.

A pesar de todo ello, no obstante ya en plena década, se pasará de un discurso crítico centrado en la perspectiva comunitaria de años anteriores a un discurso sanitario en el que el planteamiento base será la consideración de los problemas de salud mental como ‘enfermedades mentales’ que debían tener la misma consideración que ‘las enfermedades físicas’ en el sistema sanitario público. De un modelo más psicosociológico y comunitario se irá pasando, como se recoge en el texto, a un modelo más institucional y tecnocrático sanitario en el que predominará la psiquiatría biológica. En todo caso, al final de la década, se puede decir que estará normalizada la atención a la salud mental en la sanidad pública constatándose la presencia de los psicólogos en los equipos de salud mental. El énfasis se pondrá entonces en el trabajo clínico-asistencial más que en el trabajo comunitario, se hablará menos de salud mental comunitaria y más de apoyo a la atención primaria de salud, menos de promoción y educación para la salud y más de rehabilitación y reinserción social.

La perspectiva dialéctica y la crítica de la psicopatología

A la vez que se producen, con sus luces y sombras, todos los sucesos que caracterizan la reforma psiquiátrica y la reforma sanitaria general, y aunque no siempre directamente relacionado con estas reformas, un lugar de encuentro particular de psiquiatras y psicólogos lo constituirá también la figura de Carlos Castilla del Pino que ya desde los años 60 venía haciendo un serio intento por introducir en el ámbito de la psiquiatría una perspectiva dialéctica, según la cual la persona y su comportamiento están en interrelación y dependencia recíproca con la situación. Esta perspectiva conectaba además con las concepciones interactivas propugnadas por Harry Stack Sullivan, influido por las concepciones interactivas de la psicología social de George Mead. Las muchas publicaciones de Castilla del Pino fueron por entonces, y continuaron siendo durante muchos años, fuente de inspiración y de elaboración teórico-práctica para psiquiatras y, especialmente, para psicólogos, muchos de los cuales, entre los que nos encontrábamos, creían que los planteamientos dialécticos de Castilla del Pino eran muy compatibles con el discurso psicológico y, en particular, con el discurso conductual. Conviene recordar que la expresión utilizada por él de *psico(pato)logía* subrayaba precisamente el papel explicativo de la *Psicología* en los problemas de salud mental. Compartíamos también con él el reconocimiento de las limitaciones del modelo médico para la comprensión de los problemas psicológicos.

Junto con los planteamientos críticos de la práctica profesional e institucional, y aún antes de los momentos más álgidos de la reforma psiquiátrica y sanitaria, venía ya desde la década anterior señalándose, no tanto en el campo de la psiquiatría como en el de algunos psicólogos, la revisión crítica del propio modelo psicopatológico y del binomio “salud mental-enfermedad mental”, una revisión inspirada en buena parte en *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura*, de Thomas Szasz y, en el ámbito de la psicología, en *A psychological approach to abnormal behavior*, de Ullman y Krasner. En el reciente libro ‘*Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología*’, nosotros mismos hemos querido hacer vivo de nuevo lo lejano de aquella revisión crítica que entonces emergía, que inspiraba una cierta conciencia crítica en quienes protagonizaban de manera más directa la reforma psiquiátrica y sanitaria, que suscitaba la necesidad de un cambio de paradigma y de abrir la perspectiva psiquiátrica y biomédica de los problemas de salud mental hacia otras disciplinas, como la psicología, y hacia el trabajo interdisciplinar, y que iba a seguir siendo hasta hoy un tema de viva controversia.

La emergencia de un nuevo modelo y de nuevas prácticas

Si bien es verdad que en los primeros movimientos de la reforma sanitaria en el campo de la salud mental tuvo un protagonismo especial la *reforma psiquiátrica*, los cambios políticos y sociales que acontecieron a partir del año 1979 con las elecciones municipales hacen posible dos fenómenos de especial trascendencia. Por una parte, aparece el *municipio como instancia política* cercana y, por tanto, sensible a las necesidades del ciudadano; por otra parte, en la mayoría de los grandes municipios ganan los partidos políticos (PSOE y PCE) cuyos programas eran muy sensibles a una nueva perspectiva en la salud. Este cambio hizo posible la aparición de escenarios y de experiencias de transformación del sistema en los que la Psicología y los psicólogos adquirieron también un protagonismo diferenciado. Tales fueron las experiencias de centros municipales de salud y centros de promoción de la salud (CMS/CPS) a las que se dedica un espacio destacado en la *Monografía*.

En algunos de estos escenarios, la dimensión comunitaria, muy conectada con la perspectiva y los modelos de la *salud pública*, tuvo un matiz diferente de la dimensión comunitaria que caracterizaba a la reforma psiquiátrica, más asociada a los procesos de desinstitucionalización que entonces se estaban produciendo. Emerge un nuevo modo de entender el campo de la salud y las posibilidades de la Psicología, con métodos y técnicas más genuinamente psicológicos y cuyo espíritu se fue difundiendo hacia otros ámbitos geográficos.

La emergencia de esta nueva visión dio lugar incluso a un cierto activismo docente de la mano de psicólogos en materia de Promoción y Educación para la Salud, de trabajo en equipo, de intervención comunitaria y psicosocial dirigido a enfermeras, médicos y responsables de centros de salud en un gran número de Comunidades Autónomas. Era una manera de contribuir a la reforma sanitaria con matices nuevos y diferentes de los que entonces tenía la reforma psiquiátrica. La relevancia especial que tenía la *perspectiva de la salud pública* nos desvelaba la importancia que las condiciones de vida y los comportamientos y estilos de vida tienen en la nueva morbilidad y en los propios problemas de salud mental. Esta perspectiva nos confrontaba entonces como ahora con la *falta de equidad* y con la *desigualdad* en salud, dos asuntos que tendrían a partir de entonces un protagonis-

mo especial, también, cómo no, en el ámbito de lo que entonces se venía, por costumbre, denominando “salud mental” y que también entonces algunos propugnábamos que se denominara preferiblemente “bienestar psicológico”.

Dentro de este enfoque, la OMS promovía en 1977 una Conferencia Mundial de la Salud con el objetivo estratégico Salud para Todos, y en 1978 la *Declaración de Alma Ata* subrayaba el papel clave que la *atención primaria* debe tener en el seno del sistema de salud y del sistema socioeconómico para la protección y la promoción de la salud. Entre el conjunto de actividades que comprende la atención primaria de salud, destaca la *Promoción de la Salud* y la *Educación para la Salud*, dos ámbitos en los que la psicología iba a tener un papel importante a lo largo de esos años. En este contexto, se va configurando una práctica y una disciplina en el ámbito de la Psicología: la *Psicología de la Salud*, a la que también se dedica un amplio espacio en la Monografía. Para muchos psicólogos de entonces, entre los que nos contamos, la Psicología de la Salud constituía un campo de intervención no vinculado a la tradicional “salud mental”, y mucho menos a la psicopatología, en el que los métodos y técnicas de la Psicología podían hacer aportaciones útiles en relación con los comportamientos y estilos de vida asociados con los fenómenos de salud-enfermedad (obesidad, asma bronquial, cáncer, salud buco-dental, diabetes, enfermedades cardiovasculares,...). Es una práctica que amplifica el potencial de la Psicología y de los psicólogos si bien no desempeña un papel relevante en la reforma sanitaria durante esta década. Desarrollos posteriores en el ámbito académico y en algunas experiencias acotadas en el ámbito hospitalario irán configurando definitivamente este campo.

Esta invitación a la huella de lo vivido nos evoca inevitablemente experiencias innovadoras como las *Academias de Salud* y la *Consultoría Comunitaria* en donde la atención clínica individual se transforma y se amplifica para promover capacitación y empoderamiento en competencia social y solución de problemas a individuos, parejas, familias y grupos de autoayuda. Llegó a ser una temprana experiencia de enfoques innovadores para el tratamiento y prevención de la depresión y de otros problemas psicológicos que encuentran hoy día un importante respaldo empírico. Era una manera eficiente de contribuir a la atención de salud y una manera también de contribuir entonces a la reforma sanitaria. En estas experiencias, los psicólogos empezaron a tener, tal vez por primera vez, un estatus totalmente equiparado y homologado en lo profesional y en las condiciones de empleo con los profesionales de la psiquiatría con los que compartían, junto con otros profesionales, un trabajo interdisciplinar. Esto era un avance significativo que, como muy bien señala el autor, iba a abrir la puerta a la creciente inclusión del psicólogo en muchos otros ámbitos del sistema sanitario.

En medio de estos progresivos y relativos avances de la Psicología, y al igual que estaba ocurriendo dentro de la Psiquiatría, se producen también controversias, y a veces desencuentros, entre distintos enfoques y modelos conceptuales y de la intervención. Juan Carlos alude con un enorme respeto al papel que, según él, nosotros tuvimos entonces en la difusión del *Modelo de Potenciación* o de *Competencia*. Situados ahora en el retorno de lo vivo lejano al que él nos invita, podemos revivir que el propósito que entonces nos animaba no era tanto el contraste con otras visiones de la intervención psicológica, sino más bien el

contraste crítico y alternativo al modelo psicopatológico que era por entonces hegemónico. Por otra parte, muchas de las experiencias que se plantearon en algunos CPS a la luz de ese modelo pretendían ser experiencias sustentadas en lo que entendíamos que era más propio y genuino de los paradigmas básicos de la Psicología.

El Colegio Oficial de Psicólogos y otros factores de fortalecimiento

La Monografía, como es natural, dedica un apartado muy especial al papel jugado por el *Colegio Oficial de Psicólogos* (COP) a lo largo de toda la década. El COP se posicionó a favor de las experiencias CMS/CPS y a favor de una concepción pública y comunitaria de la salud e hizo visible esta posición cuando tuvo la oportunidad de reivindicar el lugar de la psicología y de los psicólogos en el sistema de salud y de hacer aportaciones, y también consideraciones críticas, a la reforma en curso del sistema, si bien no siempre su voz y las movilizaciones reivindicativas de los psicólogos fueron escuchadas en las instancias políticas del momento. El I Congreso del COP de 1983 supo concitar toda la pluralidad de prácticas psicológicas, en las cuales la Psicología manifestaba su perfil propio, incluidas aportaciones de corte más experimental del ámbito académico.

Hay otros factores que contribuyeron también al fortalecimiento de la Psicología en este década, aún cuando no tuvieran un papel relevante y directo ni en la reforma psiquiátrica ni en la reforma sanitaria, motivo por el cual, tal vez, no se le dedica tanto espacio en la Monografía. Nos referimos en primer lugar y de manera muy especial al desarrollo y consolidación de las *Facultades de Psicología* que empiezan a tener por entonces un papel decisivo en la configuración del *corpus* teórico, epistemológico y práctico de una disciplina llamada a jugar un papel relevante en el sistema de atención de salud, cualesquiera que fueren el lugar y el papel que las reformas sanitarias decidiesen otorgarle. Hasta entonces, en décadas anteriores, el clima impuesto por la dictadura había condicionado sobremanera el desarrollo de la Psicología en España y había determinado una cierta orfandad académica de las primeras promociones de psicólogos que se formaron al amparo de las Facultades de Filosofía y Letras, con planes de estudios limitados que no preparaban adecuadamente para la intervención y con un cuerpo docente que en algunos casos carecía de una capacitación docente propiamente psicológica. Ello hizo que algunas promociones, entre las que nos encontramos, a menudo tuvieran que echar mano de ámbitos extra-académicos y con dosis de gran voluntarismo y autodidactismo para poderse capacitar adecuadamente.

Creemos que conviene destacar también la creación de *centros y consultas privadas* en las que los psicólogos estaban contribuyendo a difundir en el tejido social una nueva perspectiva de los problemas de salud mental que habían sido patrimonio casi exclusivo del discurso psiquiátrico y a posicionar a la Psicología como una disciplina con capacidad de comprender, explicar e intervenir en esos problemas de una manera distinta. Habría que destacar también el enorme esfuerzo de muchas *editoriales* por poner a disposición de los psicólogos un gran volumen de literatura científico-técnica que destacaba también el valor del conocimiento psicológico, a la vez que contribuía a mantener vivo el espíritu crítico de muchos sectores de la Psiquiatría. No cabe duda de que también el COP estaba jugando en este aspecto, y lo sigue haciendo, un papel de apoyo, de orientación, de puesta al día y de conexión en red con otros organismos y fuentes de conocimiento para sus colegiados.

Retornos de lo vivo lejano para poder revivir

Juan Carlos Duro ha hecho en verdad un trabajo de memoria histórica que nos permite revivir un período de profundas transformaciones y profesionales en el que la Psicología se presentó en sociedad con un equipaje inicialmente reducido que se fue agrandando en el curso de la década. Su rigurosa investigación histórica y hermenéutica, nos permite entender cómo se llega a producir un cambio social y profesional, las, a menudo, enormes dificultades para llevarlo adelante, la capacidad, la esperanza y la ilusión de los grupos humanos, profesionales o no, para hacer el cambio posible, para desvelar el lugar y la responsabilidad que le corresponde al sistema de salud para garantizar la salud y el bienestar de los seres humanos, y para marcar con nitidez el lugar que le corresponde a la Psicología y a los psicólogos en ese sistema.

Por último, la Monografía pone también sobre la mesa, en nuestra opinión, un debate que estaba entonces abierto y que sigue abierto, el nivel específico de análisis, de comprensión y de intervención de los problemas psicológicos que afligen a tantas personas y que vienen siendo velados históricamente por el *modelo psicopatológico* que les secuestra su radical significación psicológica al considerarlos como enfermedades o desequilibrios bioquímicos.

Como recordar es volver a vivir, revivamos con esta Monografía tiempos, hechos e ilusiones del pasado para seguir trazando la senda que ha de recorrer la psicología y los psicólogos en la sociedad y en el sistema de salud del presente y del futuro.

Ernesto López Méndez

Miguel Costa Cabanillas

Introducción

El objetivo de este trabajo¹ es analizar los discursos políticos desde el gobierno del PSOE alrededor de la salud, los discursos acerca de las reformas de las instituciones sanitarias, incluyendo a los psiquiatras progresistas y los discursos académicos y profesionales de los psicólogos (especialmente el Colegio Oficial de Psicólogos).

Asimismo describiremos las prácticas profesionales correspondientes a este período que se efectuarán desde el cambio –la reforma– de las instituciones sanitarias y se ‘trasladarán’, desde las experiencias contrainstitucionales y comunitarias en salud mental de los años setenta y las prácticas en promoción de la salud de los centros municipales de comienzo de los ochenta, hacia los nuevos Servicios de Salud Mental de la Reforma Psiquiátrica, los incipientes Centros de Planificación Familiar y los dispositivos de Rehabilitación psicosocial de enfermos psiquiátricos dependientes de los Servicios Sociales autonómicos.

Finalmente haremos un análisis interpretativo de esta etapa histórica caracterizada por la reforma de las instituciones como respuesta a las demandas de cambios institucionales por parte de la población entendiendo la salud como un derecho constitucional. Esta Reforma Sanitaria hecha durante las dos primeras legislaturas de gobierno del PSOE con mayoría absoluta, se caracterizó por la confrontación entre dos discursos en las esferas socialistas: el comunitario, proveniente de los años de la transición democrática y el pragmático, que esbozaría lo que en los años 90 podemos definir como la primacía de la gestión. La Reforma Psiquiátrica, con raíces en los movimientos ‘antipsiquiátricos’ de los 70, es liderada por psiquiatras progresistas con el ‘acompañamiento’ de los psicólogos como profesión emergente y se inscribe en el marco más general de la Ley General de Sanidad.

Las prácticas profesionales de los años ochenta están marcadas por los procesos de cambio institucional y en consonancia con la construcción del Estado de las Autonomías, son promovidas primero por la administración local, luego por la autonómica y por último por la administración central. Serán nuevas instituciones con equipos interdisciplinares, bajo la dirección de médicos y psiquiatras en el campo de la salud. Las instituciones relacionadas con las drogas estarán dirigidas por psicólogos.

Resaltamos el papel del Colegio Oficial de Psicólogos apoyando críticamente estos procesos de cambio y posibilitando el paso de los psicólogos ‘de la contestación a la profesionalización’.

La década de los ochenta supone el despegue y la institucionalización de la psicología española tanto a nivel académico como profesional –inserción en el mundo laboral y organización corporativa–. La presencia y la voz de los psicólogos se hace presente con fuerza en los distintos espacios sociales.

Acabamos señalando los modelos de intervención psicosocial con mayor presencia en las prácticas profesionales instituyentes de los psicólogos (operativos, de competencia y sistémicos).

¹ Continuidad de la Monografía Profesional *Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática* (Duro, 2001) forma parte de una investigación más extensa titulada *Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria* (1970-1995) (Duro, 1999).

El contexto político y profesional

Si en la década anterior hubo un discurso reformista desde el gobierno de UCD y unos discursos más sociales y críticos desde los ámbitos de influencia de la izquierda (política y profesional), es decir desde el poder institucional y desde la crítica constrainstitucional, ahora veremos el juego de estos discursos desde el cambio de la situación política y de una nueva correlación de fuerzas. En esta década el PSOE gobernará mayoritariamente en todas las administraciones del Estado (central, autonómica y municipal) y el PCE, en crisis, dejará de ser un referente para la izquierda en general y para los profesionales en particular (además de tener escaso poder en las instituciones públicas). En buena medida podemos decir que el PSOE ocupa todo el espacio político (sin oposición parlamentaria relevante por la derecha) por lo que, en cierto modo, es gobierno y 'oposición'. Los discursos enfrentados se darán en el seno del partido y del gobierno. Lo mismo sucederá entre los profesionales progresistas, y sus organizaciones más representativas (AEN y Colegio de Psicólogos), que se posicionarán globalmente desde el apoyo a las reformas de las instituciones, diferenciándose en sus posturas más o menos críticas, muchas veces más en función de intereses corporativos o personales que en base a diferentes objetivos alternativos.

La psiquiatría 'antipsiquiátrica' (1971-1983)

En la historia de la atención a los 'problemas mentales', las, generalmente turbulentas, relaciones entre la psicología y la psiquiatría ha sido siempre una constante en todos los países occidentales. Ya haya sido para diferenciarse la primera de la segunda, ya para ir de la mano bajo el manto de la salud mental, ya para reivindicar diferencialmente sus campos de aplicación, las relaciones entre la psicología y la psiquiatría merecen un análisis específico. Esto es particularmente necesario en nuestro contexto si tenemos en cuenta que, en nuestro país, lo más intenso de esta relación se ha dado en un periodo histórico de profundos cambios sociales e institucionales. Además para entender la situación actual de la psicología en el sistema sanitario público, y en particular en su relación con la salud mental y la atención primaria de salud, es preciso conocer el papel del movimiento psiquiátrico español, y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (Lázaro, 2000), particularmente, en la consecución del Sistema Nacional de Salud actual.

Cuando hablamos de movimiento psiquiátrico español nos estamos refiriendo a los planteamientos de transformación psiquiátrica, y por ende de la sanidad en general, mantenidos por psiquiatras progresistas primero organizados en torno a la Coordinadora Psiquiátrica Nacional², que se autodisolvió en 1977, y posteriormente desde la AEN.

La Coordinadora Psiquiátrica Nacional (1971-1977)

A raíz de los conflictos protagonizados por los médicos residentes en psiquiatría, iniciados en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1971) y en la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco (Clínicas de Ibiza) se van organizando pequeñas redes de contactos en-

² En este organismo no hay participación de otros profesionales que no fueran psiquiatras.

tre los profesionales contestatarios en la Sanidad pública, unas coordinadoras que servían *“para extender los movimientos de protesta, coordinar solidaridades y, cuando podían, negociar las salidas a los conflictos”* (Rendueles, 1997). En septiembre de 1971 se constituye la Coordinadora Psiquiátrica Nacional durante el XI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que se celebraba en Benalmádena (Málaga), y consigue que se apruebe en la Asamblea una moción³ a favor de la participación del personal médico-sanitario en la gestión de los hospitales psiquiátricos. De ese Congreso sale fortalecida la organización, por supuesto clandestina, de los psiquiatras progresistas que se vio reforzada por la influencia del movimiento anti-institucional italiano, ‘importado’ por psiquiatras catalanes⁴, y revitalizado a raíz del conflicto de Instituto Mental de Barcelona de 1973.

Con motivo de dicho conflicto se celebró en Barcelona del 22 al 24 de junio de 1973 un Encuentro Internacional⁵ en el que participaron más de un centenar de profesionales de la psiquiatría pública española, pertenecientes a veinte hospitales psiquiátricos junto a pensadores relacionados con el movimiento crítico internacional⁶. La consolidación de esa Coordinadora de Psiquiatría que aglutinó a los psiquiatras más comprometidos con el cambio fue posible, a decir de Rendueles, por tres factores:

1. La fuerte carga ideológica de la psiquiatría que permitía la fácil división y adscripción entre psiquiatras de derecha y psiquiatras de izquierda. Los segundos cerca de la antipsiquiatría internacional, los primeros dentro del modelo médico tradicional.
2. El freno de los manicomios a la carrera profesional en el campo de lo público por sus escasos recursos profesionales necesarios para su subsistencia.
3. La escasa resistencia al cambio por parte de la psiquiatría oficial (Rendueles, 1997, p. 292).

Ese mismo año, con motivo del Congreso celebrado en Valladolid, (interrumpido por la Coordinadora, al tiempo que se realizaba un ‘Congreso paralelo’), se hacen patentes dos posturas diferenciadas en su seno: una a favor de la intervención en la directiva de la AEN para su democratización, y otra que apostaba por trabajar al margen de las instituciones más o menos burocráticas. Triunfa esta última posición hasta el Congreso de Sevilla de 1977 en el que los psiquiatras progresistas, mayoritariamente, optan por ‘tomar’ la AEN. Es interesante resaltar que, aunque en esta Coordinadora Psiquiátrica no participaba ningún psicólogo, cosa lógica dada su escasa presencia en las instituciones psiquiátricas de la época, algunos de los temas que constituyeron buena parte de su corpus teórico provenían de pensamientos ‘psicosociales’

³ Presentada y leída por Onésimo González, médico residente de Oviedo y defendida por Sergio García Reyes, militante del PCE y psiquiatra de las Clínicas de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid (García, 1995).

⁴ Algunos como Ana Serós y Luis Isem que habían estado en Italia y que se habían agrupado en torno a Ramón García. También estuvo en Trieste, Luis Torrent, que al venir de Italia se va a Conxo.

⁵ El programa de ese encuentro era: *La destrucción del manicomio: ¿traslados ó integración en la comunidad?. La separación entre ‘agudos’ y ‘crónicos’ y el olvido de éstos. Relaciones entre sistema de asistencia y poderes fácticos. La dedicación completa y exclusiva del personal tratante. La participación de los usuarios en la marcha de los servicios. El personal no médico y la interdisciplinariedad. La crítica de la jerarquía y la organización del servicio: el ‘equipo’.*

⁶ F. Basaglia, A. Pirella, R. y F. Castel, S. Tonkiewicz, E. Wulf, Pollac y Torrubia, éste exiliado de la guerra civil española que participó junto a Tosquelles en el movimiento de psicoterapia institucional.

tales como el freudomarxismo⁷ y la teoría de Goffman⁸. Otras influencias más sociopolíticas como las de Basaglia y el movimiento de Psiquiatría Democrática, o de Guattari (1972) con lo que se llamó el Movimiento Molecular de crítica psicoanalítica de las instituciones, se plasmaron a través de la relación personal que ambos mantuvieron con la Coordinadora.

La 'toma' de la AEN (1977-1980)

En marzo de 1977 se celebró en el Colegio de Médicos de Madrid unas Jornadas sobre "Alternativas a la Asistencia Psiquiátrica" con gran asistencia de público, desde enfermos y familiares hasta sociólogos y periodistas, pasando por todos los estamentos de los profesionales de la psiquiatría más o menos comprometidos en sus prácticas de transformación institucional y de asistencia en la comunidad⁹, lo que mostraba el interés social por el tema.

Para Ramón García (1995) allí hubo dos hechos que marcaban un cambio de rumbo en la mayoría de los psiquiatras progresistas. Por un lado una autocrítica por parte de José García del trabajo realizado hasta entonces centrado en el intento de cambio a partir de los hospitales psiquiátricos para reorientarlo al trabajo en la comunidad (García González y González Fernández, 1977) y por otra la convocatoria de una reunión 'a puerta cerrada' por parte de los psiquiatras del PCE¹⁰ que habían pertenecido a la extinta Coordinadora Psiquiátrica Nacional, a la que no invitaron a personas independientes, que pertenecían a otros partidos políticos o simplemente que no encajaban en el marco que allí se empezaba a construir. González de Chávez, alma mater de esta Coordinadora y militante del PCE, recuerda, sin embargo, dicha convocatoria como abierta¹¹ *"a todos los psiquiatras progresistas que quisieron ir"* y atribuye el cambio de planteamiento a la nueva situación política y a la evolución de los participantes y de la sociedad española *"junto a la experiencia aprendida esos años y, en ningún caso, a directrices políticas del PCE"* (González de Chávez, 2003). El punto central que se decidió en esa reunión (100 participantes) fue la 'toma' de la Junta Directiva de la AEN.

Así fue, en el XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores en Sevilla en octubre de 1977 fue elegida una Junta Directiva presidida por Valentín Corcés¹², otro relevante psiquiatra del PCE, en esos momentos, con proyectos y propuestas de cambio para la asistencia psiquiátrica española, según los plan-

⁷ Emergentes de la influencia de esta línea fueron los textos de Anagrama coordinados por Ramón García en esos años.

⁸ Éste únicamente a través de su libro *Asylum*, publicado en 1961 y traducido al castellano por la Editorial Amorrortu en 1973 (Goffman, 1961/1973).

⁹ La mayoría de las intervenciones de estas jornadas se publicaron en un libro del mismo título coordinado por Corcés et al. (1977). El libro se organiza en dos partes. La primera sobre la transformación de las instituciones recogía las ponencias que se referían a reflexiones y prácticas sobre los cambios en las instituciones psiquiátricas (hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría). La segunda titulada *"La asistencia a la comunidad"* incluía los escasos trabajos de psiquiatría comunitaria que se comenzaban a llevar a cabo en algunos lugares de la geografía española (El Ferrol en Galicia y Cornellá en Cataluña).

¹⁰ Entre otros, Pepe García que, en esos momentos, era un destacado miembro del sector sanitario del PCE. Posteriormente se pasaría al PSOE donde llegaría a ser Consejero de Sanidad del Principado de Asturias en 1991.

¹¹ Físicamente se realizó en un local de PCE

¹² De vicepresidente estaba Enrique González Duro, Víctor Aparicio, de secretario, Ignacio Bellido de tesorero y Manuel Desviat, José Luis Fábregas y José Antonio Espino como vocales. Todavía no había ningún otro profesional distinto a los psiquiatras en la Junta Directiva dado que no se habían cambiado los Estatutos permitiendo la pertenencia a esa Asociación de otros profesionales de la salud mental aparte de los psiquiatras, y que la inclusión en la atención psiquiátrica de psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc. era muy incipiente.

teamientos defendidos anteriormente en el seno de la Coordinadora de Psiquiatría. En ese Congreso junto a las ponencias oficiales más o menos psiquiátrico-tradicionales¹³ se presentaron varias mesas redondas que anunciaban cierta perspectiva ‘psicosocial’, ya a nivel de modalidades terapéuticas¹⁴, de articulaciones teóricas¹⁵ o referida a la formación de los profesionales¹⁶ (Clínica y Análisis Grupal, 1977).

La ‘toma’ de la Junta Directiva de la AEN por parte de los psiquiatras ‘antipsiquiatras’ del país, rechazada cuatro años antes en el Congreso de Valladolid, responde fundamentalmente a la nueva situación política (inicio de la transición democrática) y a las coyunturales consignas de los partidos políticos de izquierda¹⁷ que defendían las tesis de la participación en las instituciones para su democratización y transformación en asociaciones de nuevo cuño¹⁸. Se mantiene en este periodo, desde la nueva Junta de la AEN hasta el primer gobierno del PSOE, una situación híbrida, en palabras de Rendueles, al mantenerse un discurso crítico antipsiquiátrico, cercano a la autogestión y comenzar a emerger un discurso que preconiza la necesidad de nuevos instrumentos técnicos para el conocimiento epidemiológico de las enfermedades mentales y la incorporación de saberes administrativos y de gestión. Este discurso emergente, según cambian las circunstancias políticas, se va acercando paulatinamente al poder, sobre todo a partir de 1979 cuando la mayoría del PSOE y PCE comienza a gobernar en los Ayuntamientos y en las Diputaciones más importantes de España¹⁹.

Es interesante resaltar el hecho de que algunos de estos psiquiatras, que lideraban el movimiento de transformación de la asistencia psiquiátrica, echasen mano de teorías y técnicas psicopsicológicas a la hora de argumentar las líneas del cambio en la atención psiquiátrica y de salud mental. Así en las II Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebradas en Talavera de la Reina (Toledo) en 1979 varias comunicaciones, todas ellas firmadas exclusivamente por psiquiatras, atribuyen un papel importante a la psicología social en sus alternativas de transformación psiquiátrica²⁰.

¹³ *Bases biológicas de la Psiquiatría, Intento ó conducta suicida, Criterios de objetivación en psicopatología, etc.*

¹⁴ *El papel del Hospital Psiquiátrico dentro de una asistencia de orientación comunitaria* moderada por J.L. Montoya. *Posibilidades de una alternativa comunitaria para la asistencia psiquiátrica en nuestro país* por Pedro E. Muñoz. *Terapia ambiental (aproximación al hecho del Hospital Psiquiátrico desde el Tratamiento Mora a la Comunidad Terapéutica)* por J. Mezquita.

¹⁵ *Marxismo y psicoanálisis* por F.J. Yuste Grijalba.

¹⁶ *La formación del terapeuta de grupo* por Nicolás Caparrós y Hernán Kesselman.

¹⁷ Sobre todo del PCE, ya que el PSOE era francamente poco relevante en las luchas profesionales, ciudadanas y obreras de esos años por su escaso número de militantes.

¹⁸ Así sucedió con algunos por sus Colegios Profesionales como el de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y Ciencias, presidido por Eloy Terrón, también militante del PCE.

¹⁹ Para dirigir los procesos de cambio psiquiátrico en el Hospital Los Prados de Jaén fue llamado E. González Duro –1981 a 1983– (González Duro, 1989) para el Hospital Miraflores de Sevilla, Manuel González de Chávez –1981 hasta finales de 1982–, al Hospital Psiquiátrico de Málaga fue Valentín Corcés –septiembre de 1979 hasta 1980– (Corcés y Angona, 1980).

²⁰ En una ponencia titulada *Estructura y metodología en psiquiatría comunitaria* se afirma: “el interés de las Ciencias Sociales para la psiquiatría comunitaria es múltiple y evidente dados sus propósitos (...). Cabría sin embargo destacar la importancia de la Psicología social y de la Sociología de los grupos pequeños, especialmente en el estudio de la familia y en la derivación a partir de ella de técnicas grupales” (Aparicio, Castellote, Jiménez, López, y Sánchez, 1979). Y otro grupo de psiquiatras, en la comunicación sobre *Técnicas específicas en salud mental comunitaria*, escribían: “epistemológicamente, las corrientes que informan, a nuestro entender la psiquiatría comunitaria, a partir de la psicología social son: a) Teoría de la gestalt: el principio del equilibrio (Heider), la percepción como un todo organizado del campo perceptivo y estimulativo, b) Conductismo: estudio de actitudes en la población (Skinner), c) Psicoanálisis: proceso de socialización, necesidad del otro, estructura familiar, psicología grupal, estudio de las pulsiones, d) Teoría de campos de Lewin: espacio vital, psicología topológica, hodología-dinamismo de la personalidad” (Desviat, Corcés, Escribano, Fernández- Fau, y López Krahe, 1979).

Con estos ‘antecedentes teóricos’ de los psiquiatras progresistas españoles de los 70 no es raro el que en muchas ocasiones los psicólogos hayan sido sus ‘compañeros de viaje’²¹ en los planteamientos de reforma psiquiátrica y en algunas experiencias prácticas de salud mental comunitaria²².

En noviembre de 1980 se celebra en Madrid el XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Las ponencias centrales se dedican a *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*²³ coordinada por Manuel González de Chávez y *Aproximación a la Histeria* coordinada por S. Mascarell²⁴.

La segunda Junta de esta nueva etapa está presidida por Manuel González de Chávez²⁵ y durante esta etapa se crean algunas Asociaciones regionales (Galicia y Andalucía) y la Revista de la AEN. En ese mismo año se oyen voces de psiquiatras desde la Administración en pro de una psiquiatría comunitaria a la que llegar a partir de la reforma del hospital psiquiátrico, siguiendo el modelo francófono del sector y desarrollado también en Suiza donde algunos psiquiatras españoles habían trabajado. Su alternativa la basan en los descubrimientos psicofarmacológicos, Freud, la Higiene Mental de A. Mayer, la comunidad terapéutica de Maxwell Jones y las reformas de Francia de 1960 y EEUU de 1963 con la Community Health Center Act de J.F. Kennedy. Era el caso de Salvador Mascarell²⁶ que fue ex-director adjunto del sector Psiquiátrico Este del Cantón de Vaud en Suiza y era en esos momentos psiquiatra de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

La estrategia de partir de los hospitales psiquiátricos para llegar a la psiquiatría comunitaria no tiene eco entre los psiquiatras más vinculados a la AEN por el temor a la perpetuación del manicomio bajo nuevos ropajes de modernización, manteniéndose la marginación de la atención a la salud mental del sistema sanitario general.

²¹ Término acuñado por los partidos comunistas occidentales, sobre todo el Partido Comunista Italiano, para denominar su política de alianzas.

²² Valentín Corcés vino de dirigir el Hospital Psiquiátrico de Málaga a Madrid en 1980 para incorporarse al CPS de Carabanchel, probablemente por intermedio del PCE. Eso mismo sucedió con otros psiquiatras que habían ido a formarse a Suiza y se incorporan a estos primeros CPS tales como Felipe Reyero, Carmen Fernández Rojero y Ernesto Díaz Noriega.

²³ De 56 autores que escriben en esa ponencia sólo identificamos a un psicólogo, A. Fierro que habla de la atención psiquiátrica y psicoterapia del deficiente mental, reivindicando tratamientos psicoterapéuticos y de terapia ó cambio de conducta (Fierro, 1980). Sin embargo se celebra una mesa redonda sobre Terapia de Conducta en la que participan los psicólogos M. Costa, M. Segura, T. del Ser, J. Cáceres, J.A. Carrobes y M.J. del Río. Probablemente fruto de la novedad de esta mesa fue la noticia aparecida en un periódico nacional titulada *La conducta humana, objeto actual de la psiquiatría* (Galán, 11 de noviembre de 1980).

²⁴ Se celebran también mesas redondas sobre Epistemología psiquiátrica, Psiquiatría infantil y Mujer y enfermedad mental.

²⁵ Cofundador de la Coordinadora Psiquiátrica Nacional. Como vicepresidentes estaban Felipe Reyero, José García y Víctor Aparicio, estos dos, psiquiatras que trabajan en Asturias y que serán los siguientes presidentes de la AEN en 1983 y 1986 respectivamente. Sigue sin haber ningún profesional no médico en la Junta Directiva.

²⁶ Mascarell publica en la Tribuna Libre de *El País* del 22 de abril de 1980 *Psiquiatría comunitaria, una solución al problema de la salud mental en España*: “pensamos que la mejor manera de transformar los hospitales psiquiátricos clásicos -y quizás eliminarlos algún día como tales- es, en un primer momento, convertirlos en protagonistas de una política (...) llamada de sector o de psiquiatría comunitaria (...). Esta defensa del papel inmediato del hospital psiquiátrico en la reforma psiquiátrica no es incondicional ni exclusiva (...)” (Mascarell, 22 de abril de 1980). Ni sus propuestas ni él mismo tuvieron mucho futuro ya que, desgraciadamente acabó drásticamente con su vida en 1985.

Comienza el acercamiento de muchos técnicos de salud mental al PSOE²⁷, unos provenientes de lugares tecno-reformistas, como los del Grupo Argibide de Navarra²⁸, otros procedentes del PCE y con fuerte implantación en la AEN²⁹ y otros afiliados directamente al PSOE sin especial pasado de compromiso político³⁰. El discurso psiquiátrico progresista va siendo menos 'antipsiquiátrico' en la medida que va siendo seducido por las posibilidades de llevar a la práctica proyectos institucionales de cambio³¹ acorde con los vientos que soplan con la victoria del PSOE el 20 de octubre de 1982.

Se abren expectativas de cambio con el primer gobierno socialista de la democracia y de protagonismo de los profesionales que habían propiciado los discursos alternativos en la etapa anterior.

El interés social por la psicología, la salud y la salud mental

Hay que recordar el contexto sociopolítico en 1976 en España recién salidos de un sistema dictatorial y en plena transición democrática. Algunos ejemplos nos reafirman en subrayar el interés social por los temas relacionados con la psiquiatría y la salud mental.

La prestigiosa revista *Cuadernos para el Diálogo* en el número 236 de noviembre de 1977 publica un artículo titulado *La democracia provoca neurosis* en el que psiquiatras progresistas³² y psicólogos con práctica psicoterapéutica privada, integrados en el Colectivo de Psicoterapia y Psicohigiene, opinan sobre la salud mental de los españoles en la transición democrática. Así presentaba el periodista a los psicólogos: "*son jóvenes, muchos de ellos militantes y, además psicoterapeutas. Integran el recientemente fundado Colectivo de Psicoterapia y Psicohigiene, un grupo constituido precisamente en el fragor de las peleas psicoideológicas que merodean los cenáculos de la nueva intelectualidad española. Se trata, nada menos, que de los propios protagonistas de la crisis: jóvenes, progres, pero, además, con la luz necesaria de los psicólogos*" (Sanabria, 1977). Estos psicólogos como portavoces de sus grupos de referencia aprovechan la oportunidad para reivindicar: "*los partidos democráticos deberían exigir la asistencia psicoterapéutica en la Seguridad Social para atender los conflictos psicológicos de las masas y de sus propios militantes ante la nueva situación. Además deberían potenciar a sus cuadros y activistas en un proyecto de carácter integral, no con un sentido*

²⁷ Nosotros mismos, que siempre habíamos mantenido una actitud de distancia ante la militancia en ningún partido político, al tiempo de nuestra entrada en el CMS de Getafe y después del intento de golpe de Estado del 23 de febrero de 1981, nos afiliamos al PSOE con la esperanza de contribuir a la elaboración de una alternativa sanitaria socialista. Nuestra ilusión, y militancia con carné, duró hasta poco después de los primeros pasos del Primer Gobierno Socialista. Concretamente con el nombramiento del economista catalán Ernest Lluch como primer Ministro de Sanidad, en lugar del 'ideólogo' y responsable federal del PSOE, Ciriaco de Vicente, vislumbramos la escasa voluntad política del PSOE de un verdadero cambio en la sanidad pública por lo que 'dejamos de pagar las cuotas'.

²⁸ Pedro Enrique Muñoz

²⁹ Los más relevantes fueron Valentín Corcés, quien en 1982 ya era miembro del Área de Salud del Comité Federal con Ciriaco de Vicente de Responsable Federal de Salud del PSOE y José García.

³⁰ De nuestro conocimiento de esos años el único psiquiatra con militancia en el PSOE a final de los años setenta era José Antonio Espino, jefe clínico del hospital psiquiátrico de Leganés.

³¹ Un editorial de la Revista de la AEN firmado por Desviat dice a propósito del triunfo electoral del PSOE: "*el triunfo de la izquierda, el triunfo socialista, abre la puerta a un futuro diferente. El encuadre político actual nos permite esperar que la salud mental tenga su oportunidad (...). Queremos expresar nuestro apoyo a unos hombres y a un programa de transformación sanitaria*" (Desviat, 1982).

³² Aparecen en foto y en el texto Nicolás Caparrós y Manuel Desviat además de varios integrantes del Colectivo de Psicoterapia y Psicohigiene entre los que nos encontrábamos.

electoralista, sino como parte de una concepción global del hombre donde el aspecto psicológico esté vinculado a la formación ideológica y política” (Sanabria, 1977, p. 53).

El 5 de febrero de 1978 *El País* da la noticia de la participación del psiquiatra italiano Franco Basaglia en un debate en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid presentándolo como ‘uno de los líderes del movimiento antipsiquiátrico’. El título de la noticia es por sí bastante expresivo *Franco Basaglia: Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social* (García Pérez, 1978) y también la Revista *Triunfo* se hace eco de las teorías de Franco Basaglia (Azcarate, 1978).

La revista *Ajoblanco* publicó un número extra en marzo de 1978 titulado *Antipsiquiatría. Hacia la salud mental* y coordinado por un Colectivo de Antipsiquiatría formado por psiquiatras y ex-pacientes³³ en el que se hace referencia a las comunidades antipsiquiátricas inglesas, a la antipsiquiatría política en Italia, a las experiencias españolas del Hospital de día de González Duro (sic) y al movimiento en Cataluña de los Centros de Higiene Mental.

Otra revista llamada *Qué*, el 24 de abril de 1978 publica un artículo titulado *Las batallas de la locura* en el que se entrevista a los psiquiatras González Duro y Acosta³⁴, al psicoanalista español Rodríguez de Rivera, al argentino Bauleo y al italiano Franco Basaglia, que plantean críticas a la situación de la atención psiquiátrica e incluso recoge la opinión de miembros de un autodenominado “Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha”³⁵, incluidos en una Coordinadora de Marginación Social que denuncian: “*la psiquiatría tradicional y reivindican una asistencia donde no pierdan su identidad durante el tratamiento y que no sea encarcelante*”. También en este caso la voz de los psicólogos la ponen miembros del Colectivo de Psicoterapia y Psicohigiene³⁶.

El 30 de abril de ese mismo año en el *Suplemento dominical de El País* se publica un reportaje sobre la apertura a la comunidad del “manicomio de Leganés” titulado *Los locos en la calle* donde se relata los comienzos del cambio del Hospital Psiquiátrico de Sta Isabel de Leganés³⁷ después de ser una institución asilar regida por una orden religiosa –las Hermanas de la Caridad– hasta 1970.

Y en mayo la Revista *Triunfo* se hace eco de las movilizaciones de los psicólogos para reivindicar la Psicología en la Sanidad (Costa, 1978).

³³ También vinculados a González Duro.

³⁴ Psiquiatra de la Cruz Roja que lideró en esos años la puesta en marcha de un Hospital de Día en el hospital de la Cruz Roja de Madrid.

³⁵ Aglutinados en torno al Hospital de Día dirigido por González Duro.

³⁶ “*Los fármacos y el electrochoque sirven para tapar los conflictos y calmar los síntomas sin que el individuo afronte sus problemas y aprenda a resolverlos. El manicomio cumple la función ideológica de separar a los ‘locos’ del resto de la sociedad. En el manicomio están los ‘locos’ y fuera estamos los ‘sanos’; ellos son los violentos; nosotros no. Sin embargo, vivimos en un sistema social que engendra violencia (competitividad, alienación por el modo de producción, etc.) y la rechaza. Sentimos al loco como una persona violenta, sin darnos cuenta de que nos comportamos violentamente con él rechazándolo y marginándolo como una persona distinta. Normalmente, la psiquiatría es uno de los eslabones que la ideología dominante utiliza para reprimir conductas que producen problemas (...). El capital utiliza la psiquiatría como un recurso sutil de represión frente a formas más groseras*” (Dueñas, 1978)

³⁷ “*A partir de 1976 se pusieron al día las historias clínicas y el tratamiento que en algunos casos no se había revisado desde 1940 (...). Ahora las religiosas que viven en el centro pertenecen a la plantilla según su titulación y médicos, psicólogos y enfermeras trabajamos en equipo (...). Desde que se inició esta pequeña revolución psiquiátrica que aún no ha terminado, los enfermos salen a la calle los días que tienen permiso (...)*” (De la Fuente, 1978).

El cambio desde la oposición socialista (1979-1982)

Desde que en 1979 el PSOE comenzó a tener el poder en ayuntamientos y Diputaciones se vislumbraba la cercanía de un posible gobierno a nivel central por lo que la tarea de la oposición se ejercía con ese horizonte³⁸. ¡Por el cambio! fue el slogan más significativo de toda la campaña socialista y cambio era el que deseaban la gran mayoría de españoles a tenor de los 10 millones de votos recibidos en octubre de 1982.

El debate sanitario en el PSOE

El PSOE en el Parlamento ejercía la oposición a los proyectos de UCD por medio, sobre todo, de sus diputados F.J. Yuste Grijalba y Ciriaco de Vicente. Dentro de ese partido, y en sus áreas de influencia, comenzaba una lucha de posiciones en la preparación del modelo sanitario socialista y en la distribución de cuotas de poder entre sectores socialistas. Esta lucha tenía un frente en UGT-Sanidad cuyo control se disputaba dos sectores: uno liderado por García Carrillo y Víctor Velasco, al que pertenecía Yuste, y otro formado por profesionales sanitarios encabezado, entre otros por Pedro Sabando, quien coincidió en intereses con Ciriaco de Vicente frente al sector más obrerista, liderado por García Carrillo³⁹. Un grupo de sindicalistas⁴⁰ de Madrid promueven reuniones y seminarios que culminan con la elaboración de un documento oficial aprobado primero por el Comité Provincial de Madrid y posteriormente por el Comité Federal de Sanidad del Estado Español. Dicho documento titulado *Bases para una Alternativa Sanitaria* planteaba dos ideas centrales e inseparables: salud integral y participación comunitaria (UGT, 1977).

En 1980 la UCD había aprobado una Ley de Reforma Sanitaria que pasó sin pena ni gloria por la historia de España. Desde entonces hasta el primer gobierno socialista de 1982, la oposición y las fuerzas vivas por un lado potenciaban experiencias municipales donde tenían el poder y, por otro, elaboraban a nivel interno proyectos de reforma de la sanidad con el horizonte de llevarlos a la práctica cuando llegaran al gobierno, como así fue. De paso ‘presionaban’ al ejecutivo de UCD presentando parciales iniciativas de mejora de lo existente. El PSOE, que ya en la enmienda a la totalidad que presentó al proyecto de Reforma Sanitaria presentado por la UCD había establecido los principios básicos de política sanitaria referidos a la asistencia psiquiátrica, continuaba debatiendo a nivel interno sus propuestas organizativas toda vez que ya comenzaba a tener responsabilidades de gobier-

³⁸ También el PSOE se prepara para su destino futuro. En su XXVIII Congreso celebrado en mayo de 1979, Felipe González no se presenta a la reelección para secretario general al proponer el abandono del marxismo por el PSOE. En septiembre de ese mismo año se celebra el Congreso Extraordinario, sale elegido Felipe González y el PSOE deja de definirse como un partido marxista. Están puestas las bases para el discurso pragmático que el PSOE articulará desde el poder a partir de 1982. Este pragmatismo a-ideológico, al parecer propio de las esferas del poder, originó no pocas luchas fratricidas dentro del PSOE que conllevaron la separación PSOE-UGT y la convocatoria por parte de las Centrales Sindicales de la primera Huelga General contra un gobierno socialista el 14 de diciembre de 1988. A pesar de las esperanzas del cambio radical en la sanidad pronto se pudo comprobar que para la primera legislatura del gobierno de Felipe González ésta no era una prioridad, se tendría que conformar con las migajas del cambio.

³⁹ Esta crisis llevará a la desaparición de la Federación de Sanidad y a la constitución de una Federación de Servicios Públicos, cuyo vicepresidente fue el mismo Sabando, lo que más tarde será reconocido como un error político por él mismo (Polo, 1982).

⁴⁰ También desde Comisiones Obreras, el otro gran sindicato, se asumen los planteamientos de defensa de un Servicio Nacional de Salud desde 1978 a partir de las aportaciones de sectores profesionales de izquierda catalanes (Pérez Iglesias, 1992).

no en administraciones provinciales (Diputaciones) que tenían a su cargo buena parte de los hospitales psiquiátricos en todo el Estado Español.

En ese contexto se presentó la Proposición No de Ley sobre Creación de Servicios de Psiquiatría y se realizaron las I Jornadas Socialistas de Salud Mental.

Una Proposición No de Ley sobre Servicios de Psiquiatría (1981)

El Grupo Parlamentario Socialista presentó el 10 de junio de 1981 una Proposición No de Ley sobre Creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social en la que se plantean explícitamente algunos de los ejes de batalla de las siguientes décadas.

En sus argumentos para justificar esa proposición no de ley dicen: *“...por otra parte, las consultas externas de los hospitales de la Seguridad Social (...) atienden a un sin fin de ciudadanos que, afectados por problemas psicosociales, ven alterado su bienestar por manifestaciones psicosomáticas (...). A nivel ambulatorio asistencial, el dispositivo de la Seguridad Social reúne, juntas, la insuficiencia numérica y la inadecuación del equipo en la persona del llamado Neuropsiquiatra en el que confluyen las actividades profesionales que corresponden por una parte al Neurólogo y por otra al Equipo Psiquiátrico que debería agrupar a psiquiatra, psicólogo [subrayado nuestro], ATS psiquiátrico y Asistente Social (...). La reorganización y adecuación de los dispositivos asistenciales ambulatorios de la Seguridad Social, su reconversión en fórmulas de atención primaria, en la que no deberán descuidarse los aspectos psicosociales, es parte de la necesaria reforma sanitaria”* (De Vicente, 1982).

De esta manera el Grupo Parlamentario Socialista propone que se incluya en la acción protectora asistencial de la Seguridad Social el tratamiento de los trastornos psiquiátricos agudos que precisen de internamiento⁴¹. Esta iniciativa, aplaudida y apoyada por el PCE, por la AEN y por el Colegio de Psicólogos⁴², cayó en saco roto ante la anunciada disolución de las Cortes por la debilidad del gobierno de Calvo Sotelo y la fragmentación absoluta de la UCD, pero iba creando caldo de cultivo para cuando la izquierda ganara las elecciones, que se preveían en breve plazo por los efectos de la conmoción social del intento de golpe de estado del 23 de febrero de 1981.

I Jornadas socialistas de salud mental (1981)

Con la finalidad de *“profundizar en las orientaciones (...) dándoles como marco operativo el de las responsabilidades y las competencias reales en materia de Salud Mental de la Corporaciones Locales y Entes Autonómicos o en vías de constitución”* (De Vicente, 1982) la Secretaría

⁴¹ “Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social se elaborará un Programa de creación y puesta en marcha en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud de Servicios completos de Psiquiatría que deberán desarrollar los siguientes cometidos: a) Asistenciales (...) b) Docentes: a) Formación postgraduada de personal facultativo a través del programa MIR para médicos, y del correspondiente o equivalente programa (PIR) para psicólogos clínicos [subrayado nuestro] d) Formación del personal facultativo, de enfermería y auxiliar técnico-sanitario de otros Servicios de las instituciones, en los aspectos psicológicos del enfermar físico y su tratamiento adecuado c) Investigación: las que correspondan a una especialidad médica y los que le son propios por el ámbito psicológico y sociológico de la naturaleza de los problemas con que se enfrenta”.

⁴² También tuvo críticas ‘por la izquierda’ en tanto dejaba intactos problemas estructurales de integración, o al menos de coordinación de los distintos dispositivos psiquiátricos entre sí y con y en la comunidad a la que sirven (González, 1982).

Federal de Política Sectorial del PSOE organizó el 22 y 23 de mayo y el 12 y 13 de junio de 1981 las I Jornadas Socialistas de Salud Mental⁴³.

De entre sus conclusiones resaltamos:

“El derecho a la protección a la salud, reconocido por la Constitución exige que la atención sanitaria sea completa y que contemple los niveles de promoción, prevención, asistencia y re-inserción social.

El desarrollo de los conocimientos médicos, psicológicos y sociales, hace posible el tratamiento de la mayor parte de los trastornos psicosociales en el seno de la comunidad (...).

... los socialistas (...) propugnamos el desarrollo de una acción en Salud Mental centrada en la comunidad, integrada en el sistema sanitario general y al margen de la institución manicomial.

*El Plan de Salud Mental debe inspirarse en el desarrollo de los Servicios de Salud Mental centrados en la comunidad, **al margen de la institución manicomial** [negrita en el original] y que prevea su integración futura en el marco sanitario general” (De Vicente, 1982, pp. 75-76).*

A partir de este Seminario se elaboró un documento titulado *Bases para una política sanitaria en salud mental* del que partieron las Resoluciones del XXIX Congreso del PSOE sobre Salud Mental de octubre de 1981 que aprobaban la “*Creación de Institutos Territoriales de Salud Mental que dependiendo de las Comunidades Autónomas o de las Diputaciones asuman las competencias de planificación y desarrollo de un plan de salud mental que, centrado en la comunidad, permita la progresiva desaparición de los manicomios*” (De Vicente, 1982, p. 79).

Será el comienzo de la política socialista en salud mental que culminará con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985.

Sectores políticos enfrentados en el Gobierno

Con la llegada al Gobierno de la nación del PSOE en 1982 con la histórica cifra de 10 millones de votos, comienza una nueva etapa en la reciente historia española. Los cambios y las reformas reclamadas socialmente en todos los ámbitos de la vida política eran numerosos y la sanidad uno de los temas prioritarios para la ciudadanía y las fuerzas vivas de la sociedad. El PSOE tenía el gobierno pero no el poder. El debate ideológico y político no estaba ni siquiera claro entre los dirigentes socialistas, la mayoría de carácter tecnócrata y con poca formación en el terreno de los modelos e ideologías profesionales relacionadas con problemáticas sociales, como era el caso de la salud. Uno de los primeros emergentes de la contradicción entre el discurso sanitario alternativo que se defendía desde la oposición y la voluntad de cambio desde el poder, lo encontramos en el nombramiento del primer ministro de sanidad del gobierno socialista. Cuando todos los profesionales ‘informados’ pensaban que sería nombrado ministro de sanidad el responsable de política sectorial, y por tanto de salud, del PSOE, Ciriaco de Vicente, político no médico, animador y defensor de posturas más renovadoras en el campo sanitario, el cargo recayó en Ernest Lluch, economista catalán sin ninguna vinculación previa al campo de

⁴³ Recogidas en la prensa nacional bajo el titular *El PSOE, a favor de abolir los manicomios* (Rivas, 18 de julio de 1981).

la salud y de escaso peso político e ideológico en las filas socialistas. Su mayor mérito, a juicio del periodista Jurado (1993), fue la fidelidad hacia Felipe González y Alfonso Guerra durante la firma de la Ley de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA). Así, en palabras de este cronista de la época, Ciriaco de Vicente se convirtió en el primer ex-ministro del PSOE.

Esta característica de poca vinculación con la salud será una constante de casi todos los ministros de sanidad de los sucesivos gobiernos del PSOE de esta década (Julián García Vargas, Julián García Valverde, José Antonio Griñán⁴⁴ y M^a Ángeles Amador Millán).

Volviendo al primer gobierno del cambio, el ministro Lluch tuvo que nombrar, por la presión de UGT, como número dos del ministerio a Pedro Sabando, quien en abierta discrepancia con el ministro y sus hombres⁴⁵ lideró junto con sus fieles (Ruiz Ocaña, José M^a Rivera, Pedro Pablo Mansilla⁴⁶) la elaboración de la Ley General de Sanidad y la reforma de la atención primaria. Esta primera confrontación de posiciones dentro del gobierno ralentizará el proceso de reforma de la sanidad española.

Mientras Lluch hacía declaraciones rechazando el modelo británico del Servicio Nacional de Salud, Sabando presidía la comisión redactora de la Ley General de Sanidad que, con extrema lentitud, iba conformando un modelo socializado de la asistencia sanitaria. Los avatares de esta comisión comenzaron con la dimisión de la misma de Ciriaco de Vicente al parecer por el alejamiento de la comisión de los planteamientos del programa socialista pero quien, sorprendentemente, silenció públicamente sus razones.

Nos encontramos en 1984 en pleno baile de proyectos y de anteproyectos para la reforma de la sanidad. El Gobierno socialista y su titular, Ernest Lluch, nadan entre presiones para cumplir sus propios compromisos electorales y los de grupos de poder partidarios de una sanidad más privatizada como la CEOE y la Organización Médica Colegial⁴⁷, ésta última reducto del inmovilismo más reaccionario de la 'clase médica del antiguo régimen'.

La 'pelea' entre los partidarios del Servicio Nacional de Salud que emergía de todos los documentos del partido y los políticos afines al ministro⁴⁸ más partidarios de un ente coordinador y una Ley de Bases de carácter autonómico, se saldó con la dimisión del subsecretario de sanidad el 5 de febrero de 1985, después de un amago de dimisión el 5 de octubre

⁴⁴ A excepción de José Antonio Griñán que fue ministro después de haber sido Consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía.

⁴⁵ Francès Raventós, Andreu Moreu, Josep Artigas, Félix Lobo.

⁴⁶ Fue asesor ejecutivo del Ministro de Sanidad y Secretario de la Comisión Redactora de la Ley General de Sanidad. Sus planteamientos eran algo más progresistas que el resultado final de la Ley, según podemos leer en la *Introducción a la Ley General de Sanidad* (Mansilla, 1984). El hecho de tener un hermano psicólogo que trabajaba en temas de salud y servicios sociales no sabemos cómo pudo haber influido en su defensa de los planteamientos integrales de salud.

⁴⁷ Este dato fue confirmado públicamente por E. Lluch en la presentación del libro *La Psiquiatría en la España de fin de siglo* que tuvo lugar en Madrid el 16 de junio de 1998 en la que se refirió a la denominada Operación Primavera, conspiración orquestada contra la Ley General de Sanidad (y contra la Reforma Psiquiátrica por extensión) por los Colegios de Médicos y sobre todo por la Confederación Empresarial de Organizaciones Empresariales (CEOE) dirigida por José M^a Cuevas y asesorada por Pedro Arriola (Lluch, 1998), marido de la posterior ministra de Sanidad del PP, Celia Villalobos, y quien se convertirá en los años siguientes en ideólogo electoral de los líderes del Partido Popular, José M^a Aznar y Mariano Rajoy.

⁴⁸ Quien, según expresó públicamente, encontró el apoyo de Olof Palme, primer ministro de Suecia con enorme ascendente político sobre Felipe González.

de 1984, a propósito del pacto entre Lluch y Ramiro Rivera, presidente de la Organización Médico Colegial. Se ‘resolvía’ así esta crisis en la que el propio Felipe González, en sintonía con Miguel Boyer, ‘todopoderoso’ ministro de Economía y Hacienda, optaba por ralentizar y descafeinar los planteamientos socialistas en materia de sanidad (Cavero, 1984). Al final la Ley ‘logró’ lo expresado por Felipe González: *“la Reforma Sanitaria no debe ser traumática, ni para los intereses de las personas más directamente vinculadas con ese complejo y difícil mundo ni, desde luego, para el resto de la sociedad española”* (El País, 1985) aunque fuera a costa de las críticas de parte del propio PSOE, UGT, PCE y organizaciones y colegios profesionales progresistas como la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública⁴⁹, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el Colegio Oficial de Psicólogos.

Esta cita de un periodista de la época resume el resultado de la confrontación de discursos a la que nos referimos: *“las cesiones políticas a la derecha sanitaria, el mantenimiento de una terminología progresista y la remisión a desarrollos posteriores provocarán una Ley desnaturalizada que no gustará a unos ni a otros”* (Jurado, 1993). Esta confrontación de discursos en las altas esferas del PSOE y del gobierno se mantendrá viva a lo largo de la primera legislatura socialista (1982-1986) para ir decantándose durante el segundo gobierno PSOE (1986-1990) a favor de las posturas más ‘tecnocráticas’ y neoliberales que, a la postre, inspirarán el Informe Abril (1991) y dirigirán el desarrollo de la Ley General de Sanidad y la gestión de las reformas sanitarias.

Proyecto de Atención Primaria de Salud del Insalud (1983)

Simultáneamente a las discusiones políticas sobre el proyecto de Ley General de Sanidad, en 1983 se producía el primer borrador de proyecto de Atención Primaria del Insalud⁵⁰ en el que se planteaban los cambios que se irán concretando posteriormente. Así, adelantándose a lo que se aprobaría en la ley marco, en 1984 se publica el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud en el que se establecen las bases de la nueva organización sanitaria española que se distribuye en Zonas Básicas de Salud, Distritos Sanitarios y Áreas Sanitarias. Este decreto marca el comienzo de una nueva manera de entender el trabajo en salud que afectará tanto a la futura atención primaria como a la salud mental en tanto atención especializada. Merece la pena detenerse en lo que supuso la aprobación de esta nueva organización hecha antes del desarrollo competencial de las Comunidades Autónomas y de la aprobación de la Ley General de Sanidad. La organización en Zonas Básicas de Salud, Distritos y Áreas Sanitarias, es decir la territorialización de la atención a la salud de carácter universal, permite integrar, al menos en la teoría, actividades preventivas y asistenciales, rompiendo con la tradicional separación existente en la organización sanitaria española entre salud pública y medicina asistencial. A juicio de Espino (1998) el decreto planteó nuevos objetivos para los profesionales del nivel primario tales como: ser puerta de entrada del sistema y filtro con una nueva articulación y coordinación hacia la

⁴⁹ Asociación creada a comienzos de los 80’ por médicos de izquierda, algunos militantes del PSOE y otros del PCE. Su primer presidente fue Gerardo Hernández Les y el segundo Marciano Sánchez Bayle. De ahí surgieron muchos cuadros políticos para la Administración socialista, aunque como Asociación siempre mantuvo una postura crítica con las políticas privatizadoras ó demasiado tibias del PSOE en la defensa de la Sanidad Pública (por ejemplo con el Informe Abril).

⁵⁰ Siendo Francèsc Raventós el Director General del Insalud, José M^a Rivera y Antonio Marrón, responsables de Atención Primaria.

atención especializada, un modo de atención integral de la salud, contemplar la educación para la salud, favorecer la accesibilidad y la equidad, al tiempo que introducía modalidades organizativas tales como la dedicación completa de los profesionales al sistema sanitario, la integración de la asistencia y la prevención, el trabajo en equipo y el apoyo de los equipos especializados y la coordinación con el resto del sistema de salud.

Es decir que mientras se discutían los distintos borradores de la Ley General de Sanidad en el conjunto del Estado español, en Madrid se iban estableciendo las bases para la reforma sanitaria que se acabaría imponiendo dentro del sistema sanitario público español de tal manera que, en 1984, se crean las zonas básicas de salud y se ponen en funcionamiento los primeros equipos de atención primaria en algunos casos dentro de los inmuebles de los ambulatorios y consultorios existentes en la Seguridad Social⁵¹, en otros en centros de nueva construcción⁵² y en la mayoría con la reconversión de los recursos humanos del 'modelo tradicional'⁵³. También ese mismo año se crean algunos Centros de Orientación Familiar dependientes del Insalud y en los que se incluyen algún psicólogo en estrecha relación con los recién creados Centros de Salud del Insalud.

La voluntad de potenciar otra manera de trabajar en salud desde el nivel primario la podemos ver en el hecho de que en 1985 se editen diez guías⁵⁴ por parte de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo en una colección de atención primaria en lo que supone un intento de asesorar y orientar a los profesionales sanitarios en esta nueva manera de entender la atención a la salud. Simultáneamente a la elaboración de los proyectos de reforma, a partir del 1 de enero de 1986, comienzan a aplicarse las incompatibilidades en el sector público ('un médico, un puesto de trabajo') que coinciden con la puesta en marcha de reformas parciales de la atención primaria y de los centros hospitalarios. Como en otras reformas promovidas por el PSOE en la aplicación de las incompatibilidades también se actúa de manera pusilánime para evitar los enfrentamientos directos con la poderosa Organización Médica Colegial, constante que encontraremos a lo largo de toda esta década y que sin embargo no evitó una huelga médica en 1987 convocada por la coordinadora de médicos de hospitales por reivindicaciones económicas ante cada Dirección Provincial del Insalud.

El cambio psiquiátrico

Podemos decir que los profesionales de la psiquiatría, que en la transición democrática se habían caracterizado por una crítica radical a las instituciones desde posturas 'antipsiquiátricas', comienzan ahora a practicar una crítica desde las instituciones. Comienzan los discursos sobre el cambio institucional.

⁵¹ Como el Vicente Soldevilla en Vallecas. Una de sus líderes Ángela Uriarte, pediatra, había trabajado en las Unidades del Síndrome Tóxico y el otro, Juan Luis Ruíz Giménez, con directas influencias del modelo cubano de salud, era un destacado dirigente de la recién creada Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.

⁵² En los pueblos de la periferia como Getafe, Parla, Leganés, Fuenlabrada, etc. se construyeron nuevos Centros de Salud.

⁵³ Durante muchos años se dará la coexistencia entre los denominados 'médicos reconvertidos' y los médicos del 'modelo tradicional'.

⁵⁴ Destacamos la *Guía para la elaboración del programa de salud mental en atención primaria de salud*.

Se pasará de un discurso comunitario en el que el planteamiento base era el ‘devolver’ la locura a la comunidad/sociedad⁵⁵ que la había producido en última instancia⁵⁶, a un discurso sanitario en el que el planteamiento base era la consideración de los problemas de salud mental como ‘enfermedades mentales’ que debían tener la misma consideración que ‘las enfermedades físicas’ a la hora de ser atendidas por el sistema sanitario público⁵⁷. De respuestas más sociales globalizadoras (políticas, de cambio institucional, de intervención comunitaria, etc.) se irá pasando a respuestas institucionalizadas y tecnificadas desde el sistema sanitario (tratamientos psicofarmacológicos, camas en hospitales generales, psicoterapias, rehabilitación psicosocial, etc.). De la ideología del cambio al cambio de ideología. De un modelo más psicosociológico y comunitario se irá pasando a un modelo más tecnocrático-sanitarista. El papel de las teorías y técnicas tendrá su importancia en este cambio de enfoque ya que unas (las más comprometidas política e ideológicamente), como ciertas aproximaciones sistémicas, todas las versiones del psicoanálisis social y las teorías psicosociales en general, apostaban más por el primer modelo y otras (las más comprometidas con la profesionalización y la tecnologización) como la psiquiatría biológica, la mayoría de los enfoques conductuales y las técnicas sistémicas y de base psicoanalítica, se inscribían con soltura en esta modernización de la atención psiquiátrica. Ni que decir tiene que los que se denominaban eclécticos⁵⁸ estaban en este segundo bando.

Los discursos de la psiquiatría progresista de esta década se anclarán desde su principal asociación profesional, la Asociación Española de Neuropsiquiatría a nivel estatal y desde la Asociación Madrileña de Salud Mental desde el ámbito autonómico, todas ellas dirigidas por profesionales –psiquiatras mayoritariamente– vinculados al PSOE o independientes de talante inequívocamente de izquierdas. Sin duda éstas fueron las voces protagonistas de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y de la Reforma Psiquiátrica en Madrid, hechos que marcarán nuestro análisis de estos dos lustros.

Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y Reforma Psiquiátrica

El 21 de septiembre de 1983 el Ministerio de Sanidad y Consumo organiza las Primeras Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y Reforma Psiquiátrica con varias mesas redondas en las que participaron exclusivamente psiquiatras⁵⁹, salvo un psicólogo en representación de los Centros de Promoción de Salud del Ayuntamiento de Madrid⁶⁰. También participó el Dr. J. M. Henderson, Oficial Regional para la Salud Mental de la Oficina Regional Europea de la OMS y O.W. Steinfeldt-Foss, uno de los iniciadores de la Reforma Psiquiátrica en Noruega. Además participaron casi todos los responsables

⁵⁵ Algunas experiencias prácticas de lo que ese planteamiento suponía fueron realizadas en el contexto madrileño (Duro e Irazábal 1986a y 1986b) y otras en el catalán desde similares planteamientos (Mora, 1982).

⁵⁶ En terminología propia podríamos decir que los problemas de salud mental serían considerados como emergentes de diversas sobredeterminaciones individuales, grupales, institucionales y sociales.

⁵⁷ En terminología propia podríamos decir que los problemas de salud mental son considerados fundamentalmente como problemas individuales que se medicalizan/psicologizan.

⁵⁸ Fue motivo de no pocas discusiones la concepción que tenían influyentes psiquiatras progresistas sobre la formación de los MIR en Psiquiatría. Según ellos tenían que ser “psiquiatras generales”, es decir saber un poco de todo y no comprometerse demasiado con ninguna opción teórico-técnica. Para algunos profesionales más críticos eso significaba apostar por la continuidad y prevalencia del modelo médico biologicista en el que, en último caso, se había formado en la Facultad.

⁵⁹ J.A. Espino, V. Conde, J. Rallo, C. Ruiz Ogara, V. Corcés, C. Castilla del Pino y A. Colodrón.

⁶⁰ M. Costa.

de la atención psiquiátrica de las distintas comunidades autónomas que coincidieron en la necesidad de un marco legislativo sanitario general (Colegio de Psicólogos, 1983b).

Vemos como se busca el apoyo internacional (la OMS y los países nórdicos) para dar verosimilitud a los proyectos de reforma psiquiátrica. Curiosamente está ausente de estas jornadas, el ‘modelo italiano’ que sería la línea más políticamente ideológica a nivel internacional frente a una visión más tecnicista y medicalizada de los países socialdemócratas del norte de Europa.

Aunque en general en estas Jornadas del Ministerio se echa en falta un debate ideológico-político y multiprofesional, y prima más un enfoque médico-psiquiátrico sanitarista, son un paso más en el proceso de ir estableciendo, con aval internacional, y más concretamente desde países más o menos socialdemócratas, las bases de lo que luego será el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, cuya constitución se publica, por la urgencia y especificidad del tema, por orden 27 de julio de 1983. Presidida por el Subsecretario de Sanidad y Consumo, Pedro Sabando, no se constituye formalmente⁶¹ hasta el 14 de diciembre de 1984 y termina sus trabajos el 27 de marzo de 1985.

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985)

En los primeros años del gobierno socialista desde el Ministerio de Sanidad se intentaban aplicar las directrices de cambios institucionales aprobadas por el PSOE en materia de salud en general y de salud mental en particular sin que se produjesen las ‘convulsiones revolucionarias’ que preconizaban los psiquiatras ‘antipsiquiatras’ de años atrás. Si la conveniencia del cambio en la sanidad era un consenso a voces, el de la asistencia psiquiátrica era de una urgencia insoslayable en un estado democrático que buscaba el reconocimiento de los países de su entorno desarrollado. Por esta razón al tiempo que se elaboraban los borradores de la Ley General de Sanidad se comenzaba a diseñar las líneas del cambio en la asistencia psiquiátrica, habida cuenta del hecho diferencial de que mientras la organización sanitaria general más relevante todavía dependía del Estado central, las competencias en materia de asistencia psiquiátrica dependían de las diputaciones o de las recién creadas Comunidades Autónomas.

En la presentación del Informe final de esta comisión el ministro Ernest Lluch liga la necesidad de la Reforma Psiquiátrica al cambio general en la sanidad española a través de la Ley General de Sanidad que *“viene a introducir en el ordenamiento sanitario español una reforma profunda sobre la base de la aplicación de un nuevo concepto de salud integral que se constituye en el auténtico eje de acción de todo el sistema sanitario”* (Ministerio de

⁶¹ Estaba dirigida la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por José Antonio Espino, secretario de la misma, uno de los primeros psiquiatras socialistas que promovió el debate sobre la Reforma Psiquiátrica entre militantes y simpatizantes del PSOE. Entre los vocales designados por su presidente encontramos al omnipresente en esos años Valentín Corcés, a José García, presidente de la AEN en esos momentos (1983-87) y Director Regional de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, a Federico Menéndez, asturiano y activo participante en la vida de la AEN, José Guimón, Jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lejona (Vizcaya), José Rallo, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y Francisco Torres, Viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, quien también sería presidente de la AEN de 1990 a 1993. La única vocal mujer y no psiquiatra de la Comisión fue Mercé Pérez Salanova, catalana y militante del Partido de los Socialistas Catalanes-PSOE como el ministro, psicóloga y vicedecana del Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Sanidad y Consumo, 1985). El ministro resume las ideas motrices de la transformación en materia de salud mental en las siguientes: reconversión del área estrictamente psiquiátrica ampliando y desarrollando la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la comunidad. Inclusión junto a la reparación de la prevención y las tareas de reinserción social. La práctica de salud mental debe estar incluida en la práctica de la atención sanitaria general. Debe producirse una reconversión profunda de la transmisión del saber psiquiátrico a todos los niveles de la práctica sanitaria.

Con estas ideas-base el Informe se divide en dos partes: el Documento General para la Reforma de la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental⁶² y las Recomendaciones y Propuestas de la Comisión Ministerial presentadas al Ministro

Ese Documento recoge los criterios para un modelo integrado de servicios de salud mental y atención psiquiátrica que son:

1. Los servicios deben desarrollarse en torno a un ámbito territorial definido, con participación de los diversos agentes comunitarios y con una ordenación funcional de los recursos disponibles, elaborando planes a través de la atención primaria y especializada y programas específicos para situaciones que lo requieran.
2. Los equipos de salud mental, en tanto servicios especializados, actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud de atención primaria.
3. Las funciones de estos equipos de salud mental serán de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación.
4. Deben integrarse funcionalmente en una Unidad todos los recursos existentes en un área de salud.
5. La hospitalización psiquiátrica será breve, en función de criterios terapéuticos y en hospitales generales de la red pública que han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones.
6. Se crearán Unidades psiquiátricas en los hospitales generales.

⁶² El Documento propiamente dicho parte de unas consideraciones generales, a saber: la discriminación histórica por parte de los poderes públicos en nuestro país de la atención psiquiátrica y la salud mental frente al resto de especialidades médicas. La protección de la salud mental ha de formar parte de la acción sanitaria y la asistencia psiquiátrica ha de integrarse en el sistema general de protección de la salud potenciándose su gestión descentralizada. Se propone un modelo sanitario que asuma los aspectos bio-psico-sociales del enfermar. La promoción de la salud trasciende las acciones médico-sanitarias por lo que deben establecerse formas de colaboración y actuación coordinada con otras áreas y Ministerios con responsabilidades que afectan a la salud. La reforma de la sanidad y la reforma psiquiátrica no son tareas autónomas, ambas deben sustentarse en un modelo de acción sanitaria que incorpore el conjunto de factores psicológicos presentes en el proceso de salud-enfermedad y que permita superar la segregación existente hacia el enfermo mental. Así la psiquiatría debe integrarse dentro de la sanidad en su vertiente asistencial, presupuestaria, administrativa y territorial con el mayor grado de descentralización posible en cuanto a la gestión de los servicios de salud. La protección a la salud mental ha de realizarse dentro del entorno social de la población en riesgo, reduciendo las necesidades de hospitalización por causa psíquica, mediante la creación de recursos alternativos y desarrollando programas de rehabilitación activa con garantía de los derechos civiles. Es preciso el mayor grado de cooperación entre instituciones de las distintas administraciones públicas sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

7. Se establecerán planes específicos para el cambio de los hospitales psiquiátricos.
8. Se establecerán programas prioritarios episódicos (catástrofes) o permanentes (salud mental infanto-juvenil, vejez, penados, drogodependencias, etc.).

Estas consideraciones generales las formula la Comisión Ministerial en 36 principios para un Plan General de salud mental y atención psiquiátrica antes de pasar a las Recomendaciones y Propuestas presentadas al Ministro de Sanidad y Consumo.

Entre las recomendaciones y propuestas destacamos aquéllas de más interés:

- 1 La ordenación territorial de los servicios psiquiátricos y de salud mental se corresponderá con la sanitaria general, asignándole a cada área de salud los servicios sociales complementarios de referencia.
- 2 Mientras se implanta el Sistema Nacional de Salud debe ponerse en marcha un plan de actuación coordinado con participación de las distintas administraciones públicas según los principios y recomendaciones elaboradas por esta Comisión. A tal fin se crearán Comités de Enlace y Coordinación en las Comunidades Autónomas.
- 3 Para la integración de los recursos psiquiátricos y de salud mental a nivel de áreas de salud se propone:
 - Desarrollo por las Direcciones Provinciales de Insalud de Centros de Atención Primaria con programas de salud mental.
 - Orden de jerarquización para los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la Seguridad Social.
 - Integración funcional de psiquiatras y neuropsiquiatras en los equipos especializados de salud mental del área sanitaria.
 - Amortización de parte de los recursos presupuestarios de las plazas vacantes para la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado de salud mental, –por ejemplo, los psicólogos– en base al estudio de necesidades en recursos humanos de cada área de salud.
 - Integración progresiva de otras profesiones en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental.
 - Favorecer un proceso de homologación de los profesionales provenientes de las distintas administraciones, que facilite su plena integración y colaboración en los nuevos dispositivos de salud mental.
 - Adscribir el personal en formación postgraduada de las distintas disciplinas de salud mental y atención psiquiátrica a las unidades y centros del área de salud con programa docente debidamente acreditado.

- Modificar los programas de formación de pre y postgrado de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo propuesto.
- La modificación de los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación para los profesionales de la psicología en el área clínica.
- En el caso de los médicos de familia, durante un periodo de 3-6 meses se llevará a cabo en servicios acreditados de salud mental.
- La regulación de la formación postgraduada de los psicólogos en el área de la salud mental, debe establecer un programa reglado de formación no inferior en duración a dos años, al cabo de los cuales obtendrá la acreditación correspondiente.

Los principios generales y recomendaciones para la atención psiquiátrica y de la salud mental propuestos por esta Comisión deberían quedar recogidos de modo expreso en la nueva Ley de Sanidad en trámite parlamentario, lo que obviamente no sucedió como veremos más adelante al hablar del capítulo III de la Ley General de Sanidad.

Por la composición de la Comisión Ministerial y el alto grado de consenso alcanzado por los grupos de profesionales progresistas interesados en la Reforma Psiquiátrica podemos afirmar que el Informe elaborado, que por otra parte no tenía ningún carácter ejecutivo, satisfizo razonablemente a la mayor parte de los profesionales y a sus organizaciones más representativas (AEN y Colegio de Psicólogos) sin que eso significase que no hubiera ciertas críticas, sobre todo por parte de los psicólogos.

Este Informe, aún cuando no tuviera su traducción directa a nivel legislativo, marcó el devenir de toda la Reforma Psiquiátrica, ya que sirvió de referencia político-técnica para las distintas comunidades autónomas que implementarán, con mayor o menor intensidad y acierto⁶³, planes de salud mental en los servicios de su competencia, así como para la política del Insalud en materia de salud mental (creación de Unidades de Salud Mental y Unidades de hospitalización breve en hospitales generales).

Justamente para el seguimiento de la reforma psiquiátrica, en 1987, se constituyó una Comisión como ponencia estable dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud formada por los responsables de Psiquiatría/Salud Mental de las distintas comunidades autónomas y coordinada por José Antonio Espino desde el Ministerio de Sanidad⁶⁴ quien al hacer un balance de su funcionamiento reconoce que: *“después de algunas reu-*

⁶³ Es reconocido por todos que las Comunidades Autónomas que más potenciaron la Reforma Psiquiátrica en los primeros diez años (1985-1995) fueron Asturias, Andalucía, Madrid, Navarra, Murcia, Galicia, etc. Cataluña y el País Vasco siempre ‘quedan fuera’ de estos análisis por haber gestionado desde muy pronto sus recursos sanitarios desde gobiernos autonómicos de carácter nacionalista.

⁶⁴ También en el Ministerio estaba, junto con Espino, un psicólogo, Juan Carlos Fraile. Años más tarde será el jefe de personal de la Comunidad de Madrid en los últimos años del gobierno de J. Leguina y posteriormente psicólogo clínico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

niones en los primeros años, ha pasado largo tiempo sin convocarse ni reunirse” (Montejo y Espino, 1998). Evidentemente esa comisión tuvo escasa repercusión en el devenir de la reforma y ‘habla’ del escaso entusiasmo que fueron despertando estos temas en los más altos órganos de gestión política de la sanidad española en esa época.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (1983-1990)

La Asociación Española de Neuropsiquiatría se había convertido desde 1977 en el foro profesional crítico de donde partían las iniciativas y propuestas de cambio de la psiquiatría española que, con mayor o menor fidelidad, influirán en las propuestas de los partidos de izquierda (PSOE en tanto gobierno central, en muchas Comunidades Autónomas y en diputaciones y ayuntamientos), máxime en estos años en los que sus sucesivos presidentes y buena parte de los miembros de sus juntas directivas o bien militaban en el PSOE o bien lo ‘apoyaban’ desde posturas algo más críticas.

Una esperanza crítica (1983-1986)

En la inauguración del XVI Congreso de la AEN celebrado en Oviedo del 16 al 19 de noviembre de 1983, su presidente saliente, Manuel González de Chávez expresaba⁶⁵, en cierto modo como portavoz de los esperanzados profesionales progresistas, sus temores y preocupaciones después de cuatro años de gobiernos locales, provinciales y autonómicos de la izquierda y uno con el gobierno central en manos del PSOE. La crítica de Chávez no sólo se refiere al incumplimiento de promesas electorales, práctica que comenzará a ser habitual en los políticos de la democracia, sino que hace una llamada de atención para tener en cuenta los factores sociales relacionados con los problemas de salud mental contemplando así una dimensión psicosociológica⁶⁶ lejana a los planteamientos psiquiátrico-biologicistas al uso.

Esta actitud que hemos denominado de crítica esperanzada la observamos también en el recién elegido nuevo presidente José García, quien planteaba los ejes que debían fundamentar la actividad de la AEN para los próximos años⁶⁷.

⁶⁵ “Es preocupante que vayan pasando años de gobiernos locales, provinciales, autonómicos y estatales y la mayoría de los responsables de la asistencia psiquiátrica no pasen de reiteraciones verbales. También la credibilidad del sistema democrático está en juego cuando los partidos no hacen desde el poder lo que declaran desde la oposición y desde ésta prometen programas que no van a realizar. La reforma psiquiátrica, después de un año del actual gobierno del Estado y varios de anteriores gobiernos no ha pasado aún de una enunciación de propósitos (...) pero nos preocupa que los responsables correspondientes del Ministerio de Sanidad se muevan, es un decir, con excesiva lentitud y persista la incoordinación entre Ministerio, Insalud, Autonomías, Ayuntamientos y otros Organismos públicos (...). En los últimos años la colaboración de Sociología y la Psiquiatría, que aquí habría que potenciar y los resultados de estudios epidemiológicos, vienen mostrando un incremento de los problemas mentales en sociedades como la nuestra (...). La salud mental, como la salud en general, es una de esas categorías que mueven a los hombres y a las sociedades (...). Voy a recordar algunos (derechos): el de la dignidad de las personas y el libre derecho al desarrollo de la personalidad (...) y otros que nos afecta más particularmente como el de potenciar la salud y la educación sanitaria, el que obliga a los poderes públicos a organizarla y tutelarla con medidas preventivas y servicios necesarios” (González de Chavez, 1984, pp. 108-114).

⁶⁶ La influencia ‘psicosociológica’ de Chávez, en alguna medida, proviene de sus relaciones personales y epistolares con José Ramón Torregrosa, mientras éste estaba en EEUU del 1964 a 1967 (Duro, 1998).

⁶⁷ “Mantener su incidencia crítica en la exigencia de transformaciones estructurales. En la situación actual (...) la transformación sanitaria pasa por poner en marcha un nuevo modelo que permita el desarrollo de un Servicio Nacional de Salud, lo que facilitaría, entre otras cosas, la integración de los servicios de salud mental en la estructura sanitaria general y, consiguientemente, acabar con las situaciones custodiales y de exclusión (...). Comprometerse en la defensa de la atención comunitaria en salud mental, contribuyendo con sus actividades a promover su avance y a estudiar las incógnitas y los riesgos que suscite ese modelo organizativo. Fomento del debate y del análisis en torno a las formas de intervención en la práctica psiquiátrica y para la promoción de la salud mental (...). La AEN no puede ir a la zaga de los acontecimientos o limitarse al plano de la denuncia y la contestación; (...) ha de producir elaboraciones que contribuyan

Es interesante constatar sin embargo que los tiempos estaban cambiando y de la lucha contra las instituciones había que pasar a las alternativas innovadoras en la práctica institucional y a ello se aprestaban los psiquiatras progresistas.

Junto a esta actitud de llevar a la práctica los cambios antes reivindicados en esta etapa la AEN, según algunos autores⁶⁸, va perdiendo su espíritu combativo y de reflexión política de manera que: *“marca el disparo de salida de la carrera hacia los cargos [y] el definitivo asentimiento a la administración, de aquella actitud de crítica-colaboración se pasa a la afirmación: la reforma ya está diseñada y bien diseñada, faltan técnicos que la ejecuten”* (Rendueles, 1997).

En esta fase la AEN pone en vigor los nuevos estatutos⁶⁹ que permite la afiliación a otros profesionales de la salud mental⁷⁰. La creciente presencia de psicólogos en la atención a la salud mental desde las instituciones públicas⁷¹ y la posibilidad de pertenecer a la AEN de otros profesionales, además de los psiquiatras, hace que se incremente el número de psicólogos asociados en estos años y por lo tanto comiencen a tener cierta capacidad de intervención en sus órganos de dirección⁷². Hay que señalar en ese sentido que, por primera vez en la Junta Directiva de la AEN se incorpora una psicóloga en calidad de secretaria general⁷³ ya que, según relata su presidente entrante: *“la AEN se ha configurado como una asociación de nuevo tipo, interestamental, en la que tienen cabida todos los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la salud mental”* (García González, 1984).

Nos encontramos en 1984 en plena discusión de proyectos de cambio sanitario. Dentro de las fuerzas en litigio, la AEN es uno de esos grupos de presión, junto a sindicatos, partidos políticos de izquierda y algunos colegios profesionales como el de psicólogos, que apuesta por la sanidad pública y por la integración en la misma de la atención a la salud mental. Se recoge en un editorial de su revista la llamada de atención sobre el momento

a dar una orientación a los proyectos alternativos. Es por ello insoslayable estimular el debate y la profundización teórica en torno a los sistemas de referencia conceptual y a los sistemas organizativos o formas operativas, de tal manera que sirvan para dar un contenido realmente nuevo a los cambios. La posibilidad de nuevos espacios de intervención exige paralelamente todo un ejercicio de reflexión en torno a cómo intervenir en esos nuevos lugares y ante una nueva demanda, para ir construyendo una auténtica praxis alternativa que esté exenta de falacias o pseudo-innovaciones, tales como el espontaneismo o el tecnicismo encubridor (...)” (García González, 1984).

⁶⁸ Como Rendueles, otro de los históricos protagonistas de la historia de la reforma psiquiátrica española que trabajó en Asturias pero manteniendo posturas críticas hacia la gestión socialista y que no ocupó puestos de responsabilidad en el proceso de cambio institucional.

⁶⁹ El cambio de estatutos que posibilitaron la entrada a miembros no médicos se produjo en la primera Junta renovada (1977-1980) con Valentín Corcés de presidente.

⁷⁰ En la AEN la proporción de psicólogos en 1983 era del 10%, en 1990 del 40% (Olabarriá y Escudero, 1993).

⁷¹ Y algún sociólogo entre los que destacan A. Ozamiz que tendrá importantes responsabilidades directivas en la salud mental del Servicio Vasco de Salud e Ignasi Pons que fue uno de los impulsores de la puesta en marcha del Programa PIR Autonómico en la Comunidad Andaluza en 1986 desde su lugar de responsable de formación de salud mental.

⁷² Probablemente el punto álgido de participación de los psicólogos en la vida de la Asociación se produce en 1990 cuando, para la elección de su Junta Directiva, se presentan dos candidaturas con presencia de varios psicólogos en ambas para puestos directivos. Es más el candidato de la que, a la postre, resultaría perdedora era un psicólogo, Serafín Carballo. Evidentemente las candidaturas no representaban una a los psicólogos y otra a los psiquiatras sino a diferentes profesionales de salud mental (psiquiatras, psicólogos, pero también ATS, trabajadores sociales y algún sociólogo) con posturas político-profesionales diferenciadas aunque las dos dentro de un marco progresista y de defensa de la atención pública y comunitaria de la salud mental.

⁷³ Begoña Olabarriá, psicóloga, era compañera de Valentín Corcés y Carmen Fernández Rojero en el CPS de Carabanchel (Madrid), ambos miembros de las dos Juntas rupturistas de la AEN. Fue Secretaria General de la nueva Junta Directiva de la AEN desde 1983 a 1987. Además la vicesecretaría general era trabajadora social, Julia Menéndez del Llano.

crucial de la sanidad española y la necesidad de comprometerse con las reformas⁷⁴. Es el período de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y en ella van a tener la palabra destacados dirigentes de la AEN, la mayoría de ellos ahora militantes del PSOE. Así, lógicamente, la Junta Directiva de la AEN en su pronunciamiento sobre el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica muestra su acuerdo con la composición de la Comisión, el método de trabajo empleado (salvo la dilación en el tiempo que atribuye a la ambigüedad y falta de sensibilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo ante la problemática de la salud mental) y con el modelo de atención a la salud mental que propone el Informe.

Para la AEN las propuestas de reforma de la comisión: *“se inscriben en un modelo de salud pública avanzado, y recoge los aspectos más contrastados y sobresalientes de los utilizados para la reforma psiquiátrica en otros países, así como las recomendaciones técnicas de organismos como la OMS. De otro lado da satisfacción a aspiraciones que se vienen expresando en este país por diversos sectores (entre ellos esta Asociación) en la última década”* (AEN, 1986, pp. 41-42). Además de resaltar el apartado de Recomendaciones y propuestas de la Comisión al Ministro de Sanidad, su único temor se centra en los aspectos referidos a la financiación y a la aplicación de las partidas consignadas, por primera vez, en los Presupuestos Generales del Estado para la atención psiquiátrica. El espíritu crítico de este pronunciamiento no se refiere prácticamente a ningún aspecto del Informe sino a la desconfianza en la capacidad y voluntad política de los responsables políticos autonómicos y ministeriales de llevar a la práctica sus conclusiones⁷⁵.

Apoyo a la Reforma Psiquiátrica (1986-1990)

En la siguiente junta directiva de la AEN, como clara continuidad con la junta saliente, es elegido presidente Víctor Aparicio⁷⁶, en parte como emergente de la reforma más avanzada de los años de gobierno socialista: Asturias. Como secretario general, se mantiene un psicólogo⁷⁷, sin que haya ninguno más en toda la Junta Directiva.

A partir de *El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* y de los planes de reforma de la salud mental de diversas comunidades autónomas liderados, en

⁷⁴ “El aparcamiento del proyecto de la Ley General de Sanidad y el enlentecimiento de los traspasos de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, implican, de mantenerse, algo más que un forzoso paréntesis, en aras de un calendario legislativo supuestamente medido. La ausencia de una normativa general y de un marco administrativo descentralizado, con plena capacidad de planificación y de gestión, no puede mantenerse por más tiempo (...). El Gobierno hizo una promesa y una apuesta: la reforma del Estado y sus aparatos, la modernización de sus servicios (...). Mas la indecisión del Gobierno de la nación no exime a los profesionales de la salud, ni a los ciudadanos y a sus organizaciones. Todo lo contrario; quienes crean en una Sanidad Pública, en la necesidad de una reforma del aparato sanitario público, habrán de exigir la entrada en el Parlamento del proyecto de Ley General de Sanidad, abriendo un amplio debate que permita modificar aspectos parciales como, por ejemplo, la participación ciudadana, poco representada en el borrador ministerial. Está en juego el modelo sanitario de este país y, por tanto, el futuro de la salud mental. No es hora de ambigüedades ni de abstenciones. Todos tenemos que tomar la palabra” (Desviat, 1984, pp. 2-3).

⁷⁵ “Pensamos que la actitud que mantenga el Ministerio y el resto de las Administraciones frente a estos problemas va a ser una notoria manifestación de cuál es su voluntad política para impulsar una reforma de la atención psiquiátrica” (AEN, 1996, p. 42).

⁷⁶ Nombrado en estos años Director de Salud Mental del Principado de Asturias.

⁷⁷ Serafín Carballo quien, al igual que la anterior Secretaria general Begoña Olabarría, trabaja en el CPS de Carabanchel (Madrid) y había pertenecido a la Junta Directiva del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Entra también en la junta directiva de vicepresidente tercero el sociólogo catalán afincado temporalmente en Sevilla, Ignasi Pons, y una enfermera de tesorera, Dolores Aparicio.

muchos casos, por destacados dirigentes de la AEN, las opiniones en el seno de la AEN se diversifican y la unión de la lucha ‘contra’, se transforma en la diferencia entre grupos ‘cercaños’ a los núcleos de poder y otros próximos a posiciones de ‘izquierda más radical’.

Tomemos el ejemplo de los primeros en palabras de Aparicio en unas Jornadas de la AEN en Girona en junio de 1987: *“pensamos que el modelo de reforma que se propone en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, es claramente progresista, moderno y desinstitucionalizador”* (Aparicio, 1988, p. 524). Destaca los apartados más sobresalientes: respecto a la hospitalización psiquiátrica se va reduciendo el papel de los hospitales psiquiátricos y aumentando la integración de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Establece la relación de la salud mental con el nivel de Atención Primaria de Salud. Está estructurado en forma de programas que evitan la excesiva fragmentación. Es un modelo sectorizado, territorializado y de marcado acento comunitario. Para Aparicio: *“el modelo general que se nos ha propuesto en el Informe de la Comisión Ministerial es atrayente con sus formulaciones, y por el tono desinstitucionalizador de sus propuestas. Nos preocupa su forma de implantación y desarrollo, al apreciar que no hay una voluntad política clara sobre el tema. Un modelo de este tipo no puede quedarse en la simple implantación de servicios, ni en otro tipo de aspectos formales, sino que supone una auténtica ruptura epistemológica con el quehacer psiquiátrico anterior. (...) Aún queda motivo para la esperanza”* (Aparicio, 1988, p. 527). Con estas palabras acababa el psiquiatra asturiano su intervención representando, probablemente, el sentir mayoritario de la AEN. Entre la esperanza y el escepticismo, añadimos nosotros.

Esta etapa es, para otros, cuando *“el interés por el poder oscurece el gusto por el saber”* (Rendueles, 1997, p. 301). En cualquier caso es la fase de desarrollo de fórmulas de cambio en distintas comunidades autónomas (Asturias, Andalucía, Madrid, etc.), de discusiones entre escuelas teóricas y de puesta en marcha de los programas PIR en algunas autonomías.

A pesar del apoyo general que concita el planteamiento de la reforma psiquiátrica, sigue latiendo un cierto espíritu de contestación por parte de un grupo de afiliados⁷⁸, obviamente muy alejados de los círculos del PSOE, quienes convocan en febrero de 1989 unas “Jornadas sobre La Reforma/No-Reforma de la Asistencia Psiquiátrica en España”. Los objetivos de esas Jornadas son: *“conocer mejor y más colectivamente la realidad de las estructuras y dispositivos que se dicen estar al servicio –más o menos directamente– de la salud mental de los españoles, es decir: lo que hay en el momento actual. Descubrir sus errores y deficiencias, proponiendo posibles soluciones; esto es: hacer una crítica incisiva de lo que hay para que surja en el pensamiento y en la práctica lo que debería haber. Intentar elaborar, participativamente, un proyecto para nuestra asociación capaz de incidir sobre aquella realidad y transformarla”* (García, 1995, p. 130). Las conclusiones de estas Jornadas fueron de tono crítico-pesimista, y llenas de generalidades difíciles de entender si no es desde la actitud general de los participantes de crítica y desilusión respecto a la reforma, no exenta probablemente de algunos resentimientos personales. Transcribimos algunas de ellas: *“resumen del estado de la Reforma/No Reforma de la Asistencia Psiquiátrica. Existen diversas*

⁷⁸ Agrupados en torno a las Comisiones de Asistencia y Legislación de la AEN y coordinados por Ramón García.

situaciones: a) lugares donde no han existido cambios, permaneciendo el manicomio y la tradicional concepción obsoleta de abordar la salud mental. Aquí cabe incluir como paradigmático la situación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, b) lugares donde hubo cambios aparentes de formas externas y arquitectónica, o de nuevas denominaciones a viejos dispositivos, con los mismos esquemas y líneas de actuación. c) desmantelamientos parciales y creación de diversos servicios o centros sin modificar ni reestructurar los viejos recursos, quedando éstos para los ‘crónicos’, ‘residuales’, ‘marginales’, etc. d) reproducción de las técnicas, métodos y actuaciones de los viejos manicomios en los nuevos dispositivos y servicios. e) remisiones o derivaciones a otros dispositivos o servicios (servicios sociales, asilos, etc.) de los pacientes o problemáticas que se asumían en salud mental, sin tener en cuenta la coordinación, estado y situación de dichos servicios y de los propios afectados, etc. f) lugares donde se han dado cambios y transformaciones globales que han supuesto auténticas y reales reformas. Cabe destacar aquí que algunas de estas experiencias comienzan a dar síntomas de regresión y pasos atrás preocupantes por parte de las administraciones” (AEN, 1989b, p. 501).

Lo llamativo es que proponen que se cumpla lo planteado a nivel del gobierno, lo que muestra que no existe grandes diferencias en los discursos de las posiciones ‘oficialistas’ y ‘críticas’:

1. *“Desarrollo y puesta en práctica del Plan de Reforma aprobado por el propio Ministerio de Sanidad (abril, 1985) que se encuentra sin aplicar, o ignorado por las administraciones (...).*
2. *Necesidad de poner en funcionamiento o crear los centros de salud, equipos de atención primaria, áreas, etc. previstos en la propia Ley General de Sanidad, así como la coordinación e integración de los distintos dispositivos que permitan una actuación integral y eficaz de los recursos.*
3. *Enfoque comunitario del trabajo de los centros de salud mental (...)*” (AEN, 1989b, pp. 502-503).

Sin embargo los materiales de estas jornadas contribuyeron a la elaboración de un documento sobre la posición de la AEN en torno a la situación actual de la reforma psiquiátrica en el Estado Español aprobado en su Asamblea de Santiago de Compostela de noviembre de 1989 y que muestra el mantenimiento de un cierto espíritu crítico por parte de la AEN: *“en estos momentos existe un desarrollo insuficiente del articulado de la Ley General de Sanidad relativo a la salud mental y denunciaremos, porque nos parece extremadamente grave, como asociación científica y profesional de la salud mental, la existencia de enormes desigualdades interautonómicas en el Estado Español en relación a la Reforma Psiquiátrica (...). Esta situación contribuye al mantenimiento de redes paralelas psiquiátricas, así como a un progresivo traspaso a la iniciativa privada en áreas tan importantes como la atención a toxicómanos y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos (...), Por otra parte, nos preocupa el desarrollo insuficiente en el conjunto del Estado del modelo de atención primaria y de los dispositivos de apoyo psiquiátrico y de salud mental de la misma (...). Asimismo,*

manifestamos nuestra más honda preocupación por el escasísimo desarrollo (salvo escasas excepciones) de estructuras de rehabilitación y dispositivos intermedios psiquiátricos (...). Encontramos también una ausencia generalizada de un desarrollo legislativo y de normativas sobre servicios sociales en las comunidades autónomas (...). Es impostergable la puesta en marcha de programas de formación para psicólogos clínicos (...)". (AEN, 1989b, pp. 659-660).

Como vemos las propuestas de la AEN siguen en la línea de que se cumplan lo contemplado en el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica⁷⁹.

Un interesante fenómeno empieza a producirse en el entorno de la AEN: el acercamiento a la psiquiatría más biologicista y conservadora representada por la Sociedad Española de Psiquiatría⁸⁰. Hasta ese momento la Reforma Psiquiátrica diseñada desde el Ministerio no había recibido críticas desde la psiquiatría tradicional y la AEN invitó a la Sociedad Española de Psiquiatría⁸¹ a participar en el Simposium Regional de la World Psychiatric Association (WPA)⁸² de Granada en marzo de 1989. Los tiempos efectivamente estaban cambiando, sobre todo para los viejos progresistas de la AEN, ahora en, o cercanos, al PSOE, que están detrás del consenso con la psiquiatría conservadora y más biologicista⁸³. Este viraje hacia posiciones más 'psiquiátrico-tradicionales' y escasamente críticas, también se había manifestado desde la organización del XVIII Congreso de la AEN, a celebrar en Madrid en 1989, cuya organización se había delegado desde el Congreso de San Sebastián de 1986 en Valentín Corcés y en Ana I. Romero⁸⁴. Éstos hicieron un comité organizador y científico poco crítico⁸⁵ para este congreso que se celebraría finalmente en febrero de 1990.

⁷⁹ Una de las propuestas decía: *"en aquellas comunidades en las que existan convenios, se insta que hagan una concreción del proceso de transferencias del personal dependiente de los ayuntamientos y diputaciones integradas funcionalmente, así como a su necesaria homologación"* (AEN, 1989b, p. 660). En Madrid éste era el caso desde hacía más de cinco años y que motivó un pequeño conflicto de los trabajadores de salud mental dependientes del Ayuntamiento de Getafe con la Comunidad de Madrid. La AEN apoyó consecuentemente a los trabajadores: *"la AEN ante la demanda de los trabajadores de los Servicios de Salud Mental de Getafe, ha enviado telegramas al Consejero de Salud de la Comunidad de Madrid, don Pedro Sabando, y al alcalde de Getafe, don Pedro Castro, en apoyo de la integración de recursos de salud mental y de la homologación salarial de los profesionales"* (AEN, 1989a, p. 683). De cinco trabajadores, tres eran psicólogos, una psiquiatra y una auxiliar administrativa. Las transferencias reivindicadas se hicieron realidad en 1991.

⁸⁰ Fundada en 1977 a partir de un grupo de psiquiatras que abandonó la AEN cuando ésta 'fue tomada' por los psiquiatras progresistas (Fernández Liria, 1999).

⁸¹ Así se calificaban estas relaciones en su nueva fase por parte de la AEN: *"después de varios años de inexistencia de relaciones entre las dos sociedades nacionales españolas relacionadas con la Psiquiatría, se ha desbloqueado la situación a partir del Simposium Mundial que se celebró en Granada, organizado por la AEN, y a la que se invitó a participar a la Sociedad Española de Psiquiatría. En este nuevo clima la Sociedad Española de Psiquiatría ha invitado a su vez a la AEN a participar en el Congreso que van a celebrar en Salamanca, en junio de 1990, con la organización de una mesa redonda"* (AEN, 1990, p. 145). La mesa redonda trató el tema del equipo y en ella participó el psicólogo Emilio Irazábal.

⁸² Cuyo siguiente secretario general sería J. J. López Ibor, destacado representante de la psiquiatría conservadora, elegido en la Asamblea de Atenas en octubre de 1989 para un período de seis años, con la abstención de la AEN, que participaba por vez primera en una Asamblea de la WPA (Angosto, 1989).

⁸³ Tan llamativo era el tema que Valentín Corcés, en la Asamblea de Santiago de Compostela de noviembre de 1989, según acta y nuestro propio recuerdo personal, afirma que: *"es grave haberse abstenido [en la votación a cargos de la WPA donde fue elegido López Ibor] porque la presencia del doctor López Ibor es clave en organismos internacionales y en el proceso de la Reforma"*. (Gómez, 1990a, p. 138). Esta 'atípica defensa' de López Ibor por parte de Corcés motivó el desacuerdo, entre otros, del mismo Desviat, por aquel entonces peleado con Corcés.

⁸⁴ Encargada en el Ministerio de Sanidad de una ciertamente fantasmagórica Oficina de Salud Mental planteada para el seguimiento del Informe de la Comisión Ministerial y que nunca se llegó a crear (Espino, 2005).

⁸⁵ A nivel anecdótico diremos que el que esto escribe recibió una carta de invitación a formar parte del Comité Organizador, probablemente cuando era considerado afecto 'al grupo de Corcés' y teniendo en cuenta que era uno de los coordinadores de una de las tres ponencias ejes del Congreso (Bauleo, Duro, y Vignale, 1990b). Nunca fue convocado

El resultado de las Jornadas-Debate, la organización del Symposium Regional de la World Psychiatric Association (WPA) y los preparativos del XVIII Congreso de la AEN mostró la división de la AEN a nivel nacional en tres posiciones de sus afiliados progresistas, de tal manera que se llegaron a configurar tres pre-candidaturas diferentes para las elecciones de 1990. Con esas elecciones la AEN entrará en la década de los noventa.

La Reforma Psiquiátrica en Madrid (1981-1990)

Si bien a nivel estatal en la AEN se produce una cierta sinergia entre sus afiliados para apoyar críticamente el proyecto de la Comisión Ministerial, en las distintas Comunidades Autónomas se iban dando procesos singulares en función de la aplicación concreta en cada contexto de los principios generales de la reforma. En Madrid, en su doble calidad de Comunidad importante y de capital del Estado, la amplitud de los discursos psiquiátricos progresistas podía abarcar un amplio espectro en el que con frecuencia se producían choques y matices. Es el tiempo de la Reforma Psiquiátrica en Madrid en los años ochenta, en cuyos avatares y discursos psiquiátricos en conflicto nos detendremos ahora.

Los planteamientos iniciales. EL INSAM (1981-1984)

Las directrices políticas emanadas de las I Jornadas Socialistas de Salud Mental de junio de 1981 recomendaron organizar las competencias de atención psiquiátrica de las diputaciones provinciales y crear órganos de gestión directa⁸⁶. Siguiendo dichas directrices el 27 de junio de 1981 se crea el Instituto Provincial de Salud Mental (INSAM) dependiente de la Diputación Provincial de Madrid⁸⁷. Esta nueva institución asume el reto de racionalizar los recursos de salud mental existentes en la provincia de Madrid y establece convenios con algunos ayuntamientos del área metropolitana que cuentan con actividades de salud mental llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos de los Centros Municipales de Salud (Getafe, Móstoles y Alcalá de Henares). Mediante estos convenios se van estableciendo estrechas vinculaciones entre los ayuntamientos, que necesitaban un balón de oxígeno económico y competencial para mantener esta prestación en los CMS, y la Diputación que va esta-

a reunión alguna para dicho comité, probablemente por ser uno de los promotores de la llamada 'tercera vía' para las siguientes elecciones en la AEN.

⁸⁶ "Establecer, conforme a lo previsto en el artículo 42 del Reglamento de Servicio de las Corporaciones Locales, la gestión directa de los Servicios Psiquiátricos siguientes: 1. Los actualmente integrantes del Hospital Psiquiátrico, manteniéndose la adscripción al Hospital Provincial de su Servicio de Psiquiatría. 2. La gestión total relativa a conciertos con Centros Psiquiátricos ajenos y la de cualquier otra modalidad asistencial actual, y las que en el futuro asuma la Diputación Provincial creadas por el Órgano. 3. La planificación provincial psiquiátrica y su coordinación con la actividad del Estado y otros Entes dentro del propio sector sanitario. Y, simultáneamente, crear el Órgano Especial de Gestión Directa, de aquellos servicios con la denominación de Instituto Provincial de Salud Mental (...)" (PSOE., 1982, p. 97).

⁸⁷ La dirección del INSAM es encomendada a Alfonso Calvé, militante socialista y psiquiatra del Hospital Ramón y Cajal –cuyo Jefe de Servicio era López Ibor–, con buenas relaciones políticas y personales con el primer presidente de la Diputación de Madrid José M^a Rodríguez Colorado. Cuando éste es nombrado Director General de la Policía, Calvé pasará a dirigir allí un Gabinete Técnico y más tarde será nombrado Gobernador Civil de Alicante antes de volver, ya a mediados de los noventa, de nuevo a su plaza de psiquiatra del Hospital Ramón y Cajal. Calvé busca para el INSAM a Pedro Enrique Muñoz como director técnico y a Enrique Baca Baldomero y Luis Prieto en el staff de psiquiatras. El primero probablemente el más representativo de "los técnicos que han hecho el viaje al poder desde el Grupo Argibide y que reciben improperios sotto voce a propósito de pasados opusdeistas" (Rendueles, 1997, p. 299), Baca, vinculado al departamento de Psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro y a la Universidad Autónoma de Madrid, y Luis Prieto, psiquiatra granadino que había trabajado en Inglaterra de donde se habría impregnado del 'talante conciliador' que tendría que poner a prueba a partir de 1984 cuando fue nombrado Jefe del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Suárez, Casco y Corcés, 1998, p. 129). Otros contratados en esa primera época fueron Benjamín González, sociólogo y psicólogo y las trabajadoras sociales Montserrat Castanyer y Elia González Gaitán.

bleciendo puntos de apoyo en los pueblos de los alrededores para sus proyectos a corto y medio plazo de creación de una red de salud mental ambulatoria que pudiera realizar el seguimiento de los pacientes dados de alta en los Hospitales Psiquiátricos de su competencia (Hospital Alonso Vega primero y Hospitales Sta Isabel y Sta Teresa de Leganés, después).

El hecho de que el cuadro dirigente del INSAM estuviera formado por profesionales con escasa vinculación a los movimientos reivindicativos de etapas anteriores generó no pocas animadversiones por parte de los ‘viejos psiquiatras antipsiquiatras’, algunos de ellos como Corcés, ya ex-PCE, instalado en el PSOE y próximo a la ‘familia guerrista’⁸⁸. Se encontrarán entonces dos sectores del PSOE que pugnan por dirigir la reforma de la salud mental en Madrid: unos se agruparán en torno al modelo INSAM y otros en torno al liderazgo de Corcés, en tanto discurso más crítico, proveniente de los círculos de la AEN. Estas encontradas posiciones⁸⁹, a veces basadas más en lo personal que en lo político, no fueron óbice para que se planteasen objetivos conjuntos de cambio, al menos en cuanto al Hospital Psiquiátrico Provincial se refiere⁹⁰. Este plan de reforma del Hospital Psiquiátrico planteaba el progresivo desarrollo de un modelo asistencial comunitario, integrado en el sistema sanitario general, que llevase al vaciamiento de sus funciones asistenciales y, así, a su desaparición (Muñoz, Prieto-Moreno y Corcés, 1983).

La oposición crítica a los planteamientos tecnocráticos del INSAM y ahora también a la gestión socialista del Ayuntamiento de Madrid (ya se han producido las segundas elecciones en los ayuntamientos y el PSOE gobierna en solitario en Madrid al desaparecer de la escena municipal el PCE⁹¹), no vino sólo por parte del sector encabezado por Corcés sino también de otros psiquiatras progresistas⁹² de los círculos de la AEN. Estos ataques no cesarán hasta la reconversión del INSAM en el Instituto Regional de Estudios (IRES) y la ‘desaparición’ de Calvé del campo de la reforma psiquiátrica.

⁸⁸ Entre otras cosas por ser cuñado de Teófilo Serrano, presidente de la Federación Socialista Madrileña, fiel seguidor de Alfonso Guerra (García, 1995, p. 93).

⁸⁹ Según relata Manuel González de Chávez, Corcés en su participación en una Mesa Redonda celebrada en el Encuentro-Debate en marzo de 1987 organizado por la Comisión Gestora de la Asociación Madrileña de Salud Mental dijo que “*el paso del modelo sanitario hospitalario al modelo comunitario se había visto afectado, en Madrid, por un error: la creación del INSAM y el desarrollo a partir de este organismo de un modelo propio de caracteres burocráticos y por un obstáculo: que el modelo comunitario no había sido asumido por los políticos responsables en su esencia radical*” (AEN, 1987, p. 333).

⁹⁰ Cambiado el nombre de Alonso Vega por el de Hospital Psiquiátrico de Madrid, y posteriormente Hospital Dr. Rodríguez Lafora, fue transferido al INSAM a partir del 1 de enero de 1982 y nombrado Director Valentín Corcés.

⁹¹ El Partido Comunista de España tuvo una crisis importante en 1981 que se zanjó con la expulsión de algunos miembros del Comité Central y el abandono del Partido de muchos de sus militantes, lo que se completó con la dimisión en junio de 1982 de Nicolás Sartorius como vicesecretario general. Esta crisis supuso la pérdida de miles de votos que fueron mayoritariamente a llenar las urnas del PSOE, al igual que pasó con muchos militantes comunistas, profesionales en su mayoría, que pasaron a engrosar las filas socialistas. En los siguientes gobiernos locales, autonómicos y, por supuesto, central, los socialistas no necesitaron pactar con el PCE, cuya fuerza electoral y de movilización popular había quedado drásticamente disminuida.

⁹² Un botón de muestra lo tenemos en la Carta al Director remitida a *El País* con fecha 8 de marzo de 1983 por el psiquiatra Federico Menéndez de Avilés (Asturias) sobre *La atención a la salud mental en Madrid* en la que se afirma a propósito del INSAM y del Ayuntamiento de Madrid: “*el INSAM dispensa 3000 millones de pesetas este año, para dar como resultado unos estudios y unos planes que, después de casi tres años, únicamente muestran la frivolidad de unas cifras sin soporte empírico ni rigor. Mientras tanto no existen las áreas ó centros de salud mental y se mantiene la asistencia en los manicomios. Otro tanto ocurre con el Ayuntamiento, sin planificar ni clarificarse en la misión de los Centros de Promoción de Salud, reproduciendo localismos y electoralismos*” (Menéndez Osorio, 1984).

Jornada de trabajo sobre Atención Primaria y Salud Mental (1983)

Las directrices socialistas de reforma de la salud mental habían vinculado el destino de la primera al cambio sanitario general y de la atención primaria particularmente. No es extraño por lo tanto que el 17 de junio de 1983 el INSAM de Madrid organice una Jornada de trabajo sobre Atención Primaria y Salud Mental a la que asisten 40 personas (médicos de familia, pediatras, abogados, asistentes sociales, ATS, sociólogos, psicólogos, economistas y psiquiatras) de varias comunidades autónomas con responsabilidades políticas o técnicas⁹³. Uno de los objetivos de esa jornada era discutir las líneas de atención prioritaria en el proceso de integración de los cuidados de salud mental en la atención primaria, en el marco general de los Servicios Regionales de Salud⁹⁴. Participan como invitados J. Orley de la División de Salud Mental de la OMS de Ginebra y E. Garralda, profesora de psiquiatría de la Universidad de Manchester. El experto de la OMS se pronuncia en una entrevista en *El País* afirmando que: *“es necesario un compromiso del Gobierno para integrar la salud mental en la red primaria”* en lo que parece una llamada de atención desde los medios de comunicación para apoyar/presionar al Gobierno (al menos a un sector del mismo) en el proyecto de Ley General de Sanidad frente a la resistencia activa que se va encontrando de parte de los sectores más conservadores. J. Orley parece querer apoyar así el cambio: *“para lograr la integración de la salud mental en la asistencia primaria en España, en primer lugar, es preciso un compromiso político (...) pero también es preciso un compromiso profesional de cuantos trabajan en relación con la salud (...) es un problema interno de las gentes que tienen un determinado trabajo y se resisten al cambio (...) con todo, es importante señalar que la dirección de ese sistema de atención tiene que estar en un equipo multiprofesional. Lo que compete a la salud es algo más amplio que lo que compete a los médicos”* (De las Heras, 30 de julio de 1983).

La premisa de integrar la atención a la salud mental en el sistema sanitario, para evitar así la histórica marginación de la asistencia psiquiátrica, empezaba a cobrar forma en tanto servicio especializado de segundo nivel en estrecha colaboración con el primer nivel de atención, la atención primaria. Sin embargo, como contestando a los profesionales reunidos en Madrid, José M^a Rivera, Subdirector General del Insalud declaraba que la integración de la atención y asistencia a la salud mental en las Unidades Básicas de Salud del Insalud no se produciría en la actual legislatura aunque, según el Ministro de Sanidad, sí se cubriría un porcentaje del 23 % de reconversión de los médicos de atención primaria durante la legislatura (De las Heras, 30 de julio de 1983).

⁹³ Ver las similitudes con las Jornadas Internacionales organizadas ese mismo año por el Ministerio de Sanidad.

⁹⁴ Algunas de las principales conclusiones fueron:

La identificación con los principios y la aceptación de las recomendaciones sobre Atención Primaria de Salud emanadas de la Conferencia de Alma Ata.

La necesidad de una descentralización de la planificación, evaluación y gestión del sistema de salud en general y de la atención primaria en particular.

La promoción y cuidado de la salud mental como componente esencial de la atención primaria implica la capacitación de ese personal.

Los equipos especializados de salud mental deben estar en estrecha vinculación con el sistema de atención primaria con funciones de consulta, asesoramiento y supervisión, así como manteniendo estrechas relaciones con los servicios sociales comunitarios.

Necesidad de desarrollar y potenciar los sistemas de autoayuda mediante las asociaciones de grupo de autoayuda y el voluntariado.

Como vemos los planteamientos del INSAM iban en la línea que ya se esbozaban para la reforma de la atención primaria y que se desarrollarían plenamente en el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, a pesar de lo cual el balance de su gestión queda resumido catorce años más tarde por sus principales detractores como sigue: *“el INSAM fracasó en su objetivo global y, por lo tanto, fue incapaz de ofrecer a la administración socialista, a los sectores profesionales y, desde luego, a los usuarios un modelo asistencial alternativo al anterior. A pesar de los medios empleados, y de ser considerado su modelo como emblemático de la transformación del PSOE en materia de salud mental, la estrategia –primero estudiar, luego actuar– de su cúpula de dirección –poco comprometida con la reforma asistencial y de marcado carácter tecnocrático– hizo que perdiera prestigio en la propia administración y que en la segunda etapa, algunos de sus directivos –precisamente los de rango superior en la escala jerárquica– abandonaran la dirección de la reforma”* (Suárez et al., 1998, pp. 128-129).

El INSAM, con la creación de la Comunidad Autónoma en 1983, cede, a partir de 1984 sus competencias de planificación y gestión al Servicio de Salud Mental⁹⁵ dentro de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid⁹⁶ cuyo primer Jefe es Luis Prieto⁹⁷. Es desde este Servicio de Salud Mental desde donde se plantea el Plan de Reforma de la Salud Mental para Madrid en 1986.

El Servicio de Salud Mental dentro del Servicio Regional de Salud (1984)

En 1984, con la integración del Servicio de Salud Mental en el Departamento de Salud del Servicio Regional de Salud⁹⁸ de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, comienza una segunda etapa en el proceso de reforma psiquiátrica en Madrid. A partir de este momento los ánimos se van calmando entre las grupos de psiquiatras del PSOE siendo Corcés, quien va acrecentando su poder dentro del partido⁹⁹.

En estos primeros años de esta segunda etapa se continúan y amplían los convenios firmados con los ayuntamientos del área metropolitana. El Ayuntamiento de Madrid capital se mantiene al margen de esta dinámica, a pesar de contar con una importante plantilla de psiquiatras y psicólogos en la parte de salud mental de los CPS¹⁰⁰. En 1985 se producen las

⁹⁵ Integrado en el Departamento de Salud del Servicio Regional de Salud que fue creado el 12 de junio de 1984. El responsable del Departamento de Salud del que depende el Servicio de Salud Mental era Luis Martín, pediatra que había colaborado con el Centro Experimental de Medicina Comunitaria del 1º de octubre.

⁹⁶ Quedando las funciones de estudios en el Instituto Regional de Estudios (IRES), pequeño reducto que servirá de base para la creación en 1988 del Centro Universitario de Salud Pública mediante un Convenio de colaboración entre la Comunidad y la Universidad Autónoma de Madrid.

⁹⁷ Psiquiatra del INSAM quien explícitamente continúa la línea emprendida hacía unos años por el INSAM, pero que no despierta para muchos las animadversiones políticas, profesionales y personales que sí generaban Alfonso Calvé y Pedro Enrique Muñoz

⁹⁸ Creado por Decreto 73/1984 del 13 de junio. Los objetivos del Servicio Regional de Salud (SRS) eran: *“la elaboración, desarrollo y evaluación de programas específicos, así como el control de su ejecución. La integración de los Servicios que se fueran adscribiendo a la Comunidad de Madrid y la coordinación con otras Administraciones sanitarias”* (Suárez, Casco y Cortés, 1998, p. 129).

⁹⁹ Ahora políticamente como Responsable Federal de Salud del PSOE, es decir máximo responsable político de los temas sanitarios dentro del partido.

¹⁰⁰ Esta no transferencia de los recursos sanitarios, al menos en salud mental, por parte del Ayuntamiento de Madrid a la Comunidad Autónoma, ni tan siquiera el establecimiento de ‘integraciones funcionales’ estables puede tener varias líneas de explicación: por un lado, a pesar de estar gobernadas ambas Administraciones por el PSOE, prima más los intereses políticos de cortas miras de no desprenderse de recursos que los discursos de racionalización para evitar la duplicidad de redes. Por otro las resistencias de los mismos profesionales, bien pagados y sin responsabilidades

transferencias del AISNA a la Comunidad¹⁰¹ mediante las que se integran en el Servicio de Salud Mental los recursos ambulatorios del AISNA (Centros de Salud Mental y Dispensarios antialcohólicos) y hospitalarios (Hospitales de Leganés y Fray Bernardino) con el considerable aumento de recursos humanos y profesionales que implicaba. Comienzan a organizarse los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid a partir de los convenios antes citados entre los ayuntamientos del área metropolitana, la Comunidad de Madrid y los Centros de Salud Mental transferidos del AISNA.

Conflictos en Madrid

En Madrid, una vez desaparecido el INSAM y sus dos dirigentes más denostados¹⁰², las ‘fuerzas vivas’ de la salud mental se agrupan alrededor del liderazgo de Valentín Corcés en lo político-profesional y de Luis Prieto en lo institucional. Bajo esa dupla se desarrollan los proyectos de reforma psiquiátrica en torno al norte donde Corcés gestionaba el hospital psiquiátrico de Madrid (ex-Alonso Vega) y en el sur con Desviat que ‘mandaba’ institucionalmente en el hospital y el Área de Leganés (Fuenlabrada y Leganés) y ‘de facto’ en la mayor parte de la zona sur de Madrid (Getafe, Parla, Pinto, Alcorcón y Móstoles¹⁰³) (Fernández Liria, 1988).

Con algunos matices, ‘amores y desamores’, todos los grupos de profesionales que participaban en la reforma psiquiátrica de Madrid adoptan una postura de construcción de alternativas viables en base al desarrollo de los Servicios (Centros) de Salud Mental en la comunidad y al progresivo desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos. En este momento de ‘construcción’ de nuevos equipos los profesionales, en general, adoptan una actitud poco crítica con el desarrollo de la citada reforma. García, uno de los pertinaces críticos con el PSOE, define esta fase como de realización de experiencias comunitarias ‘presentables’ pero de considerable sumisión al poder¹⁰⁴.

Sin embargo en Madrid, tras este período de empuje, sin duda voluntarista por parte de la mayoría de los profesionales, y de expectativas para ver las concreciones del Informe de la Comisión Ministerial y de la misma Ley General de Sanidad, otro sector de psiquiatras, más alejado de la órbita PSOE y cercano a los planteamientos del PCE e IU¹⁰⁵, plantea la

asistenciales definidas por ley. Estas buenas condiciones laborales para desempeñar trabajos de su interés sin estar sometidos a grandes presiones asistenciales unido a la poca claridad de los beneficios a obtener en la nueva situación explican perfectamente el poco entusiasmo de los psiquiatras y psicólogos en ‘integrarse’ en la red de Servicios de Salud Mental que la Comunidad iba entretejiendo. En el caso de los psicólogos además podemos arriesgar como hipótesis que, al menos los de orientación conductual, preferían un ámbito de trabajo más cercano a la salud comunitaria que el trabajo, básicamente asistencial, en salud mental en el que el juego de poder entre psicólogos y psiquiatras seguía siendo muy favorable a éstos últimos.

¹⁰¹ Decreto 2060 del 9 de octubre de 1985.

¹⁰² Calvé y Muñoz, quien pasará a dirigir el Plan Regional de Drogas desde 1985 a 1988, dependiente de la Consejería de Integración Social, antes de ser nombrado responsable el psicólogo Julio Álvarez.

¹⁰³ En Móstoles ejercía el liderazgo Teresa Suárez, psiquiatra sistémica, que iba sumando poder en las filas del PSOE durante final de los ochenta y los años noventa. Sin embargo su poder fue bastante tardío ya que sustituyó a Luis Prieto al frente de la salud mental de la Comunidad de Madrid al final del último mandato socialista, siendo sustituida por el Partido Popular, ganador en las elecciones de 1995.

¹⁰⁴ “Y así, a partir de 1983, a algunos no les faltará territorio ni tiempo para medrar e incluso, en unos pocos casos, para desarrollar experiencias comunitarias limitadas pero presentables, siempre y cuando los elegidos se atengan a la consigna de acallar todo atisbo de crítica, tanto en su propio territorio geográfico como en el más amplio del asociacionismo profesional, y asuman su trabajo como un vehículo permanente de propaganda del poder socialista” (García, 1995, p. 96).

¹⁰⁵ Y agrupados institucionalmente en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y en algunos CPS del Ayuntamiento de Madrid.

disidencia y estalla de nuevo el conflicto entre dos discursos psiquiátricos. Parte de este conflicto se había ido fraguando en el seno de los asociados a la AEN residentes en Madrid que habían constituido una comisión gestora de la Asociación Madrileña de Salud Mental¹⁰⁶. Esta Comisión organizó para el mes de marzo de 1987 un Encuentro-Debate sobre *“La situación actual de la salud mental en Madrid”* todas moderadas por personas de ese ‘sector’ de la AEN y cuyas conclusiones no dejaban de tener un cierto cariz crítico con la gestión tanto de la Comunidad de Madrid como con el Insalud, ambas gobernadas por el PSOE, a saber: *“la necesidad de una integración entre las distintas instituciones con competencias en salud mental y se destacó las dificultades que plantea el Insalud a la hora de esta integración. El voluntarismo de los profesionales que hasta ahora ha imperado, debe ser sustituido por un claro apoyo y refuerzo a estas unidades por parte de la Administración”* (AEN, 1987, p. 336). La crítica no era tanto al modelo propuesto sino a la escasa voluntad político-administrativa mostrada por las instituciones gobernadas por el PSOE y en ella participaban tanto profesionales ‘de base’ (psiquiatras y psicólogos sobre todo) que veían defraudadas sus expectativas de cambio, al menos al ritmo deseado por ellos, como psiquiatras históricos que no habían ‘obtenido’ puestos de responsabilidad para llevar a cabo la reforma psiquiátrica en Madrid.

Una de las primeras tareas de esta Asociación fue, a raíz del Encuentro-Debate antes reseñado, elaborar un *Informe sobre la Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Madrid*¹⁰⁷ de carácter moderadamente crítico aunque incómodo para la Administración de tal manera que mereció una contestación pública¹⁰⁸ por parte del Jefe del Servicio de Salud Mental de la Comunidad, Luis Prieto.

Ahora los posicionamientos se toman alrededor de las formas y medidas a tomar en la política autonómica de salud mental. En esta ocasión el detonante ‘manifiesto’ es la polémica¹⁰⁹ alrededor del número de camas psiquiátricas necesarias para los ingresos hospitalarios en Madrid y los ‘denunciantes’ un grupo de psiquiatras¹¹⁰ del Hospital Gregorio Marañón entre los que se encuentran dos históricos de la psiquiatría alternativa Enrique González Duro y Manuel González de Chávez, ambos de vuelta en Madrid después de dirigir procesos de Reforma Psiquiátrica en Jaén (1981-1983) y Sevilla (1981-1982) respectivamente –no sin dificultades y enfrentamientos con algunos políticos socialistas, sobre todo en Jaén– (González Duro, 1989). Este grupo de psiquiatras, algunos de los cuales participaron en las ‘luchas’ de las Clínicas de Ibiza de final de los setenta, ya había denun-

¹⁰⁶ La propia constitución de la Asociación Madrileña de Salud Mental fue un momento más de la ‘guerra’ entre grupúsculos. Unos, los del ‘grupo’ de Corcés-Desviat-Prieto, se opusieron a que fuera elegida la primera Junta de Gobierno en la Asamblea Constituyente de la Asociación, toda vez que no habían preparado candidatura alguna. Otros –el sector crítico, próximo a IU, el ‘grupo’ de Teresa Suárez y un ‘grupo’ cohesionado procedente del CMS del Ayuntamiento de Getafe con ciertos conflictos laborales con la Comunidad de Madrid y que gozaba de alguna simpatía de otros profesionales relacionados con el psicoanálisis y los grupos– apoyaron la elección de la junta simultáneamente a la constitución de la Asociación. Los segundos ganaron la primera votación por 43 votos a favor y 19 en contra. La única Junta presentada, presidida por Manuel González de Chávez fue elegida por 45 votos a favor y 17 abstenciones.

¹⁰⁷ Ver Informe para debate de la Comisión de Asistencia de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre *La Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Madrid: resumen histórico y situación actual* (AEN, 1988).

¹⁰⁸ Ver *Comentarios al informe elaborado por la Asociación Madrileña de Salud Mental* (Prieto-Moreno, 1988).

¹⁰⁹ Que tuvo una notable repercusión en la opinión pública y los medios de comunicación que recogieron tanto la postura de los psiquiatras del Marañón (Edo, 1988; Independiente, 1988; Sañz y firmas, 1988), como la del Jefe de Servicio, Luis Prieto y sus defensores (Fernández Liria, 1988; Montilla y otros, 1988; Prieto-Moreno, 22 de abril de 1988).

¹¹⁰ Los firmantes son la totalidad de médicos psiquiatras que hacen guardia en el Hospital Gregorio Marañón, veinte en total, incluyendo a los residentes en psiquiatría.

ciado en 1984 la situación de la asistencia psiquiátrica madrileña y al INSAM en cuanto organismo que debía coordinar la reformas psiquiátrica de Madrid por su ineficiencia. Ahora este sector hospitalario critica también la lentitud de la reforma y, en algunos casos la inoperancia y despilfarro de las redes paralelas pertenecientes a la Comunidad, el Insalud y el Ayuntamiento de Madrid)¹¹¹.

Frente a esta crítica, y en defensa del ‘modelo comunitario’ potenciado en Madrid, se posicionan mayoritariamente los psiquiatras de los Centros de Salud Mental y la mayoría de los psicólogos, aunque éstos se colocan más como espectadores en esta ‘guerra de psiquiatras’. En el cruce de acusaciones éstos –los psiquiatras de ‘lo comunitario’– achacan a ‘los hospitalarios’ de tener resistencias y miedo al cambio *“que son reflejo de concepciones reaccionarias, con clara añoranza de la hospitalización como eje de la asistencia”* (Fernández Liria, 1988) y de reivindicar modelos obsoletos y decimonónicos *“que pretenden concentrar los profesionales en los hospitales y multiplicar el número de camas para atender internamientos que pudieran haberse evitado”* (Montilla y otros, 1988). El punto álgido de este conflicto se produce ese mismo mes de abril con la celebración de una mesa redonda sobre *“Política sanitaria en salud mental e integración social”*, organizada por el Ateneo de Madrid¹¹². A pesar de las altas expectativas de polémica el debate fue calmado y sin sobresaltos lo que (junto a algunos nombramientos de coordinadores de áreas de salud mental más o menos oportunos¹¹³), hizo que se fuera diluyendo el conflicto, lo que no fue óbice para que tuviera que comparecer el Consejero de Salud en la Asamblea Parlamentaria de Madrid el 16 de mayo de 1988, a petición de Izquierda Unida.

Un emergente de que ésta era una ‘guerra de psiquiatras’ por el poder, sin que por parte de los mismos partidos políticos se hubiera incorporado ‘el modelo interdisciplinar en salud mental comunitaria’, fue la interpelación que hizo IU al PSOE en el parlamento regional. IU al ‘alabar’ parte de la reforma realizada en la zona sur se refiere exclusivamente a los médicos como sus únicos protagonistas¹¹⁴. Pedro Rodríguez¹¹⁵ destaca este hecho y, por otro lado, critica que solamente se hable de psiquiatras por número de habitantes excluyendo cualquier referencia a otros profesionales. Rodríguez afirma al respecto: *“creo que estamos en un momento del proceso, en el que quizá hay que empezar a hablar de equipos con un número de profesiones determinadas y con unos perfiles profesionales coherentes con el modelo asistencial que se va implementando y pertinentes para dar respuestas a las demandas variables y cambiantes que en Salud Mental se producen”* (Rodríguez, 1988, p. 301).

Con todo, justo es reconocerlo, aunque en esa polémica se ‘jugaba’ fundamentalmente el protagonismo de los psiquiatras en el reparto del poder de la psiquiatría madrileña ‘progresis-

¹¹¹ “Como ejemplo se puede citar el distrito de Vallecas, en el que hay un Centro de Salud Mental dependiente de la Comunidad, un CPS dependiente del Ayuntamiento, una Unidad de Salud Mental dependiente del Insalud y cuatro psiquiatras jerarquizados y neuropsiquiatras de zona que funcionan sin ninguna coordinación entre ellos” (Edo, 1988).

¹¹² En la que intervienen Pedro Sabando, entonces Consejero de Salud de la Comunidad de Madrid, Elena Vázquez, Consejera de Integración Social de la misma Comunidad y Fernando Lamata, Director Provincial del Insalud de Madrid y moderada por Juan Carlos Duro.

¹¹³ Como el de Sergio García Reyes en Vallecas.

¹¹⁴ “La gran profesionalización y voluntad de los médicos de la zona sur” (Rodríguez, 1988, p. 299).

¹¹⁵ Integrante de la Junta de Gobierno del Colegio de Psicólogos de Madrid desde 1988 hasta la actualidad es uno de los psicólogos más veteranos en la salud mental de Madrid. En ese caso hizo la crónica de la comparecencia del Consejero de Salud en la Asamblea de Madrid, Pedro Sabando.

ta', los psiquiatras que 'apostaron' por 'lo comunitario' fueron más receptivos al trabajo multiprofesional, aún cuando fuera, en muchos casos, por razones de 'imagen' y de coherencia 'formal' con el modelo comunitario sin darse un profundo cambio epistemológico y técnico en sus concepciones sobre la salud y la enfermedad mental. Por el otro lado los psiquiatras pertenecientes al hospital Gregorio Marañón, por razones seguramente complejas y singulares que se nos escapan, no se implicaron en los procesos de 'salida' a la comunidad quedando 'ingresados' entre los muros del hospital por lo que le estamos de acuerdo, en este caso, con lo que afirmaba Luis Prieto en su contestación pública: *"cabe preguntarse si no será a ellos mismos a los que se refieren al afirmar que 'parece que todos se atrincheran esperando algo'"* (Prieto-Moreno, 22 de abril de 1988).

Los Servicios (Centros) de Salud Mental

En los programas y actividades de los CMS/CPS una de sus actividades 'estrella' era la atención a la salud mental ya como servicio, más o menos autónomo, ya como actividad de apoyo a otros programas. Evidentemente la demanda psiquiátrica atendida en estos centros era cuantitativamente insignificante si la comparamos con la que acudía a las consultas ambulatorias de neuropsiquiatría de la Seguridad Social y a los hospitales psiquiátricos dependientes de las diputaciones provinciales. Aún así, al ofrecerse otro tipo de asistencia (mayor tiempo de consulta, escucha, tratamientos psicológicos, psicoterapias, etc.) la demanda iba creciendo exponencialmente, a pesar de los esfuerzos de los profesionales de estos centros de hacer una oferta muy controlada, siendo conscientes de la limitación de sus recursos y de las nulas competencias municipales en este tema.

La promulgación de la Ley de Bases de la Sanidad Municipal en 1985 en la que no se recogen para los ayuntamientos ninguna competencia relacionadas con la atención a la salud, el déficit presupuestario de los mismos acumulado tras los primeros años de fuertes inversiones, la creación de la Comunidad Autónoma de Madrid en 1983 con la asunción de competencias de la extinta Diputación en materia de ingresos psiquiátricos (ampliadas en 1985 con las transferencias de los centros y hospitales del AISNA) y los proyectos de reforma legislativa para la sanidad que se debaten en estos años, impelen a los profesionales de los CMS/CPS, especialmente a los psiquiatras y a muchos psicólogos, a propiciar su acercamiento a la reforma psiquiátrica. Se van formando así en Madrid los Servicios (Centros) de Salud Mental de la Comunidad de Madrid cuyas líneas generales serán las marcadas desde los documentos del PSOE, el INSAM y más tarde el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica

Es importante resaltar que, a pesar de todos los discursos favorables al cambio y a la reforma los presupuestos para la atención a la salud mental no se incrementaban significativamente sino que la reforma se nutría de la 'reconversión' de recursos de los hospitales psiquiátricos, o las camas concertadas, hacia los dispositivos de atención comunitaria. Así en varias ocasiones a lo largo de este período el Servicio de Salud Mental se abasteció de recursos provenientes de programas específicos relacionados con la salud mental, pero demasiado coyunturales como para darle la estabilidad necesaria al proceso de reforma emprendido.

En este sentido hay que subrayar la aprobación en 1985 por parte de la Asamblea de Madrid, dentro del Plan Cuatrienal de Servicios Sociales, del programa Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica¹¹⁶ cuyo presupuesto estaba gestionado por la Dirección General de Bienestar Social y la dirección a cargo del Servicio de Salud Mental del Servicio Regional de Salud. Ambas Direcciones Generales dependían de la misma Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad en pleno proceso de Reforma Psiquiátrica en Madrid. En este programa se incluirán psicólogos en los Centros de Día que se ocuparán de actividades de rehabilitación y reinserción en la comunidad de pacientes crónicos mayoritariamente. Desde 1985 a 1988 se crearán además de cinco centros de día, siete pisos protegidos, una casa de transición y un taller ocupacional. A partir de 1987 con la creación de la Consejería de Integración Social, fruto del desdoblamiento de la anterior Consejería de Salud y Bienestar Social, se inicia una nueva fase del programa antes citado que desarrollaremos en el apartado dedicado a los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

En la línea de recabar recursos antes señalada, en 1988 se aprueba, por parte de la Asamblea de Madrid, el Programa Regional de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo que supone la incorporación de un total de 61 nuevos profesionales a los Servicios de Salud Mental y un importante incremento presupuestario (Suárez, Casco y Corcés, 1998).

Desde esta nueva situación, y teniendo en cuenta la presentación del Informe para la Reforma Psiquiátrica de 1985, se acomete el Plan de Salud Mental para Madrid de 1986.

Plan de salud mental para Madrid (1986)

La situación de confusión organizativa que se había ido arrastrando hasta estos años se intenta racionalizar con el Plan de Salud Mental para Madrid de 1986 en el que se contempla como medida prioritaria la integración de redes, si no una integración político-administrativa, porque las transferencias del Insalud a la Comunidad de Madrid se retrasan indefinidamente, sí al menos una integración funcional que pusiera fin al ‘mareo’ de pacientes que iban ‘rebotando’ de un sitio a otro.

Ése es el primer objetivo propuesto por el responsable de la salud mental de la Comunidad de Madrid, Luis Prieto para la Reforma Psiquiátrica de Madrid: *“impulsar y potenciar, en la medida de sus competencias, la integración funcional de las distintas redes asistenciales y la optimización de los recursos asistenciales (...). En el estado actual de la reforma y teniendo en cuenta el momento de las transferencias sanitarias, creemos importante desarrollar (...) la puesta en marcha de los servicios de salud mental de los distritos sanitarios y el plan de rehabilitación y reinserción social”* (Prieto-Moreno, 1986).

Así se firma en 1986 entre la Comunidad y el Insalud un convenio de coordinación para la integración funcional entre sus recursos y se forma un Comité de Enlace y Coordinación entre ambas instituciones para ‘ordenar’ la atención en salud mental en Madrid. En virtud

¹¹⁶ “Dado que en estos momentos estaba en pleno desarrollo el proceso de desinstitucionalización, el énfasis del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica fue organizar dispositivos que favoreciesen la reinserción y mantenimiento en la comunidad de las personas desinstitucionalizadas” (Rodríguez González y Sobrino, 1997, p. 81).

de ese acuerdo, y de manera poco generalizada, se integran de manera funcional dentro de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad, los equipos de salud mental del Insalud y algunos psiquiatras fruto del desdoblamiento de la especialidad de neuropsiquiatría ambulatoria. Es en la zona sur de Madrid (Leganés, Getafe, Móstoles, etc.) donde se produce más consistentemente esa integración funcional de recursos (al tiempo que se centralizan los ingresos de la zona en el Hospital Psiquiátrico de Leganés) y en Madrid capital donde sigue existiendo la menor coordinación de recursos. El Ayuntamiento de Madrid, en 1988, se suma formalmente a este convenio y algunos de los recursos de salud mental de sus CPS se incorporan a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad¹¹⁷. De esta manera, en 1988 se podría haber producido el cierre 'funcional' de la red asistencial aceptada por todas las administraciones, sumándole los convenios ya establecidos con los ayuntamientos de la periferia en años anteriores. Se da así un paso más en el proceso de 'normalización' de la atención a la salud mental en la sanidad pública y de presencia de los psicólogos 'clínicos' en los equipos de salud mental como profesionales de hecho. Se comienza a hablar entonces menos de trabajo comunitario y más de trabajo clínico-asistencial, menos de salud mental comunitaria y más de apoyo a la atención primaria de salud, menos de promoción y educación para la salud y más de rehabilitación y reinserción social, etc. Los Servicios de Salud Mental van tomando conciencia de servicios especializados de segundo nivel, de segundo escalón en la atención a la salud y de plena integración en el sistema sanitario público que con carácter universal y gratuito cubre a la población madrileña.

Este proceso de integración funcional con los recursos municipales, una vez aprobada la Ley General de Sanidad en 1986, culminó, en 1991, con las transferencias de los recursos municipales periféricos¹¹⁸ a la Comunidad de Madrid¹¹⁹. Los profesionales transferidos se integran en el Servicio de Salud Mental del Servicio Regional de Salud, organismo de la Consejería de Salud y Bienestar Social que gestiona todos los recursos sanitarios y asistenciales (hospitalarios y ambulatorios) que dependen de la Comunidad de Madrid (Insalud no transferido).

De nuevo aunque cuantitativamente estas transferencias no fueron muy relevantes, cualitativamente supusieron la confirmación del pasaje del trabajo en salud de los psicólogos, pioneros de las experiencias municipales (Colmenares y Duro, 1981; Duro, 1981; Duro y Equipo del CMS de Getafe, 1981), a su 'inicio' de institucionalización en lo que comenzaba a definirse como segundo nivel de atención o atención especializada dentro de la red sanitaria pública.

¹¹⁷ Se integran de manera desigual. Algunos psiquiatras, más cercanos a los círculos socialistas (caso de Carmen Fernández Rojero que fue nombrada Jefa del Distrito de Carabanchel), se integraron sin dificultad, otros, más próximos a círculos de IU y a la 'fracción' crítica de la AEN madrileña, se mantuvieron al margen. En cuanto a los psicólogos, algunos se incorporaron a esta coordinación funcional, generalmente los de orientación dinámica y sistémica (caso de Encarna Vázquez en Vallecas y Begoña Olabarría en Carabanchel). Los de orientación más conductual se mantuvieron bastante al margen de esta integración permaneciendo en programas de salud que se seguían haciendo desde los CPS (por ejemplo Amado Benito y Máximo Aláez, o 'reconvirtiéndose' en otros puestos dentro del Ayuntamiento (por ejemplo Antonio García Moreno que pasó a personal o Manuel Berdullas a un Centro de Atención a Drogodependencias), o fuera de él (Miguel Costa y Ernesto López pasaron al Centro de Atención al Menor del Ministerio de Asuntos Sociales).

¹¹⁸ De los municipios de Getafe, Móstoles, Leganés y Alcalá de Henares.

¹¹⁹ No fue así con los dependientes del Ayuntamiento de Madrid capital que siguieron 'autónomamente' hasta hoy día agrupados en el organismo Madrid Salud.

El ‘consenso’ con la psiquiatría biologicista

A juicio de Corcés, Suárez y Casco (1998) dos hechos van a caracterizar esta etapa de la reforma psiquiátrica en Madrid (1988-1993). Por un lado la gestión de la salud mental a cargo de los llamados coordinadores de área¹²⁰, en virtud del convenio Comunidad-Insalud-Ayuntamiento de Madrid¹²¹. Por otro la redefinición de la formación de los profesionales de salud mental que se inscribe dentro de la reforma psiquiátrica y formando parte de la política de gestión de los recursos humanos¹²². El modelo docente posibilitó el que en cada Área Sanitaria se constituyese una Comisión de Docencia para coordinar sus necesidades docentes –de los MIR entre otros–, la formación continuada del resto de los profesionales y el Programa PIR, que se creó en 1991, a nivel regional todo ello desde una línea de actuación participativa en la propuesta, elaboración, gestión y realización de las actividades.

Es interesante resaltar la característica central de estos años posteriores a la aprobación de la Ley General de Sanidad. Se produce un desdibujamiento de la histórica separación entre psiquiatría de izquierdas y progresista, –sostenedora de los proyectos de reforma hasta ese momento llevados a cabo y agrupada, con más o menos matices, en torno a la AEN– y la psiquiatría más conservadora, biologicista, vinculada a las cátedras universitarias y los hospitales del Insalud¹²³, agrupada en torno a la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y que se ocupa de los Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales y de sus incipientes unidades de hospitalización.

Tanto en Madrid con el nombramiento de coordinadores de área de algunos de estos psiquiatras más próximos al ‘modelo Insalud’¹²⁴ como a nivel nacional con la invitación a la SEP a participar en el Simposium Regional de la WPA, se produce un acercamiento entre estas dos tradiciones diferentes de la psiquiatría española en lo que parece ser una orientación política del PSOE y de su núcleo de psiquiatras en alza en esos momentos. Prima en esos momentos el acuerdo corporativo por encima de planteamientos ideológicos que ‘parecen’ superados en base al acuerdo global de los planteamientos de la reforma. Se recupera así un cierto espíritu médico que parecía ‘perdido’ con el auge de los planteamientos más comunitarios de años atrás. Los ‘compañeros de viaje’ de momentos ‘revolucionarios’: psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, auxiliares, etc. irán perdiendo protagonismo –el poco que habían alcanzado en tiempos de críticas y cambios institucionales– en favor de los médicos-psiquiatras, una especialidad más de la medicina moderna. La integración

¹²⁰ Ya se había aprobado la zonificación sanitaria para Madrid que la dividía en 11 Áreas Sanitarias.

¹²¹ “La composición de este equipo director es sumamente heterogénea, ya que junto a psiquiatras claramente comprometidos con la reforma psiquiátrica se incorporan cuadros dirigentes de mentalidad Insalud, incluso del antiguo Patronato Nacional para la Asistencia Psiquiátrica, predecesor del AISNA, (PANAP) cuyo principal horizonte de reforma es la incorporación de la psiquiatría a los hospitales generales, creándose las unidades de hospitalización de agudos en los mismos y rechazando, de manera más o menos abierta, un modelo comunitario que pone el centro de gravedad de la asistencia en los dispositivos no hospitalarios” (Suárez, et al, 1998, p. 131).

¹²² “El nuevo modelo de formación no reproduce la formación académica (...), las actividades de formación caminan ajustadas a dicha realidad [sociosanitaria] inmediata, procurando mantener vivo el sentido crítico y la capacidad creativa de los profesionales” (Suárez et al., 1998, p. 131).

¹²³ “En España la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras las jefaturas de los hospitales clínicos” (Desviat, 2011, p. 434).

¹²⁴ Joaquín Santodomingo del Hospital La Paz, Tomás Palomo del Hospital 12 de octubre y Enrique Baca Baldomero del Hospital Puerta de Hierro.

de la ‘salud mental’ en el sistema sanitario se estaba dando a costa de ‘perder’ sus planteamientos más comunitarios por lo que salía reforzado el enfoque médico-clínico.

Este cierto ‘retorno del objetivismo médico’ (Castel, 1981) o el paso ‘de un pensamiento único a otro’ -del pensamiento biologicista en los 70 a la hegemonía de las neurociencias en la década de los 2000- (Menéndez, 2005), que se inicia en la segunda mitad de la década de los ochenta se irá extendiendo en los años noventa y posteriores.

La Asociación Madrileña de Salud Mental

En abril de 1989 se celebraron las segundas elecciones para la Asociación Madrileña de Salud Mental que contaron con una participación del 50% de los socios de la AEN en Madrid, lo que dice mucho a favor de la importancia de los intereses que ahí se movían para que se implicasen tantos profesionales¹²⁵. El hecho de que ganaran los ‘partidarios’ de la reforma frente a los más hospitalarios indica el apoyo que ésta concitaba o, al menos, la no identificación de la mayoría de los socios de la “AEN madrileña” (que eran la mayoría de los profesionales de la salud mental de los servicios públicos de Madrid) con los planteamientos más crítico-catastrofistas del ‘colectivo’ del Gregorio Marañón.

Se entrará ya en Madrid en la década siguiente con una Asociación Autonómica dirigida por el núcleo de profesionales¹²⁶ cercanos al PSOE y con una considerable división interna.

Jornadas sobre psicoterapia en instituciones públicas (1988)

Mientras se producían los primeros pasos de la Reforma Psiquiátrica en Madrid, desde los profesionales ‘de a pie’ se trabajaba para consolidar las nuevas prácticas asistenciales de los Centros de Salud Mental mediante actividades conjuntas de la Asociación Madrileña de Salud Mental y el Colegio de Psicólogos de Madrid. Ése fue el sentido fundamental de las Jornadas sobre psicoterapia en instituciones públicas organizadas conjuntamente por ambas instituciones¹²⁷. Según palabras de sus organizadores: “*nos guiaba una idea fundamental: la necesidad de ir reflexionando sobre nuevas prácticas asistenciales que dieran sentido a los cambios institucionales que se van produciendo en las instituciones públicas de salud. La transformación de las viejas instituciones de asistencia psiquiátrica implica, si no queremos que sea un moderno ‘lavado de cara’, la variación del punto de vista desde el que se observan los procesos alrededor del polo salud-enfermedad mental (extendiendo el polo biológico al nivel psicológico y psicosocial o comunitario) y, por supuesto, la implementación de creativas prácticas asistenciales que den respuesta de calidad a las demandas de atención en salud mental de los ciudadanos*” (Melendo y Duro, 1989). El tema elegido –la psicoterapia– nos habla de los intereses de algunos sectores dentro de estas instituciones

¹²⁵ Se presentaron en esta ocasión dos candidaturas. Una presidida por Sergio García Reyes, psiquiatra del Marañón, que aglutinaba los ‘restos’ de la Junta anterior ‘diezmada’ por los conflictos reseñados (el ‘grupo’ de Teresa Suárez ya no la apoyó y otros grupos tampoco participaron en esas elecciones) y la otra presidida por Mariano Hernández Monsalve que concitó los apoyos de sus valedores Desviat-Corcés y Prieto. Ganó esta última por 121 votos a favor y 73 en contra.

¹²⁶ En las elecciones de 1991 sólo hubo una candidatura presidida por Mariano Hernández y así en las elecciones sucesivas.

¹²⁷ En lo concreto fueron organizadas por la Comisión de Docencia de la AMSM formada por los psiquiatras José Jaime Melendo, Emilio Gamo y Bartolomé Freire y los psicólogos Rosina Vignale, M^a. Luz Ibáñez y Pedro Pérez y por el Área de Psicología y Salud de la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos formada por Pilar Ballester y Juan Carlos Duro.

de llevar los debates a las prácticas asistenciales concretas, más allá de discursos genéricos de cambios que, a veces encubrían la continuidad de las prácticas psiquiátricas tradicionales (psicofarmacología), al tiempo que pretendían mostrar la posibilidad de hacer 'otra cosa' en los tratamientos de salud mental en los que los protagonistas técnicos fueran los psiquiatras y los psicólogos en cierto plano de igualdad¹²⁸. Estos grupos de profesionales lideraban los modelos de grupo operativo, sistémicos y en general de orientación psicoanalítica que habían comenzado desde los primeros años de la reforma psiquiátrica a llevar a cabo experiencias psicoterapéuticas¹²⁹.

El discurso de los psicólogos profesionales

Una vez constituido el Colegio Oficial de Psicólogos a comienzos de 1980 se amplificó su voz en los foros relacionados con la salud y en torno a él se agruparon todavía más los psicólogos interesados en el campo de la salud comunitaria, algunos que habían comenzado a trabajar desde los recién constituidos ayuntamientos democráticos, otros con expectativas de trabajar en psicología clínica/social en torno a problemáticas de salud. De esa manera continúa organizándose y expandiéndose un discurso profesional ya iniciado con la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados, ahora con más horizontes de poder.

En esta década de puesta en marcha y consolidación de la organización colegial los discursos relacionados con la salud comunitaria auspiciados y asumidos por la joven asociación corporativa giran alrededor de los CPS/CMS de los Ayuntamientos y de los grandes proyectos de reformas: la Ley General de Sanidad y la Reforma Psiquiátrica.

Apoyo a los Centros de Promoción de la Salud

El Colegio de Psicólogos desde el inicio de los CMS/CPS había apostado por la potenciación del trabajo comunitario y por la inclusión del psicólogo en estas instituciones de nuevo cuño. La cercanía ideológica (y a veces hasta de conocimiento personal) entre los nuevos responsables políticos y técnicos de los ayuntamientos democráticos y los dirigentes del Colegio de Psicólogos facilitó el 'ajuste' de intereses entre un discurso político-ideológico de izquierdas que asume los planteamientos más progresistas en salud comunitaria

¹²⁸ "Pensábamos que hay un cierto prejuicio entre los profesionales acerca de la práctica de la psicoterapia en instituciones públicas probablemente como emergentes de una cierta ideología social interesada en la que la psicoterapia vaya indisolublemente unida a consultorio privado, coste económico y larga duración. Queríamos ir cuestionando, como contribución al proceso de transformación, dichos estereotipos sobre todo porque, poco a poco y cada vez más, muchos profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos principalmente) van acumulando novedosas experiencias de psicoterapia en muy diversas instituciones públicas" (Melendo y Duro, 1989, p. 3).

¹²⁹ Algunas de las ponencias más significativas que se presentaron en estas jornadas fueron: *Los grupos en salud mental comunitaria* presentada por los integrantes del Equipo de Grupos de los Servicios de Salud Mental de Getafe y de clara orientación de grupo operativo (Vignale et al., 1989), *La impronta de la institución sobre la psicoterapia y de la psicoterapia sobre la institución* de orientación sistémica y del Servicio de Salud Mental de Móstoles (Suárez y Rodríguez Sánchez, 1988), *Grupos de psicodrama freudiano en la institución pública* de las Unidades de Salud Mental de Carabanchel, San Blas y de los Servicios de Salud Mental de Móstoles que conjugan el psicodrama con el psicoanálisis lacaniano siguiendo a la escuela francesa de psicodrama psicoanalítico (Álvarez-Estrada, De Dios, Estrada, y Gamo, 1988), *Psicoterapia de grupo con esquizofrénicos en la asistencia ambulatoria pública* del CPS de Mediodía presentada por un 'viejo fundador' del Centro de Higiene Mental de Saconia -CEHIME- (González García, 1988), *Psicoterapia infantil: indicaciones y límites* del CPS de Vallecas (Vázquez, 1988) y *El largo aprendizaje de la psicoterapia breve* de los Servicios de Salud Mental de Salamanca-Chamartín (Álvarez, Freire, Pérez, Rodríguez, y Sánchez-Girón, 1988). De orientación cognitivo-conductual sólo hubo una ponencia y se refería al ámbito hospitalario sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa (Calvo, 1988).

(Conferencia de Alma-Ata) y un discurso psicológico que ha de combinar la reivindicación de puestos de trabajo (algo facilitado por la característica interdisciplinar de los nuevos enfoques en salud) y su presencia activa entre las fuerzas emergentes que reclaman voz en el proceso de reformas general del país (algo también facilitado por su alineamiento con los movimientos profesionales progresistas y su nacimiento en los nuevos tiempos democráticos).

Desde estas premisas el Colegio de Psicólogos, por una parte asumió como idóneo el planteamiento general de los CPS/CMS, –habida cuenta de que permitía ocupar alguna parcela de poder a los psicólogos– y por otra, inmediatamente comenzó a influir en la configuración de ese discurso para adaptarlo a los planteamientos más técnicos y corporativos que debía defender. De esa manera el Colegio, a la vez que expresaba su apoyo público a los ayuntamientos que habían lanzado estas iniciativas, y especialmente al Ayuntamiento de Madrid (Camarero, 1981a), que sufría los envites de las fuerzas más reaccionarias en su contra, criticaba la forma de acceso de los primeros psicólogos a los centros del Ayuntamiento de Madrid y se ofrecía a colaborar para sucesivas contrataciones (Camarero, 1981b).

El Colegio de Psicólogos en las oposiciones de los CPS

Este ofrecimiento fue aceptado para la primera convocatoria pública de oposiciones a CPS a celebrarse en 1984, cuyo temario¹³⁰ fue elaborado exclusivamente por el Colegio Oficial de Psicólogos quien participó activamente en el tribunal¹³¹ que juzgaba a los aspirantes a un puesto de trabajo de funcionario en el Ayuntamiento de Madrid¹³².

Incluimos los temarios como anexos para poder entender mejor los comentarios que hagamos al resaltar la importancia que tuvo para el desarrollo de la psicología en las instituciones sanitarias públicas de Madrid. Además en la *Guía del Psicólogo* de julio de 1982 el Colegio de Psicólogos anunciaba el complemento al temario con una bibliografía de libros y ‘literatura gris’¹³³ de la que se facilitaba la reproducción fotocopiada en el Colegio (Duro, 1982).

La asunción del temario sin ninguna discusión ni matización por parte del Ayuntamiento y la participación activa en el tribunal nos indica la ‘delegación’ que éste hizo en el Colegio de Psicólogos de buena parte del proceso de contratación de psicólogos, asumiendo esa confluencia de discursos que señalábamos anteriormente. Este hecho supuso que los psicólogos aprobados en estas oposiciones tuvieran un perfil profesional coherente con el discurso

¹³⁰ El Ayuntamiento disponía de un temario previo absolutamente tradicional, académico, psicologista y genérico, sin especial relación entre los temas y las presuntas funciones de los psicólogos en los centros. Frente a ese temario algunos psicólogos conductistas vinculados al Colegio (y políticamente a los dirigentes municipales de sanidad –PCE–), le habían ofrecido uno totalmente de orientación conductual vinculando el trabajo en los CPS con esa manera de entender la psicología en salud. Como ejemplo diremos que el primer apartado del primer tema era “Análisis funcional de la conducta”. Al asumir el Colegio la elaboración del temario, aunque se conocían los dos anteriores, se partió de otras premisas (por ejemplo no identificación de temas con una única orientación teórica), se desecharon los anteriores y se elaboró uno nuevo ‘consensuado por distintos ‘grupos’ de psicólogos.

¹³¹ Representando al Colegio de Psicólogos de Madrid estuvo su presidente, Adolfo Hernández, quien contó con el asesoramiento de Juan Carlos Duro en tanto responsable de salud de la Junta de Gobierno que él presidía.

¹³² El número uno de esta oposición fue Miguel Costa.

¹³³ “Con el fin de ayudar a la preparación del temario hemos preparado una bibliografía orientativa y forzosamente limitada, que responde a los criterios de ser asequible y de distintas orientaciones teóricas. La organización ha sido de libros por bloques de temas (...) y además artículos, ponencias y demás material referido a Centros de Salud y trabajo comunitario” (Duro, 1982, p. 3).

hegemónico en el Colegio de Psicólogos (preventivo y comunitario) y ‘representativo’ de los distintos modelos teóricos presentes en los círculos profesionales de la psicología clínica y social progresista de Madrid (modelos conductuales de psicología comunitaria y modelos vinculares-operativos de psicología social).

Nos interesa resaltar algunas cuestiones respecto al temario en tanto expresión de un discurso profesional que se pronunciaba en una situación de ‘conflicto institucional’. En su elaboración participaron de forma destacada psicólogos que ya trabajaban en los primeros Centros Municipales y de Promoción de Salud lo que permitía intentar adecuar el temario a lo que se esperaba que hicieran los psicólogos en estos centros alternativos (prevención, asistencia y promoción de salud). Se huyó así de un temario teorista y académico ajeno a las aplicaciones del trabajo profesional. Es por lo que la formulación de los temas incluía, además de los conocimientos teóricos correspondientes un apartado de ‘aplicaciones’ especialmente referidas a la ‘acción preventiva y comunitaria’.

La Universidad como tal no participó en su elaboración, aunque sí lo hicieron algunos profesionales que comenzaban a estar vinculados a ella. En esos años todavía la Universidad no había alcanzado el suficiente grado de institucionalización y reconocimiento social (al menos por parte de los sectores políticos de izquierda) como para hacer imprescindible su presencia y además los intereses de los profesores se encontraban bastante ajenos a una práctica profesional en salud comunitaria.

Los psicólogos profesionales que participaron¹³⁴ se adscribían a diferentes escuelas psicológicas en general y distintos modelos psicosociales para el trabajo comunitario, aunque todos mostraban su apoyo a, y entusiasmo con, el planteamiento de estas nuevas instituciones y en general con el enfoque comunitario en salud. La unión en lo ideológico global sin embargo no alcanzaba como para ‘serenar’ las diferencias en lo teórico-técnico. La adscripción a modelos determinados era vivida en esos momentos con una fuerte implicación personal y emocional lo que provocaba alta dosis de dogmatismo y descalificaciones a ‘los otros’. Las discusiones y enfrentamientos llegaron a altos grados de tensión probablemente superados por el acuerdo de base en cuanto a apoyar los CPS y en definitiva defender unos intereses comunes a la profesión que repercutirían, de una u otra manera, en el futuro profesional y laboral de cada uno de ellos, como en general así fue.

El resultado final fue ‘satisfactorio’ para todas las partes porque los temas recogían el tipo de conocimientos que se debían tener en función de la práctica profesional a desarrollar y se reconocía que: *“han sido enunciados de manera que cada opositor los enfoque según sus orientaciones ideológicas, teóricas y técnicas, por lo que la preparación de cada tema exige una labor individual (o por equipos) de síntesis y conjunción de aspectos teóricos y aplicación al trabajo en los CPS”* (Duro, 1982, p. 3).

En el discurso del Colegio de Psicólogos, podemos concluir, primaba un enfoque psicosocial en salud comunitaria en el que ‘se disputaban’ la hegemonía los modelos conductuales y de ‘grupo operativo’ sin que, en esta década, se diera una clara supremacía de uno sobre

¹³⁴ Miguel. Costa, Ernesto López, Mariana Segura, Alejandro Ávila, Luis Martín, Francisco Muñoz, Juan Carlos Duro, Encarna Vázquez, entre otros.

otro. El temario para las oposiciones del Ayuntamiento de Madrid fue un claro emergente de esta tensión entre modelos y profesionales y su redacción constituyó una fórmula de compromiso¹³⁵ entre los grupos de profesionales que participaron en su discusión.

Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud (1984)

Algún aval internacional nunca viene mal y, en su busca van al Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud, que se celebró en Cuba del 4 al 7 diciembre de 1984, un grupo de psicólogos españoles en cierto modo representativos de los distintos intereses dentro de la profesión¹³⁶. La destacada participación del grupo de españoles¹³⁷ mostró la pertinencia de los planteamientos de la psicología española en su aplicación a la salud comunitaria en la línea más vanguardista a nivel internacional (Duro, 1985), aunque en cuanto a los modelos concretos no todos tuvieron la misma audiencia¹³⁸. En cualquier caso la fascinación por lo caribeño, su alto nivel político-organizativo alcanzado con el Servicio Nacional de Salud cubano y la presencia de los psicólogos en el mismo (Duro y Vallejo, 1985) reforzó la 'lucha' por la inclusión del psicólogo en la sanidad pública española a todos los niveles, especialmente en la atención primaria de salud (Bermejo, 1985), ya que sus maneras de afrontar los problemas psiquiátricos/de salud mental dejaban mucho que desear desde las expectativas europeas 'antipsiquiátricas'¹³⁹.

El interés por la experiencia comunitaria de los CMS/CPS se expandía a otros lugares de la geografía española¹⁴⁰ desde donde se reclamaba la participación de los psicólogos

¹³⁵ El efecto negativo que tuvo para los 'oposidores' fue que los temas no se encontraban en ningún manual y tenían que elaborarlos ellos mismos lo que añadió dificultad a unas oposiciones ya bastantes conflictivas. La ventaja fue que no se exigía la adscripción a un modelo determinado por lo que aprobaron la oposición psicólogos que se adscribían a diferentes modelos teóricos.

¹³⁶ Entre los madrileños: Amalio Blanco, profesor de psicología social históricamente interesados por la psicología comunitaria y la salud y habitual colaborador del COP, Miguel Costa, psicólogo de los primeros CPS de orientación conductual y conocida militancia comunista, Juan Carlos Duro, psicólogo de los primeros CMS de orientación en psicología social y grupal operativa y responsable del área de salud del COP y Carlos Camarero, decano del Colegio Oficial de Psicólogos. Señalemos también por su relevancia en la psicología social y la salud la asistencia de Silverio Barriga, profesor de psicología social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. Del Colegio de Cataluña iba Lluís Maruny, Vicent Bermejo, de Valencia y de la Delegación de Andalucía Occidental, Felipe Vallejo.

¹³⁷ Todos los españoles participaron con ponencias, presidencias de mesas y seminarios satélites al Congreso. La ponencia presentada por Juan Carlos Duro, en tanto responsable del Área de Salud de la Junta Rectora del Colegio de Psicólogos de Madrid, se refería al Psicólogo en los Servicios de Salud de Madrid en sus diferentes niveles, enfatizando la innovadora experiencia de los CMS/CPS (Duro, 1984).

¹³⁸ Así, los planteamientos conductuales de M. Costa tuvieron mejor acogida en Cuba tanto por la cercanía de los planteamientos teóricos conductuales a las 'teorías' cubanas, como por la cercanía ideológico-partidista. Los contactos psicoanalíticos extraoficiales se redujeron a una entrevista de dos psicólogos, el catalán y el valenciano, con el único psicoanalista marxista de la isla, Juan Carlos Volnovich, argentino, y los contactos sobre grupos se limitaron a los comentarios sobre freudomarxismo en una visita a la Facultad de Psicología de La Habana con Manuel Calviño, un profesor de psicología social que a la larga participaría en grupos y actividades conjuntas con el Centre International de Recherches (CIR) a final de los ochenta y comienzos de los noventa. En años posteriores otra profesora cubana de psicología social, Mara Fuentes, se acercaría a los 'grupos operativos' llegando a formar parte del CIR y participando activamente en alguno de sus Congresos. Ambos, junto con otros profesores universitarios cubanos y profesionales latinoamericanos con vinculaciones a la isla (Volnovich, Marie Langer, Bauleo, etc.) propiciaron varios Encuentros entre Psicología marxista y psicoanálisis celebrados a partir de 1986. A ellos asistieron psicólogos y psicoanalistas argentinos, brasileños y mejicanos por ese orden de asistencia. Según testimonio personal de Buzzaqui, al II Encuentro celebrado en 1988 asistieron entre 400 y 500 personas. Los españoles participantes en estos Encuentros pertenecían mayoritariamente al CIR y al Centro Marie Langer de Madrid.

¹³⁹ Llamaba la atención la visita 'guiada' al mastodóntico Hospital Psiquiátrico de La Habana donde solían ofrecer un espectáculo musical a cargo de los internados cuyo tratamiento más presentable era lo que eufemísticamente llamaban laborterapia, es decir, la curación por el trabajo.

¹⁴⁰ Al menos en ayuntamientos como los de Zaragoza, Albacete y Murcia, que sepamos, se pusieron en marcha Centros Municipales de Salud siguiendo el modelo madrileño.

madrileños en Jornadas y Congresos. La novedad de la inclusión del psicólogo en los CPS/CMS abría la puerta a la inclusión del psicólogo en el sistema sanitario al plantearse éstos, a nivel de modelo, como la base de la futura reforma sanitaria. Si el psicólogo se iba incorporando a los centros de vanguardia su presencia sería un hecho consumado en el diseño de los nuevos centros de la Reforma Sanitaria. La experiencia de los CPS/CMS, en cualquier caso, aunque no prosperase mucho más, proporcionaba argumentos con base empírica, no sólo teórica, acerca de la conveniencia y factibilidad de la participación de los psicólogos (y de un enfoque psicosocial) en la salud comunitaria.

El apoyo del Colegio de Psicólogos a los CPS/CMS continuó durante estos años, aunque en la medida que la Ley de Bases Local de 1985 había dejado claro que los Ayuntamientos no tendrían competencias en materia de asistencia sanitaria se constataba que los CMS/CPS ya habían cumplido su papel histórico y el Gobierno Central y los Gobiernos de las Autonomías, en Madrid con ejecutivos del PSOE en las dos Administraciones, pasaban a coger el relevo.

El Colegio de Psicólogos continuaba su crecimiento cuantitativo y cualitativo celebrando su primer congreso estatal en 1984.

I Congreso del COP (1984)

Los debates y reflexiones sobre lo comunitario continuarán durante el I Congreso del COP celebrado en mayo de 1984 ya en ámbitos claramente diferenciados: salud y educación. Se va perdiendo el común denominador de 'lo municipal' y se 'recupera', aunque con matices, la psicología escolar y la psicología clínica en salud.

Comienza a introducirse un 'nuevo campo' en nuestro contexto: la psicología de la salud¹⁴¹. Ahora ya no será lo comunitario el 'nuevo paradigma' sino las múltiples posibilidades de intervención de los psicólogos en todo lo relacionado con la salud.

El Área 3 del Congreso que se denomina Psicología y Salud por su importancia y complejidad es coordinada por Carlos Camarero, decano del Colegio de Psicólogos, quien redactará la ponencia central del área, y en el comité técnico participan psicólogos de las dos orientaciones predominantes: conductismo y psicoanálisis¹⁴². Este Área se organiza en varias mesas coordinadas por psicólogos de las distintas orientaciones teóricas y en ellas tienen cabida temas más 'clínicos' y más 'comunitarios' pero representativos de todas las orientaciones y 'grupos' de influencia dentro de la nueva psicología desarrollada por los licenciados de hace diez años, aunque la orientación teórica del coordinador de la mesa marca de manera llamativa la orientación de las comunicaciones que en ella se presentan. Así los psicólogos de orientación conductual sólo presentan comunicaciones en las mesas coordinadas por los 'suyos' mientras que los de orientación 'dinámica y sistémica' se presentan en las otras. Dentro de esas 'otras' –no conductuales– la mayoría de las comunicaciones se pueden englobar bajo el paraguas del modelo operativo ya que muchos de los

¹⁴¹ Carlos Camarero (1985). informa de la constitución en julio de 1983 de un Grupo de Trabajo en la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) sobre Psicología de la Salud y Medicina Conductual cuyo coordinador para España es él mismo.

¹⁴² J. A. Carrobes y M. Costa del lado conductista y V. Bermejo, Alfons Icart y Pedro Pérez del psicoanalítico.

profesionales que trabajaban en ese campo, y que mantenían posturas activas en relación con el Colegio de Psicólogos, se agrupaban en esa orientación y las menos pertenecen al modelo sistémico¹⁴³.

Veamos algunas de ellas. En la mesa redonda que trata acerca de *las Funciones del psicólogo en los equipos de salud en la comunidad*¹⁴⁴ se presenta una comunicación sobre *El equipo de trabajo en Salud Comunitaria* de Consuelo Escudero¹⁴⁵ en la que se reivindica lo comunitario como ámbito de actuación procurando la participación de los ciudadanos por lo que la psicología social y especialmente los grupos y las instituciones será el referente para el trabajo en salud comunitaria¹⁴⁶. El trabajo en equipo interdisciplinar como grupo institucionalizado que tiene que responder a las demandas comunitarias, institucionales y grupales integrando los niveles asistenciales con los preventivos constituye el mensaje central de esta comunicación que se ubica así dentro de la tradición de la concepción operativa de grupo enfatizando uno de sus ejes teórico-prácticos: el trabajo en equipo en la salud comunitaria.

Otra comunicación en esta mesa fue la presentada por Begoña Olabarria sobre la *Aplicación de un modelo operativo de análisis en la relación equipo interdisciplinario en atención primaria-tarea*. Esta psicóloga del CPS de Carabanchel analiza, siendo integrante del equipo, algunos avatares de “los vínculos establecidos en el exterior y en el interior del equipo en relación a la tarea desarrollada aplicando el modelo operativo¹⁴⁷ de análisis” (Olabarria, 1984a, p. 33).

También Carrasco, psicólogo del CPS de Villaverde (Madrid) y formado con el Grupo Quipú de Psicoterapia, se refiere al trabajo realizado desde 1982 a 1984: “el marco teórico y técnico de la intervención que aquí se describe se basa en el modelo clínico y social, considerando el comportamiento humano (sano y enfermo) como emergente de una situación en la que convergen lo histórico individual y la relación vincular que se mantiene con el medio grupal, institucional y comunitario” (Carrasco, 1984, p. 27). Se trabaja en equipo interdisciplinario en tres áreas de intervención: comunitaria, institucional y grupal y en niveles de promoción de la salud, prevención y asistencia psicológica. El trabajo con grupos en actividades de educación sanitaria, grupos terapéuticos con encuadre cortos y objetivos

¹⁴³ Otras, su planteamiento no se inscribe en ningún modelo teórico explícito, aun cuando sí se posicione a favor del trabajo comunitario enfatizando los aspectos preventivo-educativos. Es el caso de la comunicación *Proyecto de intervención en salud sexual desde un Centro de Salud* (González y Lassaletta, 1984) en la que se plantea la intervención comunitaria en educación sexual a tres niveles (Educación, orientación y terapia sexual). Uno de esos psicólogos trabajará en el Centro Municipal de Salud de Arganda (Madrid) y la otra en una Unidad de Salud Mental del Insalud (Madrid).

¹⁴⁴ Coordinada por S. Carballo.

¹⁴⁵ Psicóloga del Servicio Psicopedagógico Municipal del Ayuntamiento de Getafe y miembro de la Junta Rectora de la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos desde 1982-1985.

¹⁴⁶ “La comunidad está compuesta por individuos naturalmente, pero vistos desde la psicología social estos individuos son ciudadanos. Es decir, integrados de diferentes maneras dentro de instituciones, grupos formales, informales, institucionalizados, miembros de un grupo familiar concreto, profesionales, etc. En cada uno de estos niveles ocuparán lugares diferentes, con responsabilidades diversas, según la tarea que cada organización lleve a cabo (...). La movilidad de las estructuras, procesos y roles; y la transformación paulatina de tareas en las instituciones y grupos, nos darán, por tanto el nivel de salud que es capaz de articular una comunidad. Esto es, el índice de participación que los ciudadanos pueden conseguir a diferentes niveles, dentro de su estructura social. Hablamos de individuos insertados en grupos e instituciones y su permanente deslizamiento de unos a otras” (Escudero, 1984, p. 23).

¹⁴⁷ La denominación de modelo operativo de análisis es la misma utilizada por Bauleo y De Brasi en Italia (Bauleo y De Brasi, 1986).

limitados y para la participación comunitaria son las actividades de primera elección para las poblaciones de riesgo.

En *El papel del psicólogo en el equipo y la marca del contexto de la institución* presentada por Pilar Vázquez, psicóloga y Andrea Mullor, trabajadora social del Centro Municipal de Salud de Móstoles (Madrid), se plantea el modelo sistémico como marco conceptual para intervenir en salud mental desde una nueva forma de observar los fenómenos teniendo en cuenta el contexto en el que se producen los trastornos y que producen la disfunción sistémica y sustituyendo el modelo lineal de causa-efecto por el de circularidad¹⁴⁸. También plantea la necesidad de tener en cuenta las marcas de contexto de las instituciones en las que trabajan los psicólogos a la hora de analizar y responder a las demandas que a él se le hagan. Otros dos trabajos que contribuían a la introducción del modelo sistémico en el contexto psicológico madrileño fueron los de Fernández Rojero planteando las bases filosóficas y epistemológicas por las cuales el enfoque sistémico supone una visión ecológica de los problemas humanos¹⁴⁹ y el de Teresa Suárez que se esfuerza por deslindar el enfoque sistémico de la terapia familiar como único campo de intervención para postularlo como un modelo de comprensión de la salud y enfermedad mental y una manera de entender el cambio terapéutico¹⁵⁰.

Continuando con trabajos de orientación operativa, en la mesa sobre *Metodología y programas de intervención en la prevención y atención primaria* coordinada por Juan Carlos Duro se presenta una comunicación sobre el *Programa de Salud Comunitaria con vejez*. Llevado a cabo durante tres años (1981-84) desde el Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid), se trataba de un programa de salud con los viejos de Majadahonda desarrollado en tres fases que incluía un trabajo individual, grupal, institucional e interinstitucional con tareas de prevención, promoción de salud, asistenciales, docentes y de investigación desde un enfoque de 'grupo operativo'¹⁵¹.

Otra de las comunicaciones trataba del *Aprendizaje grupal en la formación de técnicos sanitarios* y fue presentada por un equipo de psicólogos sociales de orientación operativa que habían realizado diversas actividades de formación con profesionales sanitarios a demanda de instituciones en proceso de cambio. La experiencia más intensa (en duración –tres años– y complejidad) fue la llevada a cabo con profesionales y médicos residentes

¹⁴⁸ "El enfoque de los sistemas cambia el punto de mira del profesional, amplía las posibilidades de su intervención y convierte lo que en el enfoque interdisciplinario es una suma de disciplinas en un producto totalizador" (Vázquez y Mullor, 1984, p. 26).

¹⁴⁹ "La **visión sistémica de la vida** se basa sobre la conciencia de la interdependencia de los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales (...). Desde el enfoque sistémico, **el concepto integral de salud** deja de ser un mero slogan político para convertirse en el único enfoque en armonía con las teorías científicas modernas. El estado de salud de un individuo dependerá fuertemente de su entorno natural y social" [negritas en el original] (Fernández Rojero, 1984, p. 151).

¹⁵⁰ "Por ello, querría retener, más allá de la focalización sobre el grupo familiar aquellos aspectos más diferenciales dentro del modelo sistémico en cuanto a la comprensión de la salud y enfermedad mental y en cuanto a la conceptualización del cambio terapéutico" (Suárez, 1984, p. 155).

¹⁵¹ "Sabemos que la dialéctica de la salud-enfermedad no depende sólo de la singularidad de cada viejo, sino también de determinadas estructuras que los producen, apoyan y/o encubren; por ello en este programa intervenimos en estas estructuras. Así de la asistencia psicoterapéutica a los viejos, pasamos a trabajar la promoción y prevención de salud a través de la tarea de psicohigiene en el club de la 3ª edad, interviniendo entonces en el ámbito institucional, para pasar a la tarea de docencia e investigación que apunta a la relación interinstitucional, a través de la constitución de un equipo interinstitucional e interdisciplinario" (Busturia, 1984).

de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro Especial de Medicina Comunitaria de la Ciudad Sanitaria 1º de Octubre en Madrid. La formación de esos residentes mediante la instalación de un dispositivo grupal que implicaba una sesión semanal trabajada con técnica operativa de grupo fue el núcleo central de su proceso de aprendizaje grupal. Este espacio grupal les permitía integrar todos los conocimientos y experiencias que iban recibiendo durante su último año de residencia al tiempo que tenía ‘otros efectos’ en ‘lo institucional’, en palabras de sus autores: “*en otros términos, no sólo se forman, aprenden los integrantes del grupo sino que el mismo trabajo grupal opera cambios en otros aspectos, como son las relaciones entre los profesionales y con la institución*” (Buzzaqui, Irazábal, y Lorenzo, 1984, p. 132).

Una nueva comunicación hecha desde la Concepción Operativa de Grupo fue *La entrevista familiar: su utilización en la clínica y en el trabajo psicosocial*. Se centra en la distinción entre el grupo familiar real y el grupo como objeto de estudio e intervención a través del ‘setting’ grupal que permite la creación del espacio posibilitador de insights a través de los señalamientos e interpretaciones del coordinador sobre la latencia grupal (Irazábal, 1984).

Por último en la mesa sobre “*Distintos modelos de intervención en el grupo familiar. Convergencias y divergencias*”¹⁵², Carballo, psicólogo del CPS de Carabanchel (Madrid), presenta *El modelo vincular-operativo en un trabajo comunitario sobre la estructura familiar*. A partir de una demanda comunitaria para atender a un vecino del barrio se realiza un encuadre grupal para analizar la demanda y una intervención a varios niveles (individual, de grupo familiar y con los vecinos). Los comentarios finales del autor dan cuenta del nuevo enfoque del trabajo en salud en el que enfatiza la complejidad del abordaje comunitario¹⁵³.

Las participaciones de los psicólogos de orientación conductual de Madrid en este congreso fueron escasas. Costa coordinó una mesa sobre “*Pareja y Familia. Consideraciones preventivas y de intervención*” en la que presentó una comunicación Olabarriá sobre un *Modelo operativo de intervención estructural en la pareja* (1984b). Los trabajos conductuales se encuadran en la mesa de *Psicología y Medicina* en la llamada medicina comportamental según lo planteado por Bayés (1984) en su comunicación *Los factores psicológicos en el proceso ‘salud-enfermedad’* cuando dice: “*el modelo que proponemos tiene su punto de arranque en Pavlov (...) y desearíamos situarlo dentro del marco de la denominada Medicina Comportamental*”.

El modelo sistémico se presentó con una comunicación de Marina Bueno (1984) con ese mismo nombre en la mesa de “*Modelos de intervención en psicología clínica*”.

De las conclusiones publicadas en cada Área destacan las de Psicología y Salud representativas del ‘consenso’ alcanzado por los distintos grupos de psicólogos que trabajaban en ese campo:

¹⁵² Coordinada por Begoña Olabarriá.

¹⁵³ “*Para acabar querría hacer dos breves comentarios que me sugiere el presente trabajo: 1.- El trabajo en Salud Mental en la Comunidad ha de contemplar, tanto en el nivel de la epistemología, como en la técnica y en la teoría la especificidad de este nuevo ámbito de actuación para el psicólogo. Este hecho exige, por tanto, la elaboración y desarrollo de modelos de intervención que permitan operar sobre una nueva realidad compleja: la comunidad. 2.- (...). El psicólogo con un modelo adecuado de intervención puede, en coordinación con otros profesionales, intervenir sobre ciertas situaciones que han sido tradicionalmente patrimonio de los médicos especialistas*” (Carballo, 1984, p. 274).

1. Necesidad de seguir investigando en cada una de las líneas de actuación y de trabajo, siguiendo una metodología científica rigurosa incluso en aquellos casos que sean experiencias únicas o personales.
2. Diferenciación y reconocimiento de la psicología clínica y de la salud como un campo profesional propio de los psicólogos que deberá redundar en una mayor eficacia de su intervención y también en una mayor producción social y comunitaria de la misma.
3. Necesidad de que el proyecto de Sanidad sea un instrumento de profunda reforma de la Sanidad española y que integre los distintos niveles de recursos, de forma que el psicólogo sea reconocido en el espacio que le corresponde como un técnico de la salud entendida de una forma integral e interdisciplinaria.
4. Promover el respeto y el diálogo entre distintos enfoques metodológicos y distintas formas de investigar y trabajar en el campo de la salud.
5. Exigir una formación especializada adecuada en el marco de las instituciones sanitarias, con dotación económica suficiente.
6. Las distintas experiencias e investigaciones aportadas reflejan un nivel muy alto de desarrollo en un área que puede enmarcarse bajo el epígrafe de Psicología y Medicina, que viene a dar respuesta a muchos problemas de salud que presentan los ciudadanos.

Los psicólogos en la política sanitaria

A la hora de analizar las influencias de los movimientos democráticos profesionales en el cambio del sistema sanitario español (tanto a nivel conceptual como político) tenemos que referirnos a los psicólogos como una nueva profesión que surge en el escenario social de los años 70, se desarrolla extraordinariamente en los 80 y se consolida nacional e internacionalmente en los 90. La mayoría de los psicólogos, como el resto de los ciudadanos españoles, apoyan individual y a través de sus organizaciones profesionales el pasaje, en primera instancia de la dictadura a la democracia y posteriormente el desarrollo y la consolidación de la misma. Es más desde sus primeros pasos hasta prácticamente mayo de 1993, cuando se producen las primeras elecciones a la Junta de Gobierno Estatal con la presentación de dos candidaturas diferenciadas, sus dirigentes habían pertenecido a partidos de izquierda. Muchos con vinculaciones militantes o de simpatía con el PCE, otros con partidos más minoritarios de orientación maoísta (Partido de los Trabajadores de España), o troskista (Liga Comunista Revolucionaria), los menos, relacionados con el Partido Socialista Obrero Español y otros incluso procedentes de organizaciones de tradición anarquista (CNT). En los años 80, aun cuando se produce un cambio radical en el panorama de las organizaciones de izquierda en España con la profunda crisis del PCE, la práctica desaparición de los grupos más a su izquierda y el espectacular aumento del PSOE que se nutre de militantes, y simpatizantes de las otras formaciones políticas de izquierda, los psicólogos comprometidos con 'lo social' se colocan en posiciones progresistas y de izquierda, aunque cada vez menos identificadas con ningún partido político en concreto.

Desde esta perspectiva histórica se entiende más las movilizaciones promovidas desde la Sección de Psicólogos del Colegio de Doctores y Licenciados¹⁵⁴, y las reivindicaciones y pronunciamientos desde el Colegio Oficial de Psicólogos.

Por lo que se refiere al campo de la sanidad el Colegio, además de las reivindicaciones efectuadas al Instituto Nacional de Previsión, desde 1973 mantiene sus posicionamientos sobre la sanidad como servicio público y gratuito y solicita la inclusión de los psicólogos en los distintos niveles de la atención a la salud a través de multitud de actos públicos, mesas redondas, jornadas, editoriales, etc. (Colegio de Psicólogos, 1983c, 1983d) en las que participaban psicólogos.

A propósito del Documento del Gobierno de UCD para la Reforma Sanitaria de 1980, que obtuvo el rechazo de los partidos políticos de izquierda, la postura de los psicólogos, esta vez por boca de Carlos Camarero¹⁵⁵, fue dura y contundente: *“es cuando menos chocante que a lo largo del documento se mencione la palabra o el concepto psicológico en numerosas ocasiones y que el profesional (...) no sea recogido explícitamente en los múltiples esquemas interdisciplinarios que se mencionan”* (Colegio de Psicólogos, 1980, p. 22).

Con motivo de las elecciones de 1982 el Colegio solicitó de los principales partidos que concurrían a las urnas sus programas en aquello que afectase a los psicólogos. Como suele pasar, sus promesas electorales en relación con la sanidad tenían bastantes puntos en común dentro de los tópicos y generalidades al uso en esos casos. Desde Alianza Popular (AP) hasta el Partido Comunista de España (PCE) pasando por la Unión de Centro Democrático (UCD) y el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), apostaban por la necesidad de un cambio global en la sanidad española que incorporase más aspectos preventivos (todos mencionando a la OMS como referente), la atención a la salud mental y en el que tuvieran cabida los psicólogos. Sin embargo se observaban, tanto por lo que proponían como por lo que no mencionaban, serias diferencias entre las distintas formaciones políticas. Yendo de la derecha a la izquierda y tomando a los cuatro partidos mayoritarios veremos lo declarado al Colegio de Psicólogos.

Alianza Popular parte de entender a la salud como desarrollo personal¹⁵⁶ y en cuanto al modelo sanitario se pronuncia por un modelo mixto donde la sanidad privada complete a la sanidad pública y en el que se incorpore la salud mental de una manera real y efectiva a los primeros escalones de una medicina primaria, con la incorporación de los profesionales especializados en este campo, psiquiatras, psicólogos, diplomados en enfermería, sociólogos, etc. Y por supuesto también en el marco general y hospitalario del país. Defienden la existencia de los hospitales psiquiátricos con un funcionamiento de comunidades terapéuticas donde se trabaje no sólo psiquiátricamente sino también psicológica, sociológicamente,

¹⁵⁴ Que por cierto también se caracterizaba en general por su oposición antifranquista y democrática sobre todo en la etapa dirigida por Eloy Terrón, militante en esos años del PCE.

¹⁵⁵ Colegiado nº 2 de Madrid fue el Presidente de la Junta Rectora de la Delegación de Madrid desde la constitución del Colegio desde 1979 hasta 1985, desde entonces fue el primer Decano de la Junta de Gobierno Estatal hasta 1987. Entonces se hizo cargo de la dirección de *Papeles del Psicólogo* hasta 1992 (Duro, 2003).

¹⁵⁶ *“En el sentido de que cada ciudadano tenga opción al desarrollo de todas sus posibilidades personales, tanto en el orden intelectual y profesional, como en relación a la gratificación de su vocación y a la oportunidad de ejercer su encuadre social (...). Ello exige una buena educación sanitaria de toda la población en el sentido de que participe y colabore en crear y desarrollar las estructuras sanitarias y sociales que faciliten este desarrollo personal”* (Ramírez, 1982, p. 6).

etc. Los ofrecimientos son tentadores: *“hemos llegado a la conclusión de que no existe una plétora de psicólogos, ni de médicos, no sobran (...) bastaría con una redistribución de puestos de trabajo: si a nivel de la sanidad local, a nivel comarcal se crearan puestos de trabajo no existiría exceso. Alianza Popular los crearía y no se incrementarían los costes del sistema sanitario, sino que habría una especialización de funciones que resultaría más eficaz y más económica”* (Colegio de Psicólogos, 1982a, p. 7). Así el Dr. Luis Ramírez, de su Comisión Nacional de Sanidad, se muestra de acuerdo con *“el planteamiento inicial muy bueno de los Centros de Promoción de Salud del Ayuntamiento de Madrid”* (Colegio de Psicólogos, 1982a, p. 7) aunque no está de acuerdo con los procedimientos de selección de los profesionales.

UCD, después de reconocer lo poco que han hecho en sus tres años y medio de gobierno plantea seguir desarrollando la Reforma Sanitaria que aprobaron en solitario en 1980 con la potenciación de la medicina preventiva y la asistencia psiquiátrica en centros propios de la Seguridad Social¹⁵⁷. Propone como acciones a corto plazo, entre otras: la Ley de Sanidad, un Plan Nacional de Educación Sanitaria, continuar la Reforma Sanitaria y Atención Primaria y prioridad a la prevención, creando una amplia red preventiva en las zonas urbanas y rurales.

Desde el PSOE plantean las siguientes medidas: incluir la salud mental dentro de la Seguridad Social y potenciar la asistencia extrahospitalaria. Potenciar y desarrollar las acciones de carácter preventivo. Aumentar los recursos humanos y materiales. Aumentar la calidad asistencial. Planificación global de atención graduada de asistencia sanitaria y planificar acciones paralelas tendentes a ir prescindiendo progresivamente de los actuales manicomios. Prometen la implantación de un nuevo sistema sanitario en un horizonte de 10 años. Aunque son muy ‘prudentes’ a la hora de prometer puestos de trabajo para los psicólogos: *“sería faltar a la honradez, si afirmara que el PSOE tiene un plan concreto cuantificado y calculado al máximo y al mínimo en cuanto a fechas sobre la incorporación del psicólogo al trabajo (...). El cambio de actitud de un gobierno socialista supondrá abrir el diálogo entre administración y psicólogos, no como enemigos, sino como dos colectivos dispuestos a buscar soluciones a los problemas de forma no maximalista ni dogmática. También olvidando ciertos planteamientos corporativistas o gremialistas”* (Fuentes, 1982, p. 12). Un ejemplo de cierta confusión en el entorno socialista sobre la práctica de la reforma psiquiátrica se puede ver en la defensa de este parlamentario toledano de la experiencia de Jaén que fue paralizada por la administración socialista, y en la poca convencida defensa de los centros dependientes de los Ayuntamientos¹⁵⁸.

¹⁵⁷ *“Tienen que existir consultas externas de la Seguridad Social en las que psiquiatras y psicólogos atiendan a los asegurados; hay que crear centros especiales para no tener que depender de las Diputaciones. La Seguridad Social tendrá que crear centros abiertos, rehuyendo el internamiento salvo en casos imprescindibles”* (Colegio de Psicólogos, 1982b, p. 15).

¹⁵⁸ *“Los Ayuntamientos en que detentamos responsabilidades han creado estructuras, a veces con una dosis excesiva de voluntariedad (sic) e insuficiente profesionalidad. Pero ya en 1981 comenzamos a aglutinar experiencias y a destacar una línea de acción coherente. Queremos acabar con el manicomio tal como ahora existe; incluso podemos ofrecer alguna experiencia piloto; en Jaén se sacó a los internados del centro, se los sacó a la calle; se los llevó a pisos, a centros pequeños, se los intentó integrar en la vida de los barrios con resultados que nos hacen sentirnos optimistas”* (Fuentes, 1982, p. 13).

Es el PCE el que, en la ronda de consultas hecha por el Colegio de Psicólogos, parece tenerlo más claro y concreto. En parte porque su portavoz, en este caso, es Sergio García Reyes, experimentado psiquiatra que se presenta a diputado por Madrid. Lo más significativo en sus propuestas, aparte de dar tratamiento de máxima urgencia a la aprobación de la Ley General de Sanidad que permita la integración de la salud mental en el sistema público y mejorar la atención primaria, lo encontramos en la propuesta de que la financiación corra a cargo del Estado a través de la implantación del Impuesto sobre el Valor Añadido y el énfasis explícito sobre la incorporación del psicólogo¹⁵⁹. Como era de esperar el PCE muestra con orgullo la creación de los Centros de Promoción de la Salud a cargo de la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid dirigida por un concejal comunista¹⁶⁰. Aparte de lo que supone de exagerada generalización y de atribuirse el mérito exclusivo, cuando el Ayuntamiento de Madrid estaba gobernado en coalición con el PSOE y presidido por el viejo profesor Enrique Tierno Galván, es indudable que el PCE fue un decidido impulsor de estas novedosas instituciones públicas de promoción de salud dependientes de muchos ayuntamientos en los que ellos tenían parte de la responsabilidad de gobernar. Sin embargo ya desde la misma campaña electoral no se ahorran críticas al PSOE en el modo tecnocrático de plantear la Reforma Psiquiátrica¹⁶¹. Estas críticas que volverían a aflorar en los próximos años las hemos visto anteriormente al relatar los conflictos de la salud mental madrileña con motivo de la gestión de la Comunidad de Madrid.

La actividad del PCE en esos años se completará con la presentación de una proposición no de ley al Congreso de los Diputados sobre prestaciones psiquiátricas en la Seguridad Social en la que se solicita la incorporación de psicólogos en los equipos de salud mental y en los Centros de Salud o Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria, así como enfatizar la educación para la salud en la atención primaria. A nivel hospitalario el PCE solicita la creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social y la introducción del programa PIR a semejanza del programa MIR en psiquiatría (Colegio de Psicólogos, 1983a).

El Colegio, a propósito de las elecciones, también convocó un ciclo de conferencias y una mesa redonda con los mismos partidos políticos ya citados siendo el PCE el único que envió como sus representantes a los psicólogos Miguel Costa y Amado Benito junto a Nar-

¹⁵⁹ *"El psicólogo debe incorporarse no sólo a los servicios específicos de salud mental –hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría de Hospitales Generales y programas de salud mental en atención primaria– sino también en otras actividades sanitarias participando en los diversos programas que puedan implementarse. El psicólogo debería incorporarse en las plantillas institucionales al igual que el médico previo periodo de aprendizaje clínico, con responsabilidad gradual, contrato de trabajo y remuneración adecuada. Sistema de residencia que deberá tener una rotación por diversos servicios y por centros de atención primarios"* (García Reyes, 1982, p. 10).

¹⁶⁰ *"Nosotros en la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid, hemos puesto el énfasis en la prevención, en la promoción de la salud, en el medio social en el que la persona está porque estamos convencidos que ahí se puede dar la batalla por la salud (...) quizás los únicos equipos multiprofesionales que hay en el país son los que existen en los Centros de Promoción de Salud del Ayuntamiento. En ellos los psicólogos han comenzado a encontrar una proyección a su trabajo, ya que la salud mental está implícita en toda la acción sanitaria del centro"* (Colegio de Psicólogos, 1982, p. 11).

¹⁶¹ *"El PSOE concibe una anulación mecánica de los manicomios; no propone ningún plan para su transformación. Nosotros pensamos que hay que elaborar no sólo el programa alternativo sino también el programa de transformación. No basta, por ejemplo, con que la Diputación cree el Instituto de Salud Mental; también tiene que hacer algo con el Psiquiátrico provincial (...) El PSOE tiene una concepción tecnocrática de cómo gestionar la salud. Por eso no existe graduación en su programa; tan sólo se proponen gestionar mejor la sanidad con un concepto de derechas y se olvidan de la participación del usuario, cosa fundamental en un programa alternativo de izquierdas de la sanidad"* (Papeles del Colegio, 1982a, p. 11).

ciso Torrente¹⁶² lo que indica la mayor relación y sensibilidad del PCE con la problemática relacionada con los psicólogos, al menos en esos momentos políticos, El PSOE mandó a un psiquiatra, José Antonio Espino, a un médico, Arturo Pérez Mota, director del Centro Municipal de Salud de Getafe y a un sociólogo Marcos Sanz (Papeles del Colegio, 1982).

De ahí que, por medio de las aportaciones en temas de salud de algunos de estos psicólogos vinculados al PCE, el Colegio de Psicólogos por momentos parecía identificarse con buena parte de esos planteamientos. Así en un número de Papeles de 1983 dedicado a la Reforma Sanitaria solicita un artículo a Costa y López, quienes exponen detenidamente lo que para ellos son las *Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de Salud*. En referencia al modelo psicológico reivindican las aportaciones de la Psicología Comunitaria, la Terapia o Modificación de Conducta y la Medicina Conductual¹⁶³. Desde el Colegio Oficial de Psicólogos, en tanto organización profesional de los psicólogos españoles se producen dos momentos importantes de toma de posición en relación a las reformas a nivel nacional propuestas por el gobierno socialista: acerca de la Ley de Bases de la Sanidad (posteriormente Ley General de Sanidad) en mayo de 1983 y a propósito del renombrado Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1986.

Criterios Generales para la Ley de Bases de Sanidad (1983)

Dentro de las consultas solicitadas a distintos colectivos profesionales por el primer gobierno socialista en el proceso de elaboración de la Ley General de Sanidad se encontraba el Colegio Oficial de Psicólogos. Su respuesta cobró forma en un Informe público dirigido al Ministro de Sanidad Ernest Lluch titulado *Criterios generales para la Ley de Bases de la Sanidad desde la perspectiva de los psicólogos* (Camarero, 1983). En dicho Informe¹⁶⁴ se recoge de manera exhaustiva la posición del Colegio de Psicólogos organizada en varios apartados. En primer lugar se remarca el creciente interés en España por el cuidado y la defensa de la salud, explicado tanto por la pervivencia de un modelo sanitario anacrónico como por la participación ciudadana y democrática en la elaboración de proyectos alternativos, es ahí donde se reivindica el protagonismo de la psicología¹⁶⁵. Es opinión del Colegio que sólo se pueden articular los servicios psicológicos al servicio de los ciudadanos si todo el nuevo sistema sigue unas líneas generales:

¹⁶² Este cirujano del Hospital de La Princesa sustituyó en 1981 a José Francisco Plá como Concejal de Sanidad en el Ayuntamiento de Madrid a raíz de la expulsión del PCE de algunos de sus dirigentes que formaban parte del Gobierno municipal en coalición con el PSOE del viejo profesor Tierno Galván. A la mesa redonda de 1975 en la Sección de Psicólogos del Colegio de Doctores y Licenciados también asistió Narciso Torrente.

¹⁶³ “Gracias a todo ello, es ya posible comenzar a comprender el comportamiento humano sobre bases científicas pudiéndose obviar las referencias especulativas y precientíficas que, por desgracia, todavía perduran en muchos responsables políticos, institucionales e incluso, lo que es más grave, en profesionales de las ciencias humanas. El psicólogo que se atenga con el máximo rigor a los principios contenidos en las disciplinas de la Ciencia de la Conducta (Psicología del Aprendizaje, Psicología de la Comunicación, Psicología Social Comunitaria, Psicofisiología, Farmacología del comportamiento, Psicología del Desarrollo, etc.), (...) puede y debe incorporarse a un equipo interdisciplinario que trabaje en el cuidado y defensa de la salud” (Costa y López, 1983, p. 13).

¹⁶⁴ Es de señalar que buena parte del contenido de este documento está tomado literalmente del trabajo de Costa y López antes citado y de un informe interno de Juan Carlos Duro hecho ad hoc como miembro de la Junta Rectora del Colegio de Psicólogos de Madrid (Duro, 1983).

¹⁶⁵ “Creemos que los psicólogos y la Psicología como Ciencia deben incorporarse de lleno a este movimiento en defensa de la salud y a la tarea de construir un nuevo modelo sanitario, aportando nuestro específico nivel de análisis y competencia profesional” (Camarero, 1983, p. 5).

a) El valor básico de la política sanitaria ha de ser la salud y no la enfermedad; por lo que ha de incluirse junto al nivel asistencial, la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y la reinserción social.

b) La salud ha de ser entendida de una manera integral asumiendo los niveles físico y psicológico en su contexto social, tanto del individuo como de las familias, los grupos, las instituciones y la comunidad en su conjunto.

c) La atención a la salud es un derecho de todos los españoles (Art. 43 de la Constitución Española) al que deben tener acceso con absoluta igualdad como Servicio Público gratuito, integrado y coordinado en sus diferentes niveles.

Evidentemente y en la misma dirección que el movimiento psiquiátrico y el resto de los sanitarios progresistas, el Colegio de Psicólogos toma partido por un Servicio Nacional de Salud que priorice la Atención Primaria en Salud, según las directrices de Alma-Ata (OMS) en el que estén articulados cauces de participación ciudadana tanto en la gestión de las instituciones como en el cuidado de su propia salud.

Desde la perspectiva colegial las funciones profesionales específicas dentro de un equipo interdisciplinar pueden comprender aspectos de prevención, diagnóstico, terapéutica, rehabilitación, investigación y enseñanza, así como asesoramiento para la planificación y evaluación de los planes sanitarios.

Es interesante resaltar el énfasis que se pone en ‘abrir’ la intervención del psicólogo de la atención asistencial individualizada a la intervención preventiva y educativa con las familias, los grupos, las instituciones y la comunidad en general¹⁶⁶. También llama la atención el que en un Documento de este tipo se incluya un apartado que hable del papel de los psicólogos que ha de reunir, a juicio del Colegio, las siguientes características: autonomía y especificidad para el desempeño de su trabajo sin estar supeditada su función a ningún otro profesional en tanto que tal¹⁶⁷, interdisciplinaridad, homologación (en cuanto al tipo de contratación y retribuciones), relevancia social, la investigación y la intervención en función de la demanda social y las problemáticas específicas más relevantes en cada momento y rigor profesional, fomentando la formación, el reciclaje y la evaluación.

Anunciando lo que será en años venideros un interesante debate en el seno de la profesión sobre la intervención en ‘salud’ o en ‘salud mental’, ese Informe agrupa las intervenciones del psicólogo en dos apartados: la atención a los problemas psicológicos, en cualquier problema de salud y la atención a los aspectos psicológicos. En el primer caso la atención se extiende a la educación sanitaria, al asesoramiento de otros profesionales y en la organización y funcionamiento de las organizaciones sanitarias, a la orientación psicológica y al diagnóstico y tratamiento de problemas relacionados con la asistencia hospitalaria general. Podemos decir que este tipo de funciones se aproxima a las englobadas unos años más tarde como Psicología (Social) de la Salud. En el segundo se refiere a lo definido por la

¹⁶⁶ “En cuanto a las instituciones y programas de atención a la salud el ejercicio profesional del psicólogo se desarrollará en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario” (Camarero, 1983, p. 6).

¹⁶⁷ Obviamente se refería implícitamente a la tradicional relación de dependencia del psicólogo respecto al psiquiatra.

OMS como salud mental, que a su vez coincide con lo planteado en el contexto más psiquiátrico por la AEN. Al utilizar salud mental en el sentido amplio, su atención debe abarcar los componentes psicológicos en los distintos niveles sanitarios del Servicio Nacional de Salud¹⁶⁸. Vemos en este apartado la coincidencia de recomendaciones con lo que será recogido dos años más tarde en el Informe para la Reforma Psiquiátrica. Temas como la integración de recursos y la eliminación de redes paralelas, la financiación a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, la organización de los servicios sociales, educativos y judiciales en lo que concierne a la salud mental y la gestión cercana al ámbito municipal con la participación de usuarios y técnicos son puntos de unión con otros movimientos profesionales democráticos y progresistas. Acaba este Informe con las funciones del psicólogo en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria entre las que destaca por su novedad la Educación y Promoción de la Salud¹⁶⁹.

Así se pronunciaba el Colegio de Psicólogos en los prolegómenos de la Ley General de Sanidad en 1983 que como veremos no satisfizo suficiente a este colectivo y en la misma línea se reafirmaba en un editorial de septiembre de 1983 titulado *Salud y Psicología*¹⁷⁰.

Durante la existencia de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el período de funcionamiento más contestado del INSAM y los 11 borradores de la Ley General de Sanidad, es decir 1983 y 1984, el Colegio Oficial de Psicólogos asiste algo atónito a los acontecimientos políticos del país al comprobar la escasa capacidad de operatividad política del Ministerio de Sanidad que sucumbe a las presiones de los grupos de poder contrarios a la

¹⁶⁸ "En este marco, la salud mental se integrará en el SNS como un subsistema, abarcando desde la asistencia primaria hasta los distintos niveles de intervención (...). La planificación sanitaria para la salud mental tendrá que ser: completa, sectorial, comunitaria y multidisciplinar (...)" (Camarero, 1983, p. 7).

¹⁶⁹ "Dentro de la nueva concepción de salud es importante potenciar el cambio de actitudes de la población respecto a su ancestral pasividad y dependencia de los técnicos de manera que los ciudadanos emprendan un proceso de autocuidado de su salud. Ésa es la tarea de la educación para la salud donde el psicólogo, además de aportar contenidos sobre los distintos aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, ha de aplicar y posibilitar que otros profesionales lo hagan con las técnicas idóneas que favorezcan el cambio de actitud antes citado. En esa línea el psicólogo es un profesional indispensable en la formación de agentes de salud, es decir aquellas personas que por su responsabilidad o rol social tienen una participación importante en la vida comunitaria. Las Escuelas de Padres, grupos de discusión, seminarios, grupos operativos, trabajo con profesores, con Asociaciones de Vecinos, medios de comunicación, etc., son ejemplos de colectivos de relevancia social con quienes llevar a cabo la educación para la salud y su promoción. (...) La inserción de psicólogos en programas y campañas de prevención deberá aumentar su eficacia y, por ello, el nivel de salud de la población. Igualmente la intervención en las distintas instituciones de la comunidad (enseñanza, ocio y tiempo libre, etc.) permitirá elevar el nivel de salud de los ciudadanos (...). También la investigación para los diagnósticos de salud y los problemas epidemiológicos, la docencia con psicólogos postgraduados y otros profesionales de la Atención Primaria se destaca como una tarea del psicólogo junto a la actuación coordinada y complementaria con Atención Primaria en la detección de problemas psicológicos, en la actuación en salud materno-infantil, en planificación y orientación familiar y en salud mental. Para el ámbito hospitalario ya desde diferentes departamentos ya desde el Servicio de Psicología se reivindica la atención psicológica a personas ingresadas y el análisis psicológico institucional a fin de promover la salud intrahospitalaria, prestando especial atención a las relaciones humanas del equipo asistencial y de éste con las personas ingresadas" (Camarero, 1983, p. 8).

¹⁷⁰ "Definan, sobre todo un nuevo modelo que parta de unas bases distintas a las del actual (...). La medicina exclusivamente curativa que se ha venido practicando en España está mostrando día a día su inadecuación para resolver los problemas de salud y enfermedad (...). Hay que hablar de salud, no sólo de enfermedad (...) situándose en la contemporaneidad. Un enfoque contemporáneo del problema integrará en la salud lo físico y lo psicológico con el contexto social; se referirá, al estudiarla, tanto al individuo como a la familia, tanto a los grupos como a las instituciones, a la comunidad en su conjunto. Un nuevo modelo sanitario tendría que tener como objetivo fundamental la promoción de la salud. Lo asistencial se complementaría con la prevención, la rehabilitación y la reinserción social. Al necesario giro de la política sanitaria, que acerque tal modelo, los psicólogos y la psicología tenemos un capital de primer orden (...). Salud y ciencias del comportamiento tienen más puntos en común de los que ciertas profesiones sanitarias reconocerían. Éste es el momento, cuando se va a elaborar una Ley Básica de Sanidad, de recordarlo" (Colegio de Psicólogos, 1983c).

Sanidad pública liderados por el Consejo General del Colegio de Médicos. Este hecho, junto al desplante del Ministro de Sanidad que no acudió a la anunciada inauguración del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos en 1984, hizo que se reavivaran profundas heridas corporativas reflejadas en el editorial de noviembre de 1984 titulado *La Reforma Psiquiátrica no es la Reforma en Salud Mental*¹⁷¹.

Dentro del colectivo de psicólogos aparecen otras voces organizadas, es el caso de un sector de psicólogos vinculados al PCE quienes se manifiestan en la misma línea crítica y desilusionada. Costa y López, esta vez junto con Amado Benito, escriben –en mayo de 1985 en un nuevo número dedicado a la Psicología y Reforma Sanitaria en la revista del Colegio de Psicólogos– un artículo titulado *Los psicólogos y la política sanitaria*. De nuevo desde planteamientos políticos que continúan las directrices establecidas por el PCE en sus Jornadas Sanitarias (1978 y 1982), los autores critican la política sanitaria que estaba llevando a cabo el PSOE basándose en cuatro puntos: el énfasis continúa centrado en el hospital. La incapacidad política de integrar en una sola red pública los diferentes servicios sanitarios. El abandono de la Reforma y/o cambio del Sistema Sanitario como objetivo prioritario y la marginación de la comunidad. En base a esta situación y a la poca consideración que el gobierno socialista mostraba hacia las recomendaciones enviadas por el Colegio de Psicólogos los autores, a dos años y pico de aquellos momentos de euforia sentimental, confiesan sentir: “*extrañas e inquietantes sensaciones. La primera de carencia de algo: algo tan importante como la Ley General de Sanidad (...), la segunda de decepción (...) de lo que conocemos no encontramos una sola referencia explícita a los psicólogos, la Psicología o las variables psicológicas (...). Por último una tercera de desconfianza: ante tanta promesa incumplida y abandono de principios ideológicos y políticos que inspiraron la promesa electoral del Servicio Nacional de Salud ¿es posible seguir pensando que los psicólogos tendrán presencia en los servicios de cuidados de la salud?*” (Benito, Costa, y López, 1985, p. 32).

Sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

Tres años después del anterior pronunciamiento, el Colegio de Psicólogos emite un Informe *Sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* esta vez firmado por la Delegación de Madrid de cierto tono crítico¹⁷², a pesar de haber participado en su elaboración la vicedecana del Colegio estatal¹⁷³. Comienza el informe con un reproche de falta de voluntad política al Gobierno del PSOE que ya comenzaba a generalizarse

¹⁷¹ “*Estamos asistiendo impávidos a la dejación de las funciones mínimas que esperamos desarrollaría el Ministerio de Sanidad (...) como siempre estamos asistiendo a la ceremonia que dirige el mismo grupo de presión: un sector del colectivo médico que controla la sanidad en España (...). En la Reforma Psiquiátrica (dicen psiquiátrica, no de salud mental) cuyos mentores son más rojos [negrita en el original] que el propio ministro no se deja juzgar a los Colegios Profesionales porque con toda seguridad propondrían exigencias corporativas. Pero los psiquiatras (que son médicos) ya están representados por el presidente del Colegio de Médicos (...). Es decir, que a quien no se quiere dar cancha es únicamente a aquellos Colegios que no sean Médicos (...). Al final del siglo XX ya el alma no es sólo de Dios, sino de los médicos y, en nuestro caso, más concretamente de los psiquiatras*” (Colegio de Psicólogos, 1984).

¹⁷² En el Colegio de Psicólogos se mantenía una cierta actividad crítica respecto a los planteamientos de reforma psiquiátrica que se iban observando. En ese contexto se realizó, conjuntamente con la AEN, un grupo de trabajo con Robert Castel sobre “*Análisis críticos de los enfoques comunitarios en salud mental*” en junio de 1986.

¹⁷³ Este mismo hecho es criticado en este documento ya que la participación de esta psicóloga como del resto de los vocales fue a título individual y no como representante institucional que era como aparecía en el documento final. (Iribar, 1983)

en aquellos años¹⁷⁴. El tono crítico era exponente de la decepción y desilusión de buena parte de esos diez millones de votos que dieron tan espectacular triunfo electoral al PSOE en 1982.

Volviendo al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el Colegio valora positivamente el hecho de su existencia, la inclusión de la salud mental dentro del marco general de la atención a la salud, el que sirva de guía para todas las administraciones con competencias en salud mental y el modelo de Servicios de Salud Mental y Atención Psiquiátrica que en él se plantea. A este respecto se destaca también el énfasis en la atención en la comunidad y en unidades de hospitalización de hospitales generales, la inclusión de otros profesionales, como los psicólogos, en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental y la necesidad de modificar los planes de formación creando otros nuevos para profesionales de la psicología en el área clínica y de salud mental. Por el contrario se critican algunos aspectos reflejados de manera ambigua, omitidos o que simplemente responden al viejo modelo psiquiátrico que se pretende superar. Estos son: la preponderancia del psiquiatra como profesional protagonista en detrimento del resto de los profesionales. Cierta infravaloración de los problemas psicológicos ‘menores’ de los que, en parte, se puede ocupar el equipo de atención primaria (médico general, pediatra, ATS y asistente social) y la denominación de Unidades Psiquiátricas del Hospital General que parece indicar la no inclusión del psicólogo para la psicopatología ‘dura’, como así sucedió efectivamente.

Otras cuestiones que están en el candelero entre los psicólogos clínicos/de la salud es la pertinencia de reivindicar su inclusión directa en el Equipo de Atención Primaria ó, incluyéndose en los Servicios de Salud Mental, potenciar el trabajo conjunto con atención primaria, según planteaba el informe para la Reforma Psiquiátrica. Sin pronunciarse por uno u otro modelo el Colegio apoya la prioridad de trabajar apoyando estrechamente la atención primaria en el ámbito comunitario¹⁷⁵. Otro aspecto que señala el informe del Colegio se refiere a las unidades psiquiátricas en los hospitales generales y la indefinición de sus funciones, así como a la discusión abierta en el colectivo de psicólogos sobre su posible inclusión en la misma de los psicólogos de otros servicios, o la agrupación de todos los psicólogos en un Servicio de Psicología. Finalmente se apoyan las recomendaciones operativas de la Comisión reforzando que la contratación de psicólogos debería ser más explícita y referirse tanto a los equipos especializados de salud mental comunitarios como hospitalarios.

Dentro de las primeras reacciones ante la aparición del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la aprobación de la Ley General de Sanidad el Colegio Oficial de Psicólogos publicó dos números con sus *A fondo* dedicados a la salud mental en

¹⁷⁴ “Los primeros borradores de la Ley General de Sanidad (...) fueron progresivamente devaluándose gracias al selecto oído del Gobierno hacia las fuerzas más reaccionarias y corporativas de las profesiones sanitarias (Organización Médica Colegial, por ejemplo) y a la política de oídos sordos hacia aquellas fuerzas sociales, ciudadanas y profesionales comprometidas con el cambio prometido por ese mismo gobierno (...). En resumen la Ley General de Sanidad ya aprobada por el Parlamento es insuficiente, ambigua y con lagunas importantes (...). Hemos de lamentar la falta de voluntad política del actual Gobierno en propiciar el cambio en lo que al sistema sanitario se refiere (...) y, más concretamente, en la reforma de la asistencia psiquiátrica” (Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, 1986, p. 38).

¹⁷⁵ “Consideramos imprescindible la potenciación del trabajo de coordinación, apoyo y formación con la atención primaria sanitaria y otras instituciones comunitarias en la línea de incluir efectivamente los aspectos psicológicos y sociales del proceso de salud-enfermedad en los distintos niveles de atención a la salud (prevención, promoción, asistencia y rehabilitación)” (Delegación de Madrid del Colegio oficial de Psicólogos, 1986, p. 38).

los que se exponen el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y los Documentos del Colegio y de la AEN sobre el mismo, así como artículos referidos al estado de la Reforma de Salud Mental en varias Comunidades Autónomas, Madrid entre ellas. En la presentación del primer número los compiladores, además de presentar el contenido de los dos números, remarcan la recomendación de la Comisión de crear equipos especializados de salud mental comunitaria y de apoyo a la atención primaria y su seguimiento por parte del Insalud que pone en marcha 50 Unidades de Salud Mental en el territorio español (Ballester, Duro, y Carballo, 1986) y en el editorial del segundo número el Colegio reafirma la necesidad del reconocimiento sanitario ante la no exención del pago del IVA en la práctica privada de los psicólogos con la aseveración de que *Los psicólogos somos profesionales de la salud*. En este editorial se pide la puesta en marcha, “sin más dilación injustificable”, de los dispositivos de salud mental comunitaria y de las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales con la inclusión de psicólogos y del Programa PIR, al tiempo que se aplaude sin reservas la creación de plazas en el Insalud, la Comunidad Autónoma de Asturias y en Andalucía. De especial trascendencia se califica la creación de 28 plazas de psicólogos en prácticas (‘PIR’) en las instituciones de salud mental en la Comunidad Andaluza.

Con un espíritu más crítico y radical se manifiesta en 1986 un grupo de psicólogos agrupados en torno al autodenominado Colectivo Psicólogos 2000¹⁷⁶. Este colectivo de psicólogos, de los que no conocemos más pronunciamientos públicos¹⁷⁷, arremeten contra lo que consideran la base política de la parca Reforma Sanitaria, a saber el problema de falta de presupuestos para la sanidad presentado por la Administración como racionalización del gasto público. Entienden que la redacción definitiva de Ley General de Sanidad se puede considerar casi como un triunfo del poder corporativo de los médicos y de la industria farmacéutica aniquilando el proyecto inicial de un Servicio Nacional de Salud único, universal y gratuito, financiado por los presupuestos generales del Estado, participativo y descentralizado.

No queda mejor parado¹⁷⁸ el Informe para la Reforma Psiquiátrica el cual con sus ambigüedades e inconcreciones hacen pensar que: “*si el psicólogo no es un profesional de lujo en la atención a la salud mental, desde luego sí aparece como un profesional dudosamente útil o un compañero incómodo*” (Colectivo Psicólogos 2000, 1986).

¹⁷⁶ Perfilaron la última redacción del artículo Aláez, M.; Benito, A.; Díaz, R. y Gómez, F., integrantes del Colectivo Psicólogos año 2000 en lo que podemos denominar ‘restos de las fuerzas de la cultura’ del periclitado PCE.

¹⁷⁷ Ese colectivo había dirigido, un año antes, una especie de manifiesto a la Junta Rectora del Colegio de Psicólogos de Madrid con el título de *Queremos participar* a propósito de la celebración de las segundas elecciones en la Delegación de Madrid en el que, recuperando las consignas de los primeros años de la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados, aboga por el debate sobre el tipo de organización profesional ¿científica o corporativa? y por el compromiso social ante las nuevas problemáticas presentes como la paz y el desarme. Para ver la orientación de este Colectivo es significativa la referencia que hace a Holland “*un psicólogo que ha abandonado la neutralidad de la ciencia y se ha metido en la lucha por la justicia*” (Colectivo Psicólogos, 2000, 1986, p. 5).

¹⁷⁸ Tampoco el Colegio Oficial de Psicólogos se salva de esta serie de andanadas críticas ya que también a él se le reprocha no haber sido más sensibles (se debe entender beligerante) ante temas como la misma Ley General de Sanidad, La Ley del aborto, o la de las Incompatibilidades. “*El psicólogo sigue siendo un interrogante ó una referencia nebulosa para la Administración y se siguen aparcando/olvidando los aspectos psicológicos y comportamentales de la salud individual y colectiva. Las organizaciones representativas de la profesión deberían retomar un carácter más reivindicativo/ esclarecedor y ampliar la demanda sobre el lugar-rol del psicólogo a las distintas instancias administrativas relacionadas con la salud pública (...)*” (Colectivo Psicólogos 2000, 1986, p. 6)

Con este aluvión de críticas comienza a desarrollarse en España la Ley General de Sanidad y la Reforma Psiquiátrica. El Colegio de Psicólogos, apenas seis años después de su creación, va ocupando un espacio social de opinión sobre la salud con un discurso institucional de apoyo crítico a los proyectos de reformas institucionales.

Conferencia Europea de Educación para la Salud (1987)

En marzo de 1987 se celebró en Madrid la I Conferencia Europea de Educación para la Salud organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo bajo los auspicios de la Unión Internacional de Educación para la Salud.

Esta Conferencia por un lado se inscribe dentro del apoyo internacional que está recibiendo la Reforma Sanitaria española, en este caso en lo referido a la educación para la salud, y por otro es un emergente del interés de muchos profesionales sanitarios en las nuevas tendencias 'psicosociológicas' relacionadas con la educación para la salud y especialmente enmarcadas en el trabajo comunitario y en atención primaria.

Estamos en los años de firmas de Convenios entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad para la puesta en marcha de la educación para la salud en la Escuela, de 'auge' de los proyectos de atención primaria y de iniciativas de educación para la salud en diversas Comunidades Autónomas (Andalucía, Navarra, Aragón, etc.).

Exponentes de estos trabajos que se realizaban a lo largo del Estado Español se presentaron en esta I Conferencia Europea. Entre ellos reseñaremos las comunicaciones referidas a Madrid y a la salud comunitaria¹⁷⁹ (U.I.E.S., 1987)

R. Aguirre de la Unidad de Educación Sanitaria de la Comunidad de Madrid presentó *Participación Comunitaria en relación al SIDA. Análisis de una experiencia. Perspectivas* en donde expone el seguimiento que del SIDA se hizo en la Comunidad de Madrid durante 1985-1986 a partir de un análisis desde el punto de vista clínico-epidemiológico y también desde el punto de vista psicosocial y desarrollando las estrategias que hacen referencia a la participación comunitaria y al desarrollo de grupos de autoayuda.

Botella y Ortiz del Centro de Promoción de la Salud del Distrito Centro del Ayuntamiento de Madrid hablaron sobre *La Educación para la Salud en la población toxicómana* como método de prevención de enfermedades en este grupo de usuarios, al igual que sobre un *Programa de hipertensión arterial: importancia de la Educación para la Salud en la modificación de hábitos y en el autocuidado* (Botella y Ortiz, 1987b) y sobre un *Taller de alimentación para Agentes de Salud en el Distrito Centro de Madrid* (Botella y Ortiz, 1987c).

Busturia presentó *La información-formación-práctica en un Programa de Salud Comunitaria con Vejez* a partir de una experiencia interinstitucional e interdisciplinar coordinada por el Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid).

¹⁷⁹ Bartoli, antropólogo de la Universidad de Perugia y vinculado al Centro Experimental de Educación Sanitaria de esa ciudad italiana, presentó una comunicación sobre *La dimensión de futuro de la Educación para la Salud* 'reforzando' la influencia del 'modelo perugino' en nuestro país. También Briziarelli y Mori del mismo centro presentaron otros trabajos.

Carrasco y Puig de la Bellacasa del Centro de Promoción de Salud de Villaverde (Madrid) expusieron un *Estudio de la efectividad del empleo de dos técnicas grupales en la Educación para la Salud* a partir del trabajo con grupos de padres.

Civantos Ojembarrena, Elvira, y García presentaron *Una experiencia de Educación para la Salud en 4 colegios públicos del Distrito de Vallecas* y los mismos autores con Ferrer *Estudio sobre el método de Educación para la Salud utilizado en las campañas de vacunación escolar anuales realizadas en el Distrito de Vallecas*, ambos trabajos llevados a cabo por el Centro de Promoción de Salud de Vallecas (Madrid) en colaboración con otras instituciones de la zona.

El Equipo de Salud del Centro de Promoción de Salud de Tetuán (Madrid) presentó el *Programa de Educación para la Salud en salud bucodental* basado en el Modelo de Creencias de Salud y en la Teoría del Aprendizaje Social.

Estébanez y Botella del Centro de Promoción de la Salud del Distrito Centro de Madrid presentaron *Educación para la Salud como actividad prioritaria en todas las funciones del CPS de Centro* en la línea marcada por la Conferencia de Alma-Ata para atención primaria.

Profesionales del Centro de Promoción de Salud de Vallecas (Madrid) presentan *Educación para la Salud Materno-Infantil: una experiencia de trabajo grupal* en el que se exponen las bases conceptuales y metodológicas en la intervención grupal materno-infantil. Sobre esta misma temática Lázaro y Abad del Centro de Promoción de la Salud de Centro exponen *La Psicoprofilaxis Obstétrica: una actividad de Promoción y Prevención en un Centro de Salud*. De ese mismo CPS Merodio presentó *Educación para la Salud de los escolares. Una experiencia práctica. CPS del Distrito Centro. Años 1983-84-85 y 86* a partir de la coordinación intersectorial entre el sistema sanitario y el sistema educativo .

Palomo y Lorenzo, médica y psicóloga del Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid) presentaron *Utilización de Educación para la Salud como instrumento para la prevención de la adicción al tabaco y al alcohol* a partir de un programa de prevención de drogodependencias llevado a cabo por un equipo interinstitucional e interdisciplinar.

Es interesante resaltar que en la mayoría de estas comunicaciones participan conjuntamente psicólogos y médicos de los CPS/CMS lo que muestra la creciente colaboración 'en la práctica' en temas de educación para la salud desde estas nuevas instituciones sanitarias. En cuanto a los enfoques psicosociales están presentes los dos modelos hegemónicos en ese momento, por un lado el modelo de grupo operativo¹⁸⁰ y por otro el modelo de competencia¹⁸¹.

¹⁸⁰ Comunicaciones presentadas por Busturia, Carrasco y Puig de la Bellacasa y Lorenzo.

¹⁸¹ Comunicación del Equipo del CPS de Tetuán.

El discurso académico

Si durante la década de los setenta la Universidad era un foro de lucha antifranquista donde se reproducían las reivindicaciones de libertad y participación comunes a todos los ámbitos de la vida civil, en los ochenta será otra de las instituciones sujeta a un proceso de cambio y su discurso será el de la modernización y científicidad.

El cambio en la Universidad

En el curso académico 1979/80 se hace una primera reforma de planes de estudio, incorporando la especialidad de psicología a una nueva Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación¹⁸². Esta situación se mantendrá hasta la creación en 1980 de la Facultad de Psicología como Facultad independiente en las Universidades Complutense y Autónoma de Madrid y la petición de la inclusión de la Psicología dentro de las carreras experimentales (Yela, 1994).

Comienzan los años del gobierno del PSOE y de modernización y ‘europeización’ de la España democrática, pasada la resaca del 23-F de 1981. A esa tarea se ponen profesores socialistas, entre ellos el ‘PNN’ Asís¹⁸³ en tanto presidente del Consejo del Plan de Estudios de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid¹⁸⁴.

Arrojado el lastre de la pertenencia al ámbito de la Filosofía y reconocido el carácter experimental, y por tanto científico, de la carrera, los psicólogos de las primeras promociones que habían entrado en la universidad, algunas veces en competencia y la mayoría en complicidad con los supervivientes de la universidad del periodo franquista readaptados a los nuevos tiempos democráticos, procedieron al reparto de parcelas de poder en los nuevos planes de estudio. La endogamia de la universidad, tímidamente denunciada por algunos sectores críticos, se jugó a fondo en estos años hasta la promulgación de la Ley de Reforma Universitaria (LRU) en 1983¹⁸⁵.

¹⁸² La Escuela de Psicología en la Complutense sobrevivió desde 1953 a 1974 para otros licenciados y desde 1974 para licenciados en Filosofía y Letras. Sección Psicología. Se impartía una especialidad en Psicología Clínica, Pedagógica e Industrial que duraba un año. En 1989 dejó de existir.

¹⁸³ Que será nombrado Director General de Enseñanza Universitaria siendo ministro de Educación y Ciencia, Javier Solana en el primer Gobierno del PSOE.

¹⁸⁴ He aquí su voluntad modernizadora: “hay que proceder a la elaboración de un Plan de Estudios de Psicología en el marco de dos hechos inexistentes anteriormente: el futuro carácter experimental de la Facultad y su independencia recientemente obtenida. Hay pues que aprovechar esta situación nueva para revisar crítica y responsablemente nuestro Plan de Estudios actual y adaptarlo a las exigencias aludidas. En este sentido el Plan de Estudios debe satisfacer una serie de criterios básicos: 1. Ser racional: es decir poseer una lógica interna (...). 2. Ser moderno: es decir, referirse a las áreas y contenidos básicos de la Psicología científica actual. 3. Ser estable (...). 4. Ser realista (...) y 5. Atender a las funciones y necesidades de la Universidad española actual -y por ende- de la sociedad española actual. ¿Qué objetivos ha de perseguir el nuevo Plan de Estudios?. Un primer objetivo viene de alguna manera impuesto por el carácter ‘experimental’ (...) se supone que si se solicita la conversión de la Facultad de Psicología en Facultad ‘Experimental’, ello no obedece únicamente a la justificada necesidad de recibir un presupuesto superior sino también al convencimiento prácticamente generalizado de formar ‘psicólogos experimentales’. Ello implica que nuestro Plan de Estudios debe vertebrar prioritariamente las áreas y procedimientos que en la actualidad definen a la Psicología Experimental. Ello, sin embargo no debe excluir que el plan de estudios contemple asimismo una información ordenada de otros enfoques no experimentales (Psicoanálisis, Psicología Humanista, Psicología fenomenológica, Psicología dialéctica (...) y Psicología filosófica en general)” (Asís, 1982, p. 27).

¹⁸⁵ “De los muchos indicadores que se podrían aportar para erigir la LRU en hito histórico para la Psicología apuntemos aquí tres que se nos antojan especialmente representativos para el devenir de nuestra disciplina en los últimos veinte años: el incremento de los recursos humanos dedicados a la docencia; la mejora, en cantidad y calidad, de los niveles de investigación tomando como medida las Tesis Doctorales, y la renovación de los planes de estudio” (Blanco, 1998, p.

En 1983 se aprueba la Ley de Reforma Universitaria. Se crean Facultades, Departamentos, Cátedras, etc. Los estudiantes de Psicología se cuentan ya por decenas de miles independientemente de que el paro en la profesión tampoco deje de aumentar. El divorcio universidad-profesión se estaría produciendo si no fuera porque nunca hubo 'casamiento'. Simplemente se ignoraban. Los Departamentos, cual reinos de taifas, iban incrementando su plantilla de profesores generalmente de orientación conductual o cognitivo-conductual.

La Psicología de la Salud fue haciendo su aparición por oposición a la Psicología Clínica y la Universidad irá adquiriendo un nuevo marchamo de científicidad que le permitirá ir cobrando un progresivo prestigio en la sociedad (medios de comunicación¹⁸⁶, relaciones con el nivel político, etc.).

La consolidación académica de la Psicología (Social)

Ya hemos apuntado anteriormente que para nosotros la institucionalización de la Psicología española se produce en la década de los ochenta en el propio proceso de modernización de la universidad española.

La primera Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, Rocío Fernández Ballesteros apoya el proyecto de estructuración de los planes de estudio en áreas de conocimiento, proponiendo que el área llamada de Personalidad, Evaluación y Psicoterapia, pasase a llamarse de Personalidad, Evaluación e Intervención y promueve un Departamento de Psicología Biológica y de la Salud en esa Facultad¹⁸⁷. Al estar la salud entre sus temas de interés también se posiciona críticamente respecto a los proyectos de reforma sanitaria del Gobierno¹⁸⁸.

Los núcleos de docentes e investigadores de las Universidades van delimitando sus campos de interés. Comienza a asociarse a determinados profesores o grupos de los Departamentos líneas de investigación o de interés por la aplicación de la psicología social¹⁸⁹.

155).

¹⁸⁶ Posiblemente el mayor impacto social de la Psicología en los Medios de Comunicación en nuestra corta historia haya sido el protagonizado por la 'doctora' (con el juego equívoco de doctorada/médico) Elena Ochoa con la presentación del programa de Televisión dirigido por Narciso Ibáñez Serrador *Hablemos de sexo* que se mantuvo en pantalla a lo largo de 1990 y 1991 y, en menor medida el coleccionable de *El País Semanal* también sobre el mismo tema y dirigido por la misma psicóloga y el profesor de Psicología de la Complutense Carmelo Monedero.

¹⁸⁷ Que aglutinará a un importante grupo de psicólogos trabajando en Psicología de la Salud desde una perspectiva explícitamente conductual, entre los que destacan J. I. Carrobbles, José Santacreu, Víctor Rubio, José Manuel Hernández, M^a Xesús Froján y otros. Ese Departamento es el que pone en marcha el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, reconocido como servicio universitario durante el curso 1992-1993 (Hernández López y Froján, 1999). El único profesor de orientación psicoanalítica en ese Departamento es José Gutiérrez Terrazas.

¹⁸⁸ "Lo que en realidad proponen es una reforma psiquiátrica y eso es mucho menos amplio que promover la salud mental (...) mientras no cuenten con los psicólogos y con los planificadores sociales no podrán hacerlo bien. Me resulta increíble que la Comisión para la Reforma Psiquiátrica no haya contado de forma institucional con los psicólogos. El psicólogo debería participar en muy distintos servicios sanitarios en los hospitales generales. Incluso debería participar en la formación del médico que trabaja en clínica (...) La medicina conductual es un campo amplísimo que confiere al psicólogo un papel muy importante en el cuidado de la salud" (Iribar, 1984, p. 56).

¹⁸⁹ A título de ejemplo nombremos algunos de ellos. En Valencia José M^a Peiró se interesa por el ámbito del Trabajo y las Organizaciones, al igual que Manuel Fernández Ríos en la UAM, mientras Gonzalo Musitu, que ha estado en Latinoamérica, se preocupa por el desarrollo comunitario y los problemas de la infancia y la familia. En Salamanca Eugenio Garrido por la Psicología Jurídica, al igual que F. Munné en Barcelona, o Miguel Clemente en Madrid. Algunos se ocupan de los Servicios Sociales como Fernando Chacón en la UCM, o de la Psicología Política como F. Jiménez Burillo, Julio Seoane en Valencia y Sabucedo en Santiago de Compostela. En relación más directa y explícita con los temas de salud encontramos algunos Departamentos con espíritu de trabajo más colectivo y otros con docentes con intereses más individualizados. Así el Departamento de la Universidad de Sevilla, liderado por los catedráticos Silverio Barriga (que

El discurso de la 'crisis' en Psicología (social)

Para conocer el desarrollo de la psicología social vinculada al ámbito universitario durante la transición democrática española hemos utilizado, según Ibáñez Gracia (1982), la producción de artículos y libros de carácter general o relacionados con la salud.

En esos años comenzaba a institucionalizarse la psicología social académica en Madrid en torno a los tres departamentos existentes (dos en las Facultades de Psicología de la Complutense y la Autónoma y uno en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología) y a sus profesores más activos (Jiménez Burillo, Ridruejo y Torregrosa).

Tomemos como emergentes algunos de estos autores para profundizar en las inquietudes de la época.

Desde la Universidad Complutense se señala la crisis de la psicología social en boca de Jiménez Burillo quien, constatando el recorrido más naturalista que histórico de la disciplina y las críticas al uso del experimento como método único en la investigación psicosocial, plantea que las vías de superación de la crisis pasan por la aceptación de nuevos paradigmas como el interaccionismo simbólico y los modelos cognitivos, por el cambio en los diseños experimentales clásicos y el desarrollo de la investigación de campo y por la potenciación de otra opción de psicología social desde presupuestos económicos, políticos e ideológicos distintos a la psicología social americana (Jiménez Burillo, 1977).

En una línea similar Rodríguez (1977) enfatiza el hecho de que la psicología social ha descuidado el conflicto y el cambio social y señala que las perspectivas de la psicología social, en cuanto a objetivos de intervención, indican una mayor atención a los problemas de la comunidad en sentido ecológico y especialmente a las relaciones entre psicología y salud mental además del interés de los problemas metodológicos frente a variables de carácter subjetivo y por los nuevos recursos técnicos para la investigación. Éste es de los pocos trabajos de la época que hace referencia explícita a las relaciones entre psicología social y salud mental como línea de desarrollo en el futuro.

Blanco (1980) acorde con los vientos críticos de crisis de la psicología social experimentalista de influencia norteamericana reivindica una psicología social más relevante con los problemas sociales y más próxima a la realidad cotidiana de la gente en lo que denomina “búsqueda confusa de un paradigma” ya que *“la psicología ha venido demostrando una preocupante desorientación que se hace especialmente manifiesta en la psicología social”* (Blanco, 1980, p. 159). Señala por un lado la emergencia de un nuevo paradigma basado en una alternativa me-

fue Director General de Estructuración y Estudios Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Andalucía cuando era Consejero Pablo Recio y Viceconsejero Francisco Torres) y Manuel Martínez se ocupa de temas y problemáticas ligadas a la prevención de las enfermedades, la promoción y la educación para la salud. Jesús Rodríguez-Marín en la Universidad de Alicante nuclea aplicaciones a la denominada Psicología (Social) de la Salud, junto a Abilio Reig que trabaja desde la Medicina Comportamental. Amalio Blanco de la UAM, además de preocuparse de la psicología comunitaria en sus relaciones con la salud y la salud mental, investiga sobre el SIDA, al igual que Darío Páez en el País Vasco. Éste investiga también sobre los aspectos psicosociales de la enfermedad mental, lo mismo que hacen Torregrosa, Alicia Garrido y José Luis Álvaro en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM. En cuanto a los grupos se ocupa Carmen Huici desde la UNED y más tarde Sabino Ayestarán en la Universidad del País Vasco.

metodológica que rompe decididamente con el enfoque experimental, *“una especie de mezcla de interaccionismo simbólico y de etnometodología”* (Blanco, 1980, p. 176) y apuesta, en una clara crítica del modelo americano por una psicología social europea. Al referirse a la aplicación a la realidad española Blanco habla de *“una verdadera crisis existencial, desde el momento en que no existe un cuerpo coherente de ideas o conceptos nacidos de las características de nuestra realidad sociocultural, ni de una investigación adecuada a ella”* (Blanco, 1980, p. 177) por lo que propone desarrollar una psicología social española que parta de nuestras coordenadas socioculturales. Es de resaltar que no hay alusión al tema de la salud como objeto de interés para la psicología social, si bien en la psicología comunitaria encontraremos más tarde ese punto de unión, siendo Blanco uno de los autores que abordarán este tema en los años ochenta y que defenderá un enfoque de psicología social para la salud (Blanco y León, 1990).

A pesar del alegato en defensa de una alternativa metodológica antipositivista de los primeros años, Blanco mantenía puentes tendidos con dicho enfoque¹⁹⁰ conjugando sus ‘simpatías’ epistemológicas en favor de métodos etnometodológicos con el carácter científico de la Psicología al afirmar: *“no dudamos de que la psicología social sea científica, pero tal concepto se debe amoldar también a la naturaleza e ideosincrasia de cada una de las materias y disciplinas (...). La psicología social no podrá ser nunca una ciencia mientras no tenga en cuenta la relatividad y cambiabilidad a que está sujeto su cuerpo de estudio e investigación. Lo científico tiene poco que ver con lo numérico, y los fenómenos sociales, aunque difícilmente cuantificables, no son por ello menos reales que los físicos, biológicos o matemáticos”* (Blanco, 1980 p. 166).

Jiménez Burillo (1980) rastrea las relaciones entre el conductismo y la psicología social a partir de la consolidación de ésta como ciencia independiente entre dos alternativas históricas: por un lado una perspectiva sociológica y por otro una línea individualista. Ésta última, rechazando la aceptación de un instintivismo ‘flexibilizado’, inicia un camino psicológico cuya figura clave es Allport quien, dentro del paradigma conductista aceptaba las actitudes como variables intermedias. Según Jiménez Burillo el encuentro entre la psicología social y el conductismo demostró la inviabilidad de los principios metodológicos de éste, dándose la paradoja de que los propios psicólogos sociales conductistas no se ceñían a los postulados teóricos que decían seguir abriéndose en la práctica a los modelos cognitivos. Para Jiménez Burillo en 1980 el conductismo explica algunos procesos en unos determinados niveles de conducta pero no explica otros también interesantes.

Musitu (1981) al referirse al panorama actual de la psicología social muestra la doble línea de la psicología social psicológica y la psicología social sociológica y se posiciona en un lugar crítico con el positivismo desde posiciones cercanas al interaccionismo simbólico, la etnometodología y la etogenia, definidos como la “nueva psicología social”. Obviamente no hace ninguna referencia a los problemas sociales de la época: la salud mental por ejemplo.

¹⁹⁰ “No se entienda que estas ideas sobre la necesidad de una nueva alternativa conllevan un borrón y cuenta nueva a nivel metodológico-experimental. La investigación y experimentación psicosociales, no sólo son necesarias, sino absolutamente imprescindibles para el cabal funcionamiento de nuestra disciplina (...)”.(Blanco, 1980, p. 175).

No todos los nuevos académicos asumían, en los años setenta, el diagnóstico de crisis de la psicología social. Garrido (1982), por ejemplo, critica a Gergen y se posiciona a favor de la psicología social como ciencia.

Otros materiales que dan cuenta del momento de la psicología (social) académica los rastreamos a partir de los diversos encuentros organizados por los Departamentos de las distintas Facultades.

I Encuentro sobre Situación actual y perspectivas de la Psicología Social en España (1980)

En septiembre de 1980 se celebró en Barcelona el I Encuentro sobre “Situación actual y perspectivas de la Psicología Social en España” con diversas ponencias y mesas redondas¹⁹¹. Según Escobar Mercado los puntos divergentes de ese encuentro se centran en la disputa entre ‘psicologistas’ y ‘sociologistas’, entre la metodología experimental y el método comprensivo, entre la investigación básica y la aplicada, entre el distinto modo de hacer psicosociología entre los científicos anglosajones y los europeos y la distancia entre lo académico y lo profesional¹⁹².

II Encuentro de Psicología Social sobre Historia y problemática de la Psicología Social (1981)

Continuando con estos encuentros nacionales del 2 al 5 de septiembre de 1981 se celebró en Madrid el II Encuentro de Psicología Social organizado por Jiménez Burillo, Ridruejo y Torregrosa con la participación de Gerardo Marín¹⁹³ del Spanish Speaking Mental Health Research Center. University of California, con el tema central de “Historia y problemática de la Psicología Social”. Se organizaron tres mesas redondas, una sobre “Psicología Ambiental”, la segunda sobre “Ecopsicología” y la tercera sobre “El rol del psicólogo social” de la que en palabras del cronista: *“se deducía que hoy por hoy la psicología social española se mueve principalmente en el ámbito académico, y que a nivel profesional aún no existe una demanda diferenciada de psicólogos sociales en cuanto tales”* (Hernández Gordillo, 1981).

Los 102 asistentes duplicaron a los 56 del primer encuentro y las intervenciones de los participantes españoles, a juicio del cronista, *“iban desde reflexiones sobre la crisis y los problemas de modelos teóricos y metodológicos de la psicología social (Bernabé Sarabia: nuevas direcciones en Psicología Social; Silverio Barriga; y Tomás Ibáñez: Problemas de explicación en psicología social) hasta la vigencia de determinados planteamientos orte-*

¹⁹¹ “Enseñanza e institucionalización de la Psicosociología” en la que participan Jiménez Burillo y J. F. Morales quienes constatan el bajo anclaje de esa materia, así como la divergencia de programas y planes de estudio en las diferentes facultades, “La investigación en Psicosociología”, “Proyección Social de la Psicología Aplicada en España” en la que Munné plantea la necesidad de profesionalizar el rol del psicólogo social y en la que surgió la propuesta de la creación de un Instituto de Psicología Social Aplicada y “Hacia una Psicología Social Española” en la que participaron Ridruejo que postula la confluencia de los diversos modelos: etológico, psicológico y sociológico, Castillo que aboga por la separación de las dos disciplinas: Psicología y Sociología y Torregrosa, quien se refiere a la crisis de la psicología social en gran parte producida por el psicologismo. También hubo tres conferencias “Tendencias de la psicosociología actual” de S. Moscovici, “La Psicología social norteamericana” por J. Levine y “La investigación psicosociológica en Europa” por W. Doise.

¹⁹² Sólo acudió un profesional a este encuentro.

¹⁹³ Este psicólogo que trabaja en EEUU mediante su contacto con psicólogos españoles en tanto dirigente de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), influirá, junto con Barbara Marín (B. Marín, 1983), en la construcción de la psicología social de la salud española de orientación conductual con sus frecuentes visitas a nuestro país para participar en cursos, jornadas, etc. (por ejemplo en la IV Escuela de Verano impartió un Taller sobre “Intervención comunitaria en un Área de Salud: la psicología social en programas culturalmente apropiados”) o con la publicación de artículos en revistas españolas (Marín, 1980; Van Oss Marín, Marín, Pérez Estable, Otero y Sabogal, 1990)

guianos (J.R. Torregrosa), pasando por estudios empíricos concretos. Se podrían señalar tres comunicaciones originales, la de Federico Munné sobre “La Psicología Social en la URSS”, la de Juan Bautista Martín Cebollero “Hacia una Psicología Social Dialéctica”, reivindicando el papel de la psicología concreta de Luis [el nombre correcto es George] Politzer (...). En resumen, este II Encuentro, evidencia la progresiva institucionalización e interés de la psicología social en España, pero al mismo tiempo su marcado carácter, aún, académico” (Hernández Gordillo, 1981, p. 43).

Seminario en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo (1981)

Durante el verano de 1981 J. R. Torregrosa y B. Sarabia organizaron un Seminario en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo¹⁹⁴ sobre “Orientaciones y tendencias en la psicología social contemporánea”. Este encuentro surge dentro de la denominada ‘crisis’ de la Psicología Social cuya característica principal sintetizada por los organizadores era el afán de las ciencias sociales en parangonarse con las ciencias naturales y cuyo déficit fundamental es su falta de interdisciplinaridad en su proyecto original. La psicología social, a juicio de Torregrosa y Sarabia, no fue suficientemente ‘sociológica’. Llamam así la atención sobre el problema sustancial de la constitución de la psicología social y sus implicaciones en el campo de las prácticas de investigación y/o de enseñanza así como en el proceso de su institucionalización ya que “el desarrollo de los campos del saber en pocas ocasiones responde totalmente a una programación o formulación lógica, consciente y racional de sus propios cultivadores, sino que también responde ese desarrollo a fuerzas y factores que escapan de su control, o de su misma consciencia. Sus intereses e ideologías individuales y corporativas, las de los grupos y clases sociales de las que forman parte se deslizan en sus actividades científicas, insertándolas en un contexto más amplio que condiciona y revela al mismo tiempo el alcance de sus planteamientos” (Torregrosa y Sarabia, 1983, p. 6).

Fiel a ese objetivo fue el título del libro que recogió los trabajos presentados en el seminario *Perspectivas y contextos de la Psicología Social* (Torregrosa y Sarabia, 1983).

Es significativo el carácter crítico de la mayoría de los trabajos presentados en este seminario internacional hacia la psicología social psicológica, así como la apertura a planteamientos más sociológicos y cualitativos y por consiguiente más interdisciplinarios. Sigue llamando la atención la ausencia de interés en temas de salud, aún cuando las reflexiones teóricas que en ellos se hacen se puedan referir obviamente a la problemática de la salud en tanto ‘realidad social’. También es relevante señalar una vez más el divorcio entre los planteamientos académicos, aunque críticos, y las prácticas profesionales que aunque escasas en esos momentos se referían al trabajo comunitario en salud, educación y servicios sociales.

Otro ejemplo de la separación entre la profesión y la Universidad en estos momentos lo encontramos en la contestación que dan Pinillos y Avia a la publicación de un artículo en la Asociación Americana de Psicología sobre la psicología española (Rostow, 1980).

¹⁹⁴ Participaron en dicho curso, además de los organizadores, los profesores Stryker, Martín López, Castillo, Jiménez Burillo, Tajfel, Kelman, Ridruejo y Harré.

Este artículo muestra la evolución de la psicología española a partir de una entrevista realizada al psicólogo Pedro Pérez¹⁹⁵ por el psicólogo americano. Expone Rostow el lento crecimiento de los servicios sociales durante la administración franquista y el desarrollo habido en los últimos años gracias al desarrollo de formas de gobierno más occidentales lo que ha hecho crecer el desarrollo de los programas sociales, incluyendo la atención a la salud mental. Este cambio, según Rostow, ha supuesto pasar de un rol de psicólogo basado en la aplicación de tests a un nuevo rol de psicólogos que hace psicoterapia y dirige y administra programas. Se critica también en ese artículo la formación recibida en la universidad y se reconoce la importancia del psicoanálisis y la terapia de conducta como influencias de otros países.

Pinillos y Avia contestan este artículo porque consideran excesivamente optimistas los cambios presentados por Rostow en los servicios clínicos y, quitándole relevancia a la influencia del psicoanálisis, ofrecen una panorámica en la que resaltan la importancia de las orientaciones basadas en el aprendizaje y modificación de conducta, los enfoques psicométricos, factorialistas, cognitivos, piagetianos, los desarrollos en psicofisiología y en psicología social (Pinillos y Avia, 1980).

La 'lectura' de la realidad no es evidentemente la misma desde la óptica profesional y la universitaria¹⁹⁶.

La Revista de Psicología Social (1985)

En 1985 aparece la Revista de Psicología Social. En este primer número se publica un artículo de E. Apfelbaum (1985) en el que señala que *"el encuentro entre lo psicológico, por una parte y lo político, lo sociológico y la historia, por otra, constituye uno de los puntos ciegos de la disciplina cuando en realidad debería constituir su hipocentro; en mi opinión, es aquí donde residiría la singularidad de un análisis psicosociológico"* (Apfelbaum, 1985, p. 6). Después de analizar los efectos de la primacía de los modelos conductistas norteamericanos en la psicología social, como salida a la crisis de la psicología social plantea *"la restauración de una perspectiva diacrónica, de un análisis que tome en cuenta lo que el sujeto manifiesta de sí mismo, sus relaciones con los demás, su propia historia y sobre la Historia en general a través de la cotidianidad de sus estrategias y de sus ajustes"* (Apfelbaum, 1985, p. 10).

Torregrosa para reivindicar el papel de Ortega en la Psicología Social Histórica también se refiere a la crisis paradigmática de la psicología social a la que caracteriza, según el predominio de un paradigma reconstruido de las ciencias naturales caracterizado por una concepción nomológico-deductivista de la explicación científica, por la adopción del experimento de laboratorio como contexto fundamental de la investigación y por una

¹⁹⁵ Conocido profesional de formación psicodinámica que en esos momentos trabajaba en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

¹⁹⁶ En algunos casos la vinculación mundo académico-realidad profesional se daba mediante la investigación. Valga como ejemplo el Premio José M^a. Sacristán concedido por la AEN a L. Ylla, J. Aguirre, J. Guimón, A. Ozamiz y J.R. Torregrosa, éstos dos últimos de formación sociológica, por el trabajo *Un análisis psicosocial de las actitudes hacia el enfermo mental*.

concepción mecanicista, pasiva del sujeto humano¹⁹⁷. Torregrosa se alinea así con autores como Gergen para quienes la indagación psicosociológica es fundamentalmente histórica, diferente de las ciencias naturales y además remarca la función de cambio del propio conocimiento científico, psicosociológico, en la modificación de las pautas de conducta que se pretenden explicar debido al carácter prescriptivo, y no sólo descriptivo de la teoría psicológica.

Como ejemplo de las discusiones de la época el tema de discusión que plantea la Revista de Psicología Social es el artículo *La falacia de grupo en relación con la ciencia social* de F.H. Allport (1923) “uno de los temas más vitales en la Psicología Social, el de la relación entre el individuo y el grupo, a decir de muchos el asunto central de esta ciencia” (Blanco, 1985, p. 67). Uno de los comentaristas del artículo de Allport es F. Peñarrubia (1985), conocido psicólogo clínico de orientación gestáltica quien acude a Sartre, Freud, Lewin, Bion y la psicología de la Gestalt para reivindicar el grupo como un todo cuyas propiedades son diferentes de la suma de las partes y la relación dialéctica individuo-grupo como manera de salvar las posibles falacias individualistas y/o grupalista. De manera llamativa nadie procedente del psicoanálisis es invitado a comentar el artículo.

Ese mismo año de 1985 publica Jiménez Burillo (1985) un artículo en el que, a modo de ‘decálogo más una’ enuncia once tesis¹⁹⁸ sobre la psicología social señalando sobre todo la recuperación del énfasis en lo social en lugar de en lo individual.

I Congreso de Psicología Social (1985)

Para seguir analizando el desarrollo de la psicología (social) académica tomaremos como un emergente más el I Congreso de Psicología Social celebrado en 1985. Este Primer Congreso de Psicología Social, continuador de las Jornadas/Encuentros celebradas en Barcelona (1980), Madrid (1981) y Canarias (1983) fue organizado por una comisión técnica de profesores de distintos Departamentos de Psicología Social de las Universidades españolas¹⁹⁹. En la mesa de *Epistemología de la Intervención Social* presentan ponencias T. Ibáñez (1988) sobre *La teoría como fuente de realidad* y J.R. Torregrosa (1988). *Hacia*

¹⁹⁷ “Es este paradigma el que ha conferido a la Psicología Social su naturalismo ahistórico, el que le propone como proyecto constituir un corpus de saber abstracto, universal, un saber cuasi absoluto con pretensiones de alcanzar algún día la precisión de las leyes de la Física (...). Junto a este carácter ahistórico, el paradigma experimentalista ha contribuido igualmente a la adopción de un modelo de hombre individualista, desconectado artificialmente de los contextos en que se hace y se actúa socialmente. No es sólo un individualismo metodológico, sino teórico; ni un individualismo descriptivo sino también explicativo; un individualismo ideológico y no sólo científico” (Torregrosa, 1985, p. 56).

¹⁹⁸ “La psicología social es una pero se dice de muchas maneras. Es una ciencia que existe por pares alternativos, en última instancia entre la Psicología biológica y la Sociología. Es una ciencia ciclotímica en la que después de la fase depresiva de la crisis se encuentra en la fase maniaca de las aplicaciones. El cambio de énfasis en lo social en vez de en la Psicología llevaría a llamarla “sociopsicología” por lo que habría que partir de las condiciones materiales de existencia, recuperando a Marx y Mead. Su objeto sería la acción social con sentido. Hay que asumir la polivalencia semántica de la acción social. Metodológicamente la unidad del método científico es compatible con la pluralidad de las técnicas, es prioritario observar a las personas más que a los datos, como señaló MacGuire. Hay que apurar al máximo las posibilidades del experimento. La sociología del conocimiento sociopsicológico podría analizar cómo la psicología social explica la desigualdad social. Hay que hacer confluir la biografía y la historia para la elección de temas de estudio e intervención, la interrelación entre problemas públicos e inquietudes privadas. La psicología social no es una ciencia de la ilusión, más bien ha interpretado la realidad, a la sociopsicología le puede corresponder establecer las condiciones suficientes –no las necesarias– para el cambio” (Jiménez Burillo, 1985, p. 76).

¹⁹⁹ Formada por S. Barriga, A. Blanco, T. Ibáñez, F. Jiménez Burillo, F. Munné, A. Rodríguez, J. Seoane, Serrano y J.R. Torregrosa. El presidente del comité organizador fue J. F. Morales y el secretario Andrés Rodríguez.

una definición psico-sociológica de los problemas sociales: el problema de las relaciones entre teoría y práctica en la psicología social. En ambas se hace una crítica a los modelos positivistas en ciencias sociales en general y en psicología social en particular. En la mesa sobre *Comunidad y Salud* cuyos coordinadores fueron profesores del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla y de la Universidad de Alicante, la ponencia fue presentada por J. Rodríguez-Marín (1988a) sobre *El impacto psicológico de la hospitalización* y las comunicaciones publicadas (10) fueron mayoritariamente²⁰⁰ del Departamento de Alicante referidas a problemáticas de enfermedades y abordadas desde un punto de vista positivista y del Departamento de Sevilla enfatizando la perspectiva de la medicina comportamental y su relación con la psicología social (Fernández, Martínez, y León, 1988; León, Martínez, y Fernández, 1988) y la relación entre salud y comunidad (Barriga, Martínez, y León, 1988). De Madrid se publicaron dos comunicaciones, una investigación cuantitativa de F. Chacón (1988) sobre donación de sangre y otra investigación cualitativa con grupos de discusión sobre niños epilépticos desde el Hospital 1º de Octubre (Sanz, 1988).

Vemos cómo siguen preocupando los aspectos epistemológicos constitutivos de la disciplina y la divergencia entre la crítica teórica que se hace del positivismo y las aplicaciones, en este caso en salud, que siguen manteniendo mayoritariamente un enfoque positivista y cuantitativo. Otros enfoques como el que presentamos nosotros (Bauleo, Duro, Irazábal, Lorenzo, y Vignale, 1985) tuvieron muy poca acogida²⁰¹.

Encuentro Internacional sobre Psicología Social (1987)

En el verano de 1987 se celebró, organizado por el Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona el "*International Meeting on Social Psychology in the making: Problems and basic issues*"²⁰², en el que se buscan repuestas críticas e innovadoras a la crisis de la psicología social desde un planteamiento común de consenso post-positivista.

El propio Tomás Ibáñez y Gergen presentan trabajos sobre aspectos teóricos de la psicología social.

Ibáñez Gracia (1989b) plantea que la psicología social ha de operar como un dispositivo desconstruccionista para poder hacer explícitos las determinaciones socioculturales que vehiculan de manera acrítica. Plantea Ibáñez Gracia. el punto sin retorno de una nueva psicología social post-positivista con algunos logros irreversibles tales como la dimensión hermenéutica de los hechos sociales, la concepción no-representacionista del conocimiento científico relacionada con la dimensión construida de los hechos científicos y la ósmosis parcial entre enunciados observacionales y enunciados teóricos.

Gergen (1989) parte de la constatación del declive de los modelos conductistas y neoconductistas en beneficio de los planteamientos cognitivos y del movimiento

²⁰⁰ Las escasas comunicaciones de Barcelona planteaban nuevas aperturas a modelos sistémicos en salud mental (Almenara, 1988) o a la intervención en crisis y a las terapias breves como métodos comunitarios (Sánchez Vidal, 1988).

²⁰¹ Casi no podemos leer la comunicación 'por problemas de organización'. En el libro de actas de ese Congreso, editado posteriormente no aparece nuestra comunicación.

²⁰² Los materiales de ese coloquio se publicaron en un libro en 1989 (Ibáñez Gracia, 1989).

denominado por él como neohumanista para centrarse en el movimiento postmodernista que comenzó cuando se detectaron las distintas insuficiencias del programa empirista de la ciencia. El postmodernismo se preocupa por los fenómenos del lenguaje. Gergen critica los planteamientos hermenéuticos, de la mente como lugar de conocimiento para arribar a la tesis de que el conocimiento no es más que un subproducto de la convención literaria.

Otro tipo de actividades relacionadas con la institucionalización de la psicología (social) lo encontramos en la celebración, en abril de 1987, en Valencia, del IV Congreso Nacional de Psicología Comunitaria organizado por la Sociedad Valenciana de Psicología Social, que editará la Revista *Psicología Social Aplicada* a partir de 1991, y el Área de Psicología Social de la Universidad de Valencia. Se trató en una mesa redonda el tema de Psicología Comunitaria y Salud Comunitaria. En ese foro se constituyó la European Association of Community Psychology. La mayoría de los participantes coincidieron que la psicología comunitaria más que un área de trabajo es un modo de hacer psicología, que era preciso una mayor explicitación de la teoría y fundamentos de la psicología comunitaria, un mayor contacto entre la universidad y los psicólogos profesionales y una mayor formación en Psicología Comunitaria en el curriculum del psicólogo (Papeles del Psicólogo, 1989).

Del discurso comunitario en salud a la Psicología de la salud

Simultáneamente al fervor de lo comunitario en salud, y por ende de la psicología social y/o comunitaria aplicada a la salud de los años setenta y comienzos de los ochenta, se va construyendo una nueva denominación para referirse al trabajo de los psicólogos en el campo de la salud: la Psicología de la Salud.

Rodríguez-Marín (1994) al relatar los comienzos de la psicología de la salud en España los vincula al desarrollo de la terapia y modificación de conducta introducida en nuestro país en los años 70 y a la creación de diversas asociaciones sobre análisis y modificación de conducta. Esta asociación entre psicología de la salud y modificación de conducta nos habla de la práctica equiparación entre una denominación de un campo de trabajo de los psicólogos con un modelo teórico determinado, en este caso proveniente del conductismo en primera instancia y de los modelos cognitivos-conductuales posteriormente. Esa identificación (psicología de la salud=modelos conductuales) ha sido la nota constitutiva del discurso dominante proveniente de la academia y con amplia audiencia en el mundo corporativo-profesional, de tal manera que, 'otras realidades' que se reclamaban de psicología en la salud (no de la salud) han quedado casi ignoradas en la historia hecha desde el discurso psicológico dominante.

Esta historia construida por el discurso psicológico hegemónico (positivista-conductual, en términos generales) se fue nutriendo de los modelos norteamericanos, a partir de la famosa División 38 de la APA, y de los desarrollos europeos (sobre todo ingleses y alemanes) por cuyas universidades habían pasado psicólogos españoles a final de los setenta y comienzos de los ochenta (Reig, 1989) que recalarán en departamentos universitarios españoles de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico donde desarrollarán investigaciones en salud, más cercanas a la medicina conductual que a la psicología social de la salud. A partir de los años 80 se empezará a reconocer como un campo separado y

diferenciado, siempre desde la ecuación antes explicitada. Así desde el propio paradigma positivista se empezará a ‘sustituir’ –para referirse al trabajo en salud– el término psicología comunitaria (lo que también implica un cambio de énfasis: de lo social a lo individual) por psicología de la salud²⁰³. Desde otros modelos (dinámicos y sistémicos) la sustitución por lo comunitario se hace por lo clínico, dentro de la misma tendencia de cambio de perspectiva, desde lo más social a lo más individual. Se optará en este caso por la denominación de psicología clínica. Es decir que Psicología de la Salud desde modelos conductuales y Psicología Clínica desde modelos dinámicos y sistémicos ‘ocuparán’, progresivamente a lo largo de los años ochenta, el espacio de la salud que la psicología social no académica (conductual y dinámica) había ocupado en los años setenta. Se pasaba así, por parte de los psicólogos, de un discurso sobre la salud (integral, comunitaria, interdisciplinar, etc.) a un discurso de psicología de la salud que sin negar formalmente el discurso anterior enfatizaba el aspecto corporativo, tecnológico e individualista de la intervención en salud.

Desde el Colegio de Psicólogos también se contribuía a ese proceso fomentando especialmente la psicología de la salud en su ‘versión’ más conductual pero sin que eso implicara que el campo de la salud fuera totalmente ‘colonizado’ por dicho modelo, ya que, en la organización profesional ‘cohabitaban’ otros modelos que, arrastrando la fuerza de los años setenta, plantaban algún tipo de activa oposición a la hegemonía positivista.

Este afán por la ‘especialización’ (psicólogo de la salud) que no encubre sino la acotación de una nueva parcela de poder, se va generalizando en los discursos de los psicólogos, ‘a pesar’ de que Matarazzo (1989) uno de los ‘padres’ más citados por los psicólogos positivistas por haber sido presidente de la División 38 de Psicología de la Salud dentro de la APA y en cuya definición²⁰⁴ se apoyan la práctica totalidad de los autodenominados psicólogos de la salud, defiende, un tanto paradójicamente, la no existencia de diferentes especialidades sino una única psicología y distintos campos de aplicación²⁰⁵. Sin embargo, además de conceptual, el problema es de lucha de poder y de hegemonía de unos modelos sobre otros, y eso se manifestaba en todos los eventos de la organización profesional.

Como ya hemos visto en 1984 en el I Congreso del COP se establece un Área de Psicología y²⁰⁶ Salud y otra de Psicología, Sociedad y Calidad de vida. El Área era de Psicología y Salud, no de Psicología de la Salud. Se mantenía todavía en esos años, desde el marco colegial, la no patrimonialización de la psicología de la salud por los modelos conductuales. En esa misma línea de no ‘especialización’, aunque desde posiciones epistemológicas,

²⁰³ Algunos ‘viejos’ psicólogos intentan mantener el enfoque comunitario ahora desde la Educación para la Salud. (Benito, Costa, González, y López, 1989; Benito, Paños, y Perea, 1992)

²⁰⁴ “La Psicología de la Salud es el agregado de las contribuciones específicamente educacionales, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de las etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, a la disfunción vinculada y al análisis y perfeccionamiento del sistema de tratamiento sanitario y de la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1989, p. 24).

²⁰⁵ Leámoslo en sus propias palabras: “yo siento que como yo, muchos psicólogos que trabajan en instituciones sanitarias creen que la psicología de la salud es aún en 1987 sólo un vibrante miembro de familia de las aplicaciones específicamente sanitarias de un conjunto de materias comunes de la psicología genérica (...) el término ‘de la salud’ resulta un adjetivo que define el ámbito donde se aplica el núcleo de conocimientos científicos y profesionales de la psicología, por lo cual no existe una psicología de la salud que difiera de la propia psicología” (Matarazzo, 1989, p. 24).

²⁰⁶ Nótese la importancia de las preposiciones, conjunciones, etc.

metodológicas y técnicas diferentes, se reivindicaba la prevención como una de las actividades del psicólogo en el campo de la salud mediante la utilización de los grupos (Duro, 1986) e incluso un modelo de intervención en salud²⁰⁷ en una comunicación presentada al I Congreso Nacional de Psicología Social de Granada en 1985.

Continuando con la ‘política de implantación’ de esa ‘nueva especialidad’ se producen multitud de eventos, la gran mayoría promovidos por psicólogos de orientación conductual encaminados a la definición de un ‘nuevo’ campo de intervención de la psicología. Daremos algunos ejemplos: en 1986 se fundó la Sociedad Europea de Psicología de la Salud, en 1987 se crean en la Universidad algunos departamentos de Psicología de la Salud y se celebra en Jaén la primera Conferencia Española sobre Psicología de la Salud, en 1988 se constituye la primera asociación dedicada exclusivamente a la Psicología de la Salud en Valencia y se celebran las I^a Jornadas de Psicología y Salud en Granada, en 1989 se publica por el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante la *Revista de Psicología de la Salud* y en la tercera Conferencia Nacional de Psicología Social y en el Congreso de la SEP se organizarán áreas específicas de Psicología de la Salud (Rodríguez-Marín, 1994).

En esta línea que estamos exponiendo de pasaje de un discurso de la salud al de psicología de la salud, el COP publica un *A fondo* sobre dicho tema²⁰⁸ en abril de 1988. En él se incluye una conferencia pronunciada en mayo de 1987 por Fernández Ballesteros y Carrolles (1988) en la reunión sobre “*Health Psychology: perspective in Europe*” organizada por la Sociedad Italiana de Psicología y la OMS, entre otros. Es pertinente señalar la síntesis que la propia revista hace de dicha reunión italiana en cuanto a las dificultades para la unánime definición de ese nuevo campo²⁰⁹. Se plantea el mismo problema de los modelos que ya señalábamos antes.

Otro artículo publicado fue de Rodríguez-Marín sobre un informe presentado al “*II International Seminar on Health Psychology*” celebrado en octubre de 1987 en Sao Paulo (Brasil) y titulado *Una alternativa para uno de los futuros posibles de la psicología*. En él se insiste en que: “*lisa y llanamente no hemos sabido (y todavía no sabemos) vender bien nuestros servicios (...). Sólo los que encuentran la forma de diferenciar sus productos y los hacen mejor que nadie son triunfadores*

²⁰⁷ Respecto a la pregunta ¿Psicología de la Salud, Psicología en la Salud? se anota: “*la primera pregunta que nos surge es si podemos hablar de una específica Psicología de la Salud con suficiente entidad teórico-técnica o más bien tenemos que referirnos al campo de la salud y a la aplicación en él de algunas disciplinas psicológicas. Nuestra opción por esta segunda alternativa, frente a los que restringen el término psicológico de la salud a un nuevo campo a caballo entre la ciencia del comportamiento y la salud física del individuo o del grupo, viene dada por nuestra concepción teórica que plantea la Psicología Social como marco conceptual para el trabajo en salud*”. (Bauleo et al., 1985)

²⁰⁸ En aquellas fechas Rodríguez-Marín era miembro de la Junta de Gobierno Estatal del COP, lo fue desde mayo de 1987 a 1993.

²⁰⁹ “*La posición mantenida por el representante de la OMS, Dr Sartorius fue en todo momento, de explícito reconocimiento de los hallazgos procedentes de la psicología, útiles y de necesaria aplicación en el amplio ámbito de la sanidad (...). Mientras una serie de participantes entendían por salud, la ‘salud mental’ -equiparando lo que tradicionalmente ha venido considerándose como psicología clínica a la psicología de la salud-, otros (los más) formulaban un concepto específico de esta especialidad de la psicología en un sentido muy semejante al mantenido por los representantes de la SEP y presente en la mayoría de obras especializadas que consideran a la psicología de la salud como una extensión de la medicina comportamental. Tales problemas conceptuales se vieron agravados por los distintos enfoques teóricos base de ambas posiciones conceptuales. Todo ello colaboró a que fuera realmente difícil lograr un documento síntesis de lo tratado durante el simposium (...)*” (Papeles del Colegio, 1988, p. 12).

a largo plazo; el objetivo ha de ser distinguimos de los demás y lograr el mayor valor añadido posible” (Rodríguez-Marín, 1988b, p. 13). En esa búsqueda de diferenciación encuentra, el psicólogo afincado en Alicante, la especificidad del psicólogo –conductual, por supuesto– como opuesto al modelo psiquiátrico al tiempo que descalifica los modelos ‘dinámicos’ presentes en el campo de la salud²¹⁰. Se puede observar en el texto a pié de página la relación existente entre la reivindicación de la psicología de la salud y la ‘venta’ de una imagen corporativa del psicólogo en competencia con el médico/psiquiatra. Los psicólogos de la salud, a juicio del autor, tienen que ‘liberarse’ de marcos teóricos ‘más o menos dinámicos’ que deterioran la imagen profesional de la profesión (sic).

En el mismo número se publica un documento titulado *Psicología y Salud* preparado para la OMS en enero de 1986 por representantes de varias asociaciones internacionales de psicólogos en el que se recoge de manera exhaustiva todas las posibilidades de intervención de la psicología en el campo de la salud, especialmente desde los servicios de salud mental, la psicología de la salud y la psicología comunitaria. Será un documento de obligada referencia para defender y argumentar el papel del psicólogo en los múltiples campos de intervención relacionados con la salud²¹¹ (Holtzman, 1988) y realmente da cabida a las distintas orientaciones y prácticas de los psicólogos para la intervención en salud.

Por último en ese número de *Papeles del Colegio* se publicó un estudio realizado en 1986 sobre *El rol del psicólogo de la salud* por Camarero y Ferrezuelo (1988) sobre 768 cuestionarios recibidos. Es interesante la adscripción a escuelas teóricas: 37,9% orientación conductual, 37,6% psicoanalítica o psicodinámica, 10,9% cognitiva o cognitiva-conductual, el 8,9% humanista, el 3,5% sistémica, el 3,1% gestáltica, el 2,3% psicología social y comunitaria, 2% análisis transaccional, el 9,2% eclécticos. Con todas las limitaciones que tiene una investigación basada en un cuestionario por correo, podemos observar que la mayoría de la población de los psicólogos españoles se autorreconocen bajo la denominación de psicólogos clínicos²¹² y los enfoques teóricos dominantes (enfoques conductuales y psicoanalíticos) se reparten a partes iguales sin que haya una clara preponderancia de uno sobre otro, lo que no parece óbice para que los autores del es-

²¹⁰ “Ese rol profesional autónomo y nuevo del psicólogo en el marco médico general, como opuesto al marco psiquiátrico, debería ser la consecuencia de tres factores básicamente: en primer lugar, el psicólogo debería demostrar una amplia gama de destrezas que no pueden ser encontradas en otros especialistas médicos (por ejemplo en educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables, cambios en estilos de vida insalubres, entrenamiento en biofeedback, terapia familiar, etc.); en segundo lugar, debería poder dar respuesta a la creciente conciencia que existe ya entre los médicos de que una gran parte de los problemas que pueden ver en la práctica cotidiana reflejan los efectos negativos, no de los agentes infecciosos, ni del deterioro del cuerpo por la edad, sino de estilos comportamentales perversos; y en tercer lugar, los psicólogos que se integren en el sistema sanitario deberían empezar a reconocer que muchos conceptos procedentes de determinados marcos teóricos más o menos ‘dinámicos’, que a menudo se usan en otros marcos de práctica, no sólo son oscuros y tangenciales a los problemas que se han de manejar, sino que muy frecuentemente se demuestran claramente ineficaces e inoperantes como guías de acciones e intervenciones posibles, y, lo que es peor, contribuyen al deterioro de la imagen profesional dentro de ese marco” (Rodríguez-Marín, 1988b, p. 12).

²¹¹ Vemos como también los psicólogos ‘recurren’ al referente internacional de la OMS para legitimar y dar credibilidad a su participación en el campo de la salud.

²¹² Las conclusiones sobre el perfil dicen: “el psicólogo de la salud es un profesional mayoritariamente masculino joven, de no más de cuarenta años (...). Que gusta llamarse preferentemente psicólogo clínico o psicoterapeuta aunque también utilice mucho el término de psicólogo (...). La especialidad es de psicología clínica. También suelen estar especializados en psicodiagnóstico y psicoterapia, así como en psicología dinámica o psicoanálisis y en terapia de conducta. Hemos podido constatar que los psicólogos españoles se reparten casi en partes iguales la escuela teórica a la que se adscriben; es decir, o son conductistas, o son psicoanalistas, aunque también hay muchos cognitivistas, casi tantos como eclécticos (...). Le atraen más los problemas psicopatológicos y clínicos en general, las toxicomanías y el alcoholismo. También están interesados en las neurosis, en problemas sexuales, trastornos de pareja, depresiones y problemas de conducta (...)” (Camarero y Ferrezuelo, 1988, p. 33-34).

tudio incluyan a todos bajo la denominación de ‘psicólogos de la salud’ reforzando la construcción de esa ‘realidad’, sin duda interesada²¹³.

Dos años después, en 1989, la revista del Colegio de Psicólogos hace *Memoria de una década*. A nivel de la profesión ya se ha producido una nueva organización de las áreas de intervención, cobrando especialmente fuerza el área de intervención social (Chacón, 1987). En esta revisión no aparece como área específica la Psicología de la Salud y sí lo hace la Psicología Clínica. En este trabajo, *La Psicología Clínica en España: perspectiva de una década*, Ávila (1989), intenta esclarecer las diferencias entre psicología clínica, psicología de la salud y psicología comunitaria, teniendo en cuenta los diferentes paradigmas teóricos predominantes en España (psicoanálisis y conductismo) y poniendo a la clínica como referente de las otras dos psicologías²¹⁴. La psicología comunitaria deja de existir/competir en el campo de la salud y la discusión se centra entre psicología clínica y psicología de la salud, ambas comparten una visión escorada hacia lo clínico-individual (sea en su versión de modificación de conducta sea en su versión psicoanalítica o sistémica) frente a los modelos más grupales y psicosociales de la pasada década (modelo de competencias y modelos de grupo operativo).

En los años noventa el debate se hará más complejo con las problemáticas de la especialización en juego.

Acercamiento entre la Psicología profesional y la académica

En el acercamiento de la Universidad y el mundo profesional que comienza a darse a mediados de los años ochenta señalemos el Seminario de Psicología Comunitaria que impartió en 1985 Alejandro Ávila en el Departamento de Psicodiagnóstico de la Facultad de Psicología de la UCM, cuya compilación de trabajos se publicó bajo el título *Perspectivas de la Intervención Comunitaria. Algunas experiencias de Madrid y su Área* y el libro *Psicología Comunitaria*²¹⁵ (1988) coordinado por Manuel Martínez, Fernando Chacón y Antonio Martín en el que escriben autores procedentes de la universidad y del campo aplicado²¹⁶.

²¹³ Recordar que Carlos Camarero había sido uno de los introductores en España de esa línea a través del grupo de trabajo de la SIP que él coordinaba.

²¹⁴ “En esta controversia [se refiere a la de las distintas orientaciones teóricas] ha incidido la cuestión de los imprecisos límites entre los ámbitos de la psicología clínica y las nuevas aplicaciones conocidas como Psicología de la Salud y Psicología Comunitaria. Los apenas veinte años de vida de estas nuevas vertientes vienen evidenciando su profunda influencia renovadora de las concepciones clásicas de la Psicología Clínica, pero igualmente su pertenencia a ésta en gran medida. Ciertamente no toda la Psicología de la Salud o la Psicología Comunitaria es subsumible en la Psicología Clínica, pero en modo alguno se trata de dominios separados o claramente diferentes de ella (...). La circunscripción de la Psicología Clínica a la atención, prevención y promoción de la salud mental, mientras que la Psicología de la Salud se ocupa de la intervención sobre el resto de los problemas de salud, es una de las salidas posibles a esta discusión, pero resulta en cierto modo artificiosa, toda vez que deslindar la salud en general de la salud mental no es tarea fácilmente abordable, ni cabe esperar que la distinción se objetive a un nivel metodológico o técnico. Es esperable, pues, que Psicología de la Salud y Psicología Clínica compartan amigablemente amplios sectores de su dominio de aplicación” (Ávila, 1989, pp. 86-87).

²¹⁵ Este texto será bibliografía recomendada en la asignatura de psicología comunitaria, impartida por los editores, Antonio Martín en la Universidad Autónoma y Fernando Chacón en la Universidad Complutense de Madrid.

²¹⁶ Hay que señalar que el Capítulo XXIII de *Ámbitos de Aplicación I* referido a los Servicios Sociales y a la Salud fue redactado por Josep M^a Rueda, Francès Beltrí y José Giménez del Ayuntamiento de Barcelona y el referido a la Salud

Seminario sobre Perspectivas de la Intervención Comunitaria (1985)

Este Seminario supuso el primer acercamiento de entidad entre la Universidad y el mundo profesional relacionado con la salud comunitaria con la inclusión de los diferentes modelos que en él operaban. En palabras de su coordinador: *“obviamente el Seminario ha tocado sólo algunos aspectos -sin duda fragmentarios y parciales- pero éstos han sido tratados con rigor, y supone una aproximación a distintas concepciones teóricas y metodológicas a la hora de acercarse a la realidad de la intervención en Psicología Comunitaria”* (Ávila, 1985b). Participaron en ese Seminario psicólogos de los CMS/CPS y Servicios Psicopedagógicos de Madrid capital y provincia.

En la primera parte, dedicada a temas conceptuales y metodológicos, Rodríguez Sutil critica la atribución de ‘nuevo paradigma’ a la Psicología Comunitaria tal como hacen Costa y López en su artículo de 1982, para lo cual analiza el concepto kuhniano de paradigma y la imposibilidad de su aplicación a la psicología a la que entiende, siguiendo al historiador barcelonés Antonio Caparrós, como ciencia preparadigmática. Expone a continuación diferentes modelos para el trabajo en Psicología Comunitaria (Modelo de Salud Mental, Modelo de Acción Social y Modelo Ecológico) para acabar afirmando que *“no existe un paradigma único en Psicología Comunitaria, como en ninguno de los otros campos, que hasta ahora se han ido aplicando los conocimientos que se tenían de la clínica y de las ciencias sociales. En la práctica esto conduce a una gran diversidad de estrategias y formas de trabajo”* (obra citada p. 14) para las que, en todo caso, hace falta una explicitación del modelo filosófico general que, para el autor, es la filosofía dialéctica, cercana al modelo ecológico.

Francisco Muñoz desarrolla el rol del psicólogo en un Centro de Atención Primaria para lo cual parte de las orientaciones de la OMS sobre la concepción integral de salud y de la Atención Primaria así como de las directrices de la incipiente Reforma Sanitaria y de la Salud Mental. Termina exponiendo los dos niveles de intervención del psicólogo tanto en el primer nivel de atención primaria: asesorando a otros profesionales, en actividades de prevención, promoción de la salud y educación para la salud en relación con todo tipo de enfermedades, incluyendo ‘las mentales’, como en el nivel especializado con tareas de prevención secundaria y terciaria .

Carrasco expone un modelo de intervención en Psicología Comunitaria desde un Centro de Promoción de la Salud a partir su experiencia en el Centro de Villaverde y su ubicación desde un modelo operativo y, por último, Ávila (1985a) hace una introducción a las diferentes metodologías para la evaluación de programas en Psicología Comunitaria.

fue hecho por Juan Carlos Duro. En ese artículo se expone el marco de la Ley General de Sanidad en el que se iban implantando, a nivel comunitario, los Equipos de Atención Primaria, los Centros de Orientación o Planificación Familiar y los Equipos de Salud Mental. Desde una concepción psicosocial se defiende la intervención del psicólogo desde una perspectiva de la Psicología Comunitaria en esos tres aspectos (Atención Primaria, Planificación Familiar y Salud Mental) (Rueda, Beltrí, Giménez, y Duro, 1988). Es interesante recordar que, en el juego de poder que se daba esos años entre modelos psicosociales en salud, la participación de Juan Carlos Duro en ese libro colectivo fue solicitada, por sugerencia de J.Mª Rueda, hombre profundamente comprometido con una psicología aplicada de carácter crítico y comunitario alejado de planteamientos conductistas, en ‘competencia’ con Miguel Costa el otro candidato que se había barajado por los editores.

En la segunda parte, dedicada a la exposición de experiencias de intervención, Acosta²¹⁷ y Carballo presentan un programa de formación de agentes de salud de un barrio marginal de Carabanchel (Madrid), Encarna Vázquez su trabajo en salud materno-infantil desde el CPS de Vallecas. Sobre la misma población pero desde una perspectiva conductual plantea García Moreno su experiencia en el CPS de Vicálvaro. Olabarría y Carballo presentan el proceso de organización del trabajo comunitario en salud mental en el Distrito de Carabanchel, Busturia un programa de salud comunitaria con vejez llevado a cabo desde el Centro Municipal de Salud de Majadahonda, Costa centró su exposición en el papel del psicólogo en el desarrollo, planificación y evaluación de un programa interdisciplinario de salud buco-dental y Duro y López plantean *El programa de atención ambulatoria en salud mental comunitaria* a partir de su trabajo en los Servicios de Salud Mental de Getafe, destacando en esa presentación los dispositivos grupales de intervención en salud mental y especialmente las Primeras Entrevistas Grupales.

Es de resaltar, como suele ser habitual, la ubicación de la mayoría de los participantes dentro de un enfoque psicodinámico-operativo, es decir en un 'modelo' próximo al del convocante, frente al conductual. El Seminario se cerró con una mesa redonda en la que participaron Jiménez Burillo como decano de la Facultad de Psicología, Silva como Director del Departamento de Psicodiagnóstico, el psiquiatra Enrique Baca, en esos momentos, Jefe de Programas Docentes del IRES (organismo continuador del INSAM), el también psiquiatra Díaz Franco en tanto Director de los CPS del Ayuntamiento de Madrid y Adolfo Hernández en calidad de secretario del Colegio de Psicólogos.

Si bien en los anteriores textos y actividades la pluralidad de enfoques y experiencias es la tónica general también se publican libros de autor que exponen contundentemente sus planteamientos y opiniones. Es relevante destacar el publicado por Miguel Costa y Ernesto López titulado *Salud Comunitaria* (1986) por significar la primera sistematización global del modelo conductual (de competencias) defendido por los autores a partir de su experiencia en los Centros de Promoción de Salud.

Los distintos grupos profesionales 'de presión' realizan sus encuentros y jornadas más como un intento de reafirmación y cohesión grupal que de confrontación y apertura a nuevos horizontes²¹⁸.

En ese acercamiento Universidad-Sociedad cristaliza lo que se había ido fraguando en años precedentes: la relación Colegio de Psicólogos-Universidad. Las Escuelas de Verano serán su iceberg más visible, en ellas lo profesional 'ocupa' las aulas.

Las Escuelas de Verano del Colegio de Psicólogos (1987-1990)

Dentro de la política de potenciar la formación continuada de los psicólogos y de acercamiento a la Universidad, la Junta Rectora de la Delegación de Madrid lanza el proyecto de la Escuela de Verano como un espacio de actualización y formación de los psicólogos profesionales, al tiempo que de intercambio de experiencias y de debate²¹⁹.

²¹⁷ Médico epidemiólogo argentino que trabajaba en el CPS de Carabanchel.

²¹⁸ A modo de ejemplo citemos las jornadas organizadas en Madrid el 7 y 8 de marzo de 1986 sobre "*La Praxis grupal*" por el CIR.

²¹⁹ "*Este es el sentido de esta Escuela: un sentido de actualización, de reciclaje, de contrastación de experiencias y,*

I Escuela de Verano de Psicología. Psicología' 87

Probablemente el punto de inflexión de la relación entre la Academia y lo profesional lo marcó la organización conjunta entre el Colegio de Psicólogos de Madrid y la Universidad Complutense de la I Escuela de Verano de Psicología²²⁰ en 1987 celebrada en el campus de Somosaguas y que contó con la colaboración de la UAM, la UNED, la Cruz Roja y el Ayuntamiento de Madrid. Este evento congregó a lo largo de quince días a más de mil ciento veinte asistentes a los 65 talleres realizados, a las 9 conferencias y a los 7 debates impartidos por 105 profesores (Calles y Fernández, 1988; Duro, 1988b) .

Las conferencias centrales más relacionadas con nuestro tema fueron: *Nuevas perspectivas en Psicología Social y Comunitaria* por José Francisco Morales, catedrático de psicología social de la UNED, *Actualidad del psicoanálisis* por José Gutiérrez Terrazas, profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid, *Principales perspectivas de la Terapia de Conducta* por M^a Dolores Avia, catedrática de la Universidad Complutense de Madrid y *Perspectivas de la Psicología Grupal* por Armando Bauleo, en esos momentos director científico del Instituto de Psicología Social Analítica de Venecia (Italia)²²¹.

De los talleres ofertados en el Área de Salud, Educación y Servicios Sociales relacionados con la salud comunitaria ofrecemos una relación en el anexo 6.

De los debates celebrados en el marco de la I Escuela de Verano destacamos: *El psicólogo en las instituciones sanitarias*, moderado por Serafín Carballo y en el que participaron Antonio Marrón, subdirector general de Atención Primaria, Pilar Ballester, psicóloga del Hospital de la Cruz Roja de Madrid, José García, psiquiatra, director general de salud mental del Principado de Asturias y Manuel González de Chávez, psiquiatra, presidente de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) y *La formación especializada del psicólogo. El Programa PIR*, moderado por Pedro Pérez y en el que participaron: Tiburcio Angosto, psiquiatra, miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad. Carlos González, representante nacional de los MIR en Psiquiatría. Luis Prieto, Jefe del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Begoña Olabarria, secretaria de la Junta de Gobierno Estatal del COP.

Puede observarse, por la relación de temáticas y participantes en los talleres y debates, la preponderancia del enfoque psicosocial y comunitario desde los distintos modelos presentes en las prácticas de salud, educación y servicios sociales en Madrid. Desde el modelo conductual de competencias hasta el psicodinámico/operativo pasando por el más 'joven' modelo sistémico. La formación impartida en los talleres está basada, en gran medida, en las experiencias comunitarias de los centros municipales y la llevan a cabo los profesionales más relevantes de estos centros adscritos a los distintos modelos teóricos. Las conferencias están a cargo de profesores universitarios españoles (salvo la de Bauleo). Los debates muestran los temas de interés de la institución colegial, a saber: la inclusión de los psicólogos en las instituciones sanitarias públicas y la formación especializada en psicología clínica.

eso pensamos que se sitúa a caballo entre la experiencia profesional, la experiencia universitaria y la formación. Por eso hemos buscado la colaboración de las universidades" (Colegio de Psicólogos, 1987, p. 61).

²²⁰ Siendo el coordinador de la I Escuela de Verano Juan Carlos Duro.

²²¹ De esta manera volvía al mismo salón de actos donde, trece años antes, agitaba a las masas estudiantiles en favor de una psicología crítica y 'revolucionaria'.

De la II a la IV Escuela de Verano (1990)

Dado el considerable éxito de la I Escuela de Verano, año tras año, hasta 1993, se fueron celebrando nuevas ediciones con una similar audiencia durante las primeras y con un fuerte declive de participantes en las últimas ediciones. En la segunda edición se mantienen talleres relacionados con un enfoque comunitario, aunque empieza la diversificación de campos: se comienza a hablar más de aspectos técnicos que de planteamientos metodológicos globales. Lo comunitario se mantiene referido a la salud mental, la educación para la salud remite a la institución escolar y emergen, desde el modelo cognitivo-conductual, la psicología de la salud en temas específicos como el SIDA y el trabajo de habilidades sociales en la rehabilitación de ‘enfermos mentales’.²²²

En la tercera edición de 1989 es llamativo, junto con el descenso de ‘lo comunitario’ en salud (los grupos terapéuticos en salud mental comunitaria se mantienen por último año), la eclosión de talleres relacionados con las drogas lo que es coherente con la puesta en marcha de los distintos Planes Regionales y Municipales de atención a la drogodependencia con un gran protagonismo de los profesionales de la psicología.

La evolución es clara: del enfoque psicosocial y comunitario en salud (incluyendo problemáticas psicosociales relacionadas con la salud desde un sentido amplio), llevado a cabo por los CPS/CMS de los ayuntamientos, a la salud mental comunitaria (asistencia desde los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid y rehabilitación desde los Centros Psicosociales de Rehabilitación de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid) y al trabajo sobre drogas desde el Plan Regional de la Comunidad de Madrid (en colaboración con los ayuntamientos metropolitanos) y el Plan Municipal del Ayuntamiento de Madrid.

La Ley General de Sanidad (1986)

En el segundo mandato del Gobierno del PSOE el 25 de abril de 1986 se promulgó una de las leyes más importantes para el conjunto de la sociedad española: la Ley General de Sanidad. Esta Ley da respuesta al primer punto de la Constitución Española que reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros en España, aunque no generaliza la gratuidad. Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes con la Constitución. Este Proyecto de Ley propone como reforma fundamental la creación de un Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), convenientemente coordinados cuya base son las Áreas de Salud, organizadas según concepción integral de la Sanidad, teniendo en cuenta la proximidad de los servicios a los usuarios y una gestión descentralizada y participativa.

²²² Obsérvese que ya no hay ningún ‘reparo’ en esa denominación, algo impensable diez años antes desde esa misma institución.

Los Organismos encargados de la gestión serán las CCAA en la medida que se vayan produciendo las transferencias desde los niveles centrales: integración de centros, control y gestión de las Áreas de Salud y las corporaciones locales que se incorporan también en los órganos principales del Área.

Los principios generales que orientan todo el articulado de la Ley General de Sanidad son tres:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Uno de los capítulos que mayor crítica despertó entre los profesionales de la salud mental, y especialmente entre los psicólogos, fue el capítulo tercero: *De la salud mental* por su ambigüedad y poca concreción frente a las enormes expectativas que había levantado este apartado. Por su relevancia para el tema que nos ocupa lo transcribimos íntegramente: “sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. *La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.*
2. *La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*
4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.*

Respecto a las competencias de gestión de las Corporaciones Locales se reducen a la participación en los órganos de dirección de las Áreas de Salud. Además los Ayuntamientos debe-

rán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

Por último respecto a la docencia y la investigación la Ley plantea que las Administraciones Públicas competentes en Educación y Sanidad promoverán la revisión permanente de las Enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española. Asimismo, dichos departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en ciencias de la salud y la actualización permanente de conocimientos.

La Ley General de Sanidad, a pesar del considerable grado de ambigüedad con el que está expresada, como no podía ser de otra manera, ya que fue el fruto de negociaciones y pactos entre fuerzas políticas y profesionales de muy distinto signo, no deja de constituir un apreciable marco que rezuma influencias de los pensamientos psicosociológicos de los años setenta.

El concepto integral de salud (biopsicosocial), la importancia de la atención integral en el nivel de la atención primaria de salud, la atención a la salud mental en la comunidad y la participación comunitaria son elementos constitutivos de un enfoque en salud que ponía las bases para una atención sanitaria pública, equitativa, interprofesional e interdisciplinar y centrada en la comunidad. Los psicólogos veían así abrirse, al menos teóricamente, sus posibilidades de intervención en el campo de la salud comunitaria en tan sólo poco más de una década de su irrupción en la escena sanitaria.

Prácticas profesionales

Veremos a continuación las principales prácticas profesionales de los psicólogos en la década de los ochenta en relación con la Reforma Sanitaria.

Auge y declive de los CMS/CPS (1982-1985)

A partir de 1982 con el acceso del PSOE al gobierno de la nación y la profunda crisis del PCE comienzan a replantearse las orientaciones municipalistas de ambos partidos, una vez que el primero se encontró con un poder casi absoluto en todas los niveles de la Administración (central, autonómico salvo en Cataluña y el País Vasco, y local) y el segundo con un poder residual en algunos pequeños municipios. En el Ayuntamiento de Madrid, y en el de la mayoría de los pueblos de la periferia, el PSOE gobernaba en solitario a partir de las segundas elecciones municipales de 1983. La impetuosa experiencia de los CMS/CPS fue perdiendo fuerza de tal manera que, a partir de 1985, ya no se crean nuevos centros en Madrid.

Con el fin de hacer un seguimiento pormenorizado de su evolución, dado que se intuía su inevitable transformación, desde el mismo Colegio de Psicólogos se hace un nuevo estudio en 1985 cuyo objetivo era actualizar la situación y esbozar las perspectivas de los CMS/CPS a la luz del nuevo mapa político-institucional.

Como resumen de la evolución habida desde 1980 a 1985 (Duro, Sanchís, y Suárez, 1986) podemos decir que en 1985 son 347 los profesionales que trabajan en Centros Municipales/de Promoción de Salud de Madrid y sus municipios. La media de profesionales que trabajan en un centro es de trece personas, aunque hay una diferencia muy importante ya que oscilan entre los cuatro de Valdemoro y los treinta y cuatro de Tetuán. Los psicólogos están presentes en todos los centros municipales/de promoción de salud, a excepción de uno, por lo que se nos presenta como un profesional necesario en este trabajo. En cuanto a los psicólogos y otros profesionales encontramos que en relación con los médicos, éstos siguen siendo los profesionales mayoritarios en las plantillas de los centros. Sin embargo, en este punto sí encontramos diferencias acusadas en lo que se refiere a CPS y CMS. En los primeros, CPS, los médicos representan un 46% de la plantilla total, representando los psicólogos un 8%. En CMS la representatividad del médico disminuye, mientras que la del psicólogo aumenta. El número de médicos que trabajan en CPS es algo más del doble de los que trabajan en CMS. La explicación a este hecho viene dada por la necesidad que tienen los CPS de asistir a la población de la Beneficencia Municipal. Esta acusada diferencia la encontramos también al estudiar el número de psiquiatras que trabajan en estos Centros de Salud. Mientras que en los CPS los psicólogos van a representar un 8% de la plantilla total y los psiquiatras un 11%, en los CMS este orden se invierte, pasando a representar los psicólogos un 15% y los psiquiatras un 3%. Es decir, de los veintiséis psiquiatras que trabajan en Centros de Salud de los Ayuntamientos, veintitrés los hacen en CPS y los tres restantes en CMS.

Los CMS-CPS que en un principio comenzaron trabajando en dos grandes áreas: Planificación familiar y Salud Mental, en coherencia con los planteamientos de salud integral que postulaban, van ampliando sus programas de trabajo dirigiéndolos a sectores de población e incluyendo la salud mental como un aspecto de los programas. En 1985 los CMS/CPS se vertebran alrededor de los tres programas siguientes: Programa de planificación familiar. Programa de salud materno-infantil y Programa de salud escolar, desarrollándose en algunos centros programas de tercera edad y de marginación y prevención de toxicomanías. Salud mental que al comienzo, en la casi totalidad de los centros, se concebía como un servicio, se va transformando en una actividad de apoyo al resto de los programas, aunque de una manera ambigua y desigual. El aspecto asistencial de salud mental se va relegando a un segundo plano y la participación del psicólogo como especialista en salud mental se da en los aspectos preventivos, de promoción y educativos. Tendríamos que hablar, pues, de la salud mental en cada programa de salud.

Los psicólogos, a partir de su orientación teórica, realizan nuevas aplicaciones de la misma para adaptarse a las nuevas demandas de la psicología comunitaria. Ésta se nos presenta por lo tanto, como un campo nuevo, para el que los profesionales de la psicología han tenido que adecuar sus conocimientos propios. Como consecuencia, los psicólogos realizan cursos de formación específica de psicología comunitaria. La demanda no hace referencia a formación en un determinado marco técnico, sino que buscan nuevos conocimientos que les permitan desarrollar su trabajo en el campo de la salud comunitaria.

Agrupando los datos podemos decir que el 45% de los psicólogos de los CMS/CPS de-

claran tener una orientación psicoanalítica, psicoanalítica y de psicología social y/o dinámica, mientras que el 24% se declaran de orientación conductual y cognitivo-conductual, 5% sistémicos, 10% eclécticos, 4% de la escuela de Piaget y de la escuela soviética (sic) y no consta el 12%. Si comparamos estos datos con los publicados por Pilar Ferrezuelo (1985) para psicólogos que trabajan en la práctica privada de Madrid en los que los psicólogos de orientación psicoanalítica suman 30%, los de orientación humanista un 16%, los cognitivo-conductuales un 21,6%, los de terapia de conducta un 19,2% y los eclécticos un 19,6% (la suma mayor de 100 es porque algunos se han posicionado en más de una categoría), se puede observar que en estos años, y teniendo en cuenta la posible variabilidad de los datos por las dificultades metodológicas de este tipo de estudios, las autoadscripciones a escuelas psicológicas entre los psicólogos con práctica clínica privada se reparten casi al 50% entre psicólogos que podemos englobar como de orientación dinámica (psicoanalítica y humanista suman un 46%) y psicólogos de orientación conductual y cognitivo-conductual que suman un 40 %. En la práctica pública de los CMS/CPS esta proporción se inclina a favor de la orientación 'dinámica' (que por otro lado mantiene casi el mismo porcentaje que en la privada, un 45% por un 46%) por menor implantación de los psicólogos cognitivo-conductuales (un 24% frente a un 40% de la privada). Aparecen nuevas orientaciones en la práctica pública (sistémicos, cognitivistas, etc.).

Además, los psicólogos de la práctica pública englobados en una orientación 'dinámica' están fuertemente influidos por la denominada psicología social operativa, analítica o de grupo operativo.

Los CPS del Ayuntamiento de Madrid pendientes de inauguración se quedaron en el tintero, y los existentes CMS/CPS se fueron diluyendo lentamente en la medida que los ayuntamientos los fueron desmantelando, integrándose funcionalmente con los equipos de salud mental de la Comunidad Autónoma o simplemente con la reconversión de sus profesionales en otros servicios municipales como en los Centros de Atención a los Drogodependientes (CAD), servicios de salud laboral o departamento de personal, entre otros.

Con la 'puesta en marcha' de la Reforma Psiquiátrica en Madrid y la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 podemos decir que empieza una nueva etapa para los psicólogos y la psicología aplicada a la salud. Se pasa de los CMS/CPS y de los planteamientos integrales en salud (enfoque de promoción de salud) a la consolidación del psicólogo en los servicios de salud mental, aunque todavía con los planteamientos de salud mental comunitaria.

Los Centros de Orientación Familiar (1984-1990)

La 'herencia' de los primeros Centros de Planificación Familiar de los partidos políticos y asociaciones ciudadanas fue recogida, por los CMS/CPS de los Ayuntamientos en los años ochenta, uno de cuyos servicios/programas, básico en todos ellos, era el de planificación familiar.

Por otro lado, dentro del Plan General de Centros de Orientación Familiar elaborado en 1983 por el Mº de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública,

en colaboración con el Instituto de la Mujer, es el Insalud el que, en 1984, crea algunos Centros de Orientación Familiar²²³ en los que se incluye algún psicólogo y que funcionará en estrecha relación con los recién creados Centros de Salud. Posteriormente las Unidades Básicas de Orientación Familiar (UBOF) funcionarán como unidades de apoyo a los Centros de Salud del Insalud dentro del Programa de Atención a la Mujer, a partir de la aplicación de la Ley General de Sanidad de 1986 y del Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres²²⁴ (1988-1990) (Instituto de la Mujer, 1991; Martín, 1995).

En el desmantelamiento de los centros de los ayuntamientos el servicio/prestación que más 'se resiste' a desaparecer es el de planificación familiar, aún cuando cada vez quede más reducido a la estricta consulta ginecológica. Si bien históricamente la práctica profesional relacionada con la planificación familiar ha estado vinculada a planteamientos psicológicos, en la medida que ésta comienza a ser asumida por parte del Insalud se va 'medicalizando' frente a los modelos anteriores mucho más biopsicosociales e interdisciplinarios. Así la atención en las UBOF y en los COF de la Atención Especializada recae exclusivamente en ginecólogos y la atención a la planificación familiar en los Centros de Salud del Insalud es limitada e irregular en palabras de sus principales impulsoras por motivos como la indefinición de funciones, la escasez de formación, las dificultades de coordinación con el nivel especializado y la magnitud de la población diana por atender en un marco de sobrecarga de la atención primaria (Serrano, 1996).

Ilustrativa del cambio producido es esta cita que se refiere al devenir de la atención de la planificación familiar en el Insalud en estos diez años: *"a principios de los años ochenta (...) estábamos ilusionados porque los programas se realizaban, los Centros Municipales trabajaban con Equipos Multidisciplinares, funcionando bastante bien. Cuando llegó la integración en el Insalud, para su universalización, fue un momento difícil. Nos lo creímos, unos con más reticencias que otros, pero a pesar de ello, defendimos la integración. Sin embargo, ahora, al revisar la situación, siento, a veces, pena. Sí, la asistencia se habrá universalizado pero la mayoría de los servicios de planificación familiar del Insalud no se parecen en nada. Principalmente se da prioridad al aspecto médico-asistencial, las listas de espera son enormes, no se trabaja de forma multidisciplinar, los equipos que hay no suelen ser adecuados ni por el número, ni por los perfiles profesionales necesarios, etc."* (Velasco, 1996). Asistencia para todos pero bajo el prisma del modelo médico. Ésa será una constante de los procesos de reformas institucionales de estos años y venideros.

Las Unidades de Salud Mental (1985)

El Insalud, por iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, siguiendo las directrices emanadas del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, a finales de 1985 y principios de 1986 puso en marcha varios equipos de salud mental en el marco de

²²³ El primer Centro de Orientación Familiar del Ministerio de Sanidad fue creado en 1978 y transferido a la Comunidad de Madrid en 1983.

²²⁴ Una laguna importante que fue siendo reivindicada con el paso de los años fue la atención a los más jóvenes, adolescentes incluso, sobre todo en demandas de información, orientación psicosexual, y en interrupción voluntaria del embarazo (Méndez, 1985). Parte de la respuesta la dio la Federación Española de Planificación Familiar con la puesta en marcha de un Centro en Madrid y posteriormente el Insalud con la implementación del Programa Consulta Joven en algunos Centros de Salud, especialmente en el Distrito de Fuenlabrada del Área 9 del Insalud (Duro y Molina, 1998).

la atención primaria, compuestos por un psiquiatra, un psicólogo y un ATS. En Madrid en junio de 1986 funcionan 8 equipos de salud mental²²⁵ dependientes del Insalud. Su responsable²²⁶ los define así: *“los profesionales que los forman trabajan en jornada completa (40 horas semanales) y prestan cuidado de tipo asistencial, de apoyo a los equipos de atención primaria, y a los médicos generales y pediatras del Insalud, y desarrollarán también programas de tipo preventivo, investigación, etc.”* (Lamata, 1986, p. 27).

Evidentemente todas las iniciativas institucionales de esos años están gestionadas por políticos socialistas y todos siguen, aunque haya divergencias dentro de las ‘familias’ del PSOE, las líneas marcadas por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Así el Insalud recogía en un documento interno la filosofía y normas de funcionamiento de ‘sus’ equipos de salud mental (Insalud, 1986): *“estos equipos (unidades) de salud mental reúnen las siguientes características: son multidisciplinarias. Son unidades especializadas en área de salud mental. Su ámbito de actuación se localiza en la comunidad en estrecha coordinación con los equipos de atención primaria. Estas unidades constituyen un primer esbozo de los equipos de salud mental comunitaria, que asumirán la asistencia psiquiátrica de cada área de salud (...). Es preciso lograr una integración funcional con el resto de los dispositivos asistenciales psiquiátricos dependientes de otras administraciones, con el fin de alcanzar una utilización óptima de los recursos públicos dedicados a salud mental”* (Insalud, 1986, p. 22).

También hay que contextualizar el nacimiento de estos equipos de salud mental del Insalud en la incipiente reforma sanitaria iniciada en Madrid en 1984 con el Real Decreto de creación de las Zonas Básicas de Salud y el comienzo de reconversión de los ambulatorios y puesta en marcha de nuevos Centros de Salud con los equipos de atención primaria²²⁷. Desde este marco institucional (en algunos casos la ubicación física de estos equipos de salud mental era en el local del Centro de Salud del Insalud) se entiende el énfasis en la colaboración con los equipos de atención primaria hasta tal punto que en el documento interno del Insalud se dice: *“las Unidades de Salud Mental compartirían con los equipos de Atención Primaria una misma metodología de trabajo, que puede resumirse en: diagnóstico de la situación de salud del área (...). Formulación de un plan (...). Abordaje integral del problema salud-enfermedad y situación enmarcada en el seno de la comunidad. Esto implica la participación del ciudadano en las tareas de planificación, organización, funcionamiento y control de la unidad”* (Insalud, 1986, pp. 23-24).

Dentro de las funciones asistenciales en los consultorios y domicilio, de apoyo a los equipos de atención primaria, preventivas y de promoción de la salud mental y de investigación), al psicólogo, de manera específica, se le atribuyen funciones de:

²²⁵ Alcalá de Henares, Alcobendas, Alcorcón, Coslada, Fuenlabrada, San Blas, Parla y Vallecas.

²²⁶ Fernando Lamata, Director Provincial del Insalud en Madrid y psiquiatra no ejerciente.

²²⁷ A ellos se refiere Fernando Lamata en el artículo antes citado: *“aunque no se trata de recursos específicos, sin embargo es preciso referirse a la labor que van a realizar y están realizando los equipos de atención primaria que ya tienen un año de funcionamiento en Madrid. Los 11 equipos de atención primaria, desarrollan su labor en mejores condiciones (nunca las ideales) de dotación, de tiempo y espacio y ello les permite abordar los cuidados del individuo y de la población de una manera más completa y adecuada. Y desde luego pueden abordar y desarrollar programas de salud mental, con el apoyo y la tutela de los servicios especializados”* (Lamata, 1986, p. 27).

1. *“Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológicos, psicodiagnóstico.*
2. *Desplazamiento a otras localidades del área de salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.*
3. *Colaboración en las interconsultas con los equipos de atención primaria.*
4. *Intervención en las tareas de prevención y promoción de la salud mental.*
5. *Realización de los estudios epidemiológicos y de otras labores de investigación desarrolladas por las Unidades de Salud Mental.*
6. *Participación en las reuniones de las unidades de salud mental y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.*
7. *Colaboración en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc.”*
(Insalud, 1986, p. 24).

En un afán de estipular la propia organización de las actividades se propone, a título orientativo una distribución horaria de las actividades por la que el psicólogo (el psiquiatra y el ATS prácticamente igual) debería dedicar un 40% de su tiempo a actividades asistenciales, un 15% a funciones de apoyo a los equipos de atención primaria y de promoción de la salud mental, un 20% a la investigación y estudios epidemiológicos, un 10% a reuniones internas y de coordinación con otras instituciones y un 10% a funciones administrativas. Una de las diferencias entre los psiquiatras y los psicólogos es que la coordinación de esas unidades le corresponde a los primeros y nunca a los segundos. En este documento se establece además que los psicólogos de los Centros de Orientación Familiar se integren funcionalmente en la Unidades de Salud Mental, según lo que dispongan las direcciones provinciales respectivas.

El planteamiento de estas Unidades de Salud Mental, que deberían ser el esbozo de los Equipos de Salud Mental Comunitaria que asumieran la asistencia psiquiátrica de cada área de salud, se podría inscribir en la tradición de la psicología y psiquiatría comunitaria y dentro del nuevo modelo de atención a la salud propuesto por la Ley General de Sanidad. La salud mental, la orientación familiar y la psicoprofilaxis obstétrica serían unidades de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, todos incluidos en los nuevos Centros de Salud del Insalud (Ballesteros, 1991).

Los Servicios de Salud Mental (1984)

Desde la misma intencionalidad política explícita en la creación de los CMS, a saber: reivindicar a la administración central, hasta lo establecido en la Ley General de Sanidad respecto a la salud mental (capítulo III), pasando por las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, era claro que se quería poner fin, en primer lugar, al caos organizativo precedente caracterizado por la duplicidad y ‘triplicidad’ de redes de atención a la salud mental. Insalud con sus neuropsiquiatras de zona, sus recién creadas

8 Unidades de Salud Mental y sus Servicios de Psiquiatría en Hospitales generales, la Comunidad de Madrid con sus Servicios (también llamados Centros) de Salud Mental con personal propio y personal integrado funcionalmente procedente de CMS en la periferia de Madrid, con sus hospitales psiquiátricos e incluso con algún servicio de psiquiatría en hospitales generales de su competencia (Gregorio Marañón, La Princesa) y los restos de salud mental en otros CMS no integrados y los CPS del Ayuntamiento de Madrid que campean a su aire²²⁸.

En relación con las prácticas profesionales desde la desaparición del INSAM y la creación del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid en 1984 comienzan a organizarse equipos/centros/servicios de salud mental en algunos pueblos de la periferia de Madrid en base a algunos núcleos de salud mental de los Centros Municipales de Salud²²⁹ más el ‘refuerzo’ de personal de la Comunidad bien ‘reconvertido’ de sus recursos hospitalarios (hospital Alonso Vega primero y Leganés después) bien de nueva contratación²³⁰. A partir de 1985 la red se incrementará con la incorporación de los recursos transferidos del AISNA. En la capital de España los Servicios de Salud Mental están formados exclusivamente por profesionales dependientes de la Comunidad de Madrid. Estos servicios atienden, en 1986, los distritos de Ciudad Lineal, Fuencarral, Hortaleza, Salamanca-Chamartín, San Blas, Retiro-Moratalaz, Tetuán-Chamberí, Moncloa-Latina y Carabanchel.

En palabras de Luis Prieto, quien sería el máximo responsable de la salud mental en la Comunidad de Madrid desde 1984 a 1995: *“el modelo está basado en los siguientes principios generales:*

1. *Concepción de los servicios de salud como un sistema integrado de recursos humanos, tecnológicos y materiales dirigidos a mantener, proteger, promover y restaurar la salud de la población.*
2. *Concepción de los servicios de salud mental como subsistema de salud, y no como una especialidad médica más, debiendo, en consecuencia, integrarse en el conjunto del sistema de salud y participar en todas y cada una de las acciones que tienden a garantizar la protección y restauración de la salud de la población como objetivo final.*

²²⁸ En 1988 el Ayuntamiento de Madrid firma un Convenio con la Comunidad para la integración funcional de sus recursos cuyo objetivo es *“avanzar hacia la progresiva integración de las redes de atención a la Salud Mental que actualmente intervienen en el ámbito territorial del Ayuntamiento de Madrid, en el sentido previsto por la Ley General de Sanidad, constituyendo una red única de prestaciones en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica”*. En él se acuerda la incorporación del Ayuntamiento de Madrid al Comité de Enlace y Coordinación ya existente formado por la Consejería de Salud y el Insalud de Madrid. Este Convenio tuvo muchas dificultades para su implementación, a pesar del mismo color del partido político gobernante en las tres instituciones en esos primeros años. Posteriormente los cambios políticos lo convirtieron en papel mojado de tal manera que de nuevo el 19 de marzo de 1997 se firma otro Convenio prácticamente con los mismos objetivos entre Comunidad, Ayuntamiento e Insalud pero esta vez con distinto color político del partido gobernante en las tres administraciones (es conocido que en 1988 gobernaba el PSOE y en 1997 es el Partido Popular quien gobierna).

²²⁹ Desde 1984 existían convenios de la Comunidad Autónoma con los ayuntamientos de Móstoles, Getafe, Alcorcón, Leganés y Alcobendas. Con Fuenlabrada, Colmenar Viejo y Parla desde 1985 y con Alcalá de Henares a partir de 1986.

²³⁰ En Getafe, por ejemplo, algunos profesionales —el psiquiatra Jefe de los Servicios que puso la Comunidad en 1984, José Francisco Montilla, la segunda psiquiatra que contrató esos años, Teresa Capilla, el resto de psiquiatras que se fueron incorporando posteriormente, y la trabajadora social Mar Castillo— fueron todos de nueva contratación. Los ATS, José Luis Cortés e Isabel de Miguel, sin embargo, eran profesionales ‘reconvertidos’ del antiguo Alonso Vega. Los tres psicólogos de los primeros años, M^a Luz Ibáñez, Rosina Vignale, Juan Carlos Duro, otra psiquiatra Luisa López y las administrativas Julia Flores y Elena Gandul procedían del Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Getafe.

3. *Los servicios psiquiátricos se integrarán dentro del ámbito de la asistencia sanitaria general, sin que en ningún caso puedan plantearse redes paralelas específicas, y sin que ello implique, obviamente al igual que en otro tipo de patologías, la ausencia de la necesaria y natural diferenciación de medios y acciones.*
4. *Adopción de un modelo de atención centrado en la comunidad mediante el desarrollo de servicios de salud mental con responsabilidad territorializada (constituyendo el segundo escalón del nivel de atención primaria).*
5. *Ubicación de las Unidades de Agudos en los Hospitales generales, haciendo realidad el principio básico de la no discriminación del enfermo mental en relación con los otros enfermos.*
6. *Transformación de los hospitales psiquiátricos, generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras. El objetivo final de dicha transformación es su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario o su reconversión en instituciones residenciales dependientes de los servicios sociales.*
7. *Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población haciendo hincapié en la formación en salud mental de los agentes naturales de la población y desarrollando acciones específicas sobre los grupos de población de alto riesgo” (Prieto-Moreno, 1986, p. 16).*

La composición de los equipos de salud mental es variable en su número, estando generalmente formados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapia ocupacional y auxiliar administrativo. Los programas que se llevan a cabo son: Evaluación. Atención ambulatoria. Apoyo a la atención primaria y los servicios sociales. Urgencias. Rehabilitación y reinserción social. Hospitalización breve. Hospitalización parcial. Atención domiciliaria. Infanto-juvenil y toxicomanías²³¹. Se consideran como prioritarios los tres primeros programas. A través de ellos se evalúa la demanda, analizando la oportunidad o no de su asistencia por parte del equipo de salud mental y se va desarrollando el apoyo a la asistencia primaria del distrito.

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

Los psicólogos en la Reforma Psiquiátrica de Madrid

Las primeras contrataciones de psicólogos por parte del INSAM fueron escasas ya que contrataron para el equipo de planificación a un psicólogo-sociólogo y a 5 psicólogos para que se integraran en los incipientes Centros de Salud Mental que comenzaban a crearse en la comunidad, la mayoría a partir de los iniciales Centros Municipales de Salud de los Ayuntamientos de la periferia de Madrid.

²³¹ A cambio de realizar este programa el Servicio de Salud Mental pudo contratar a algunos psicólogos con financiación proveniente de 'drogas' que se integraron en los equipos de salud mental.

Respecto al número de psicólogos trabajando en el sistema sanitario público de Madrid en 1986, según datos de la Consejería de Salud y Bienestar Social, se reparten como sigue:

Psicólogos	Ambulatorio	Hospital General	Hospital Psiquiátrico	Total
Servicio Regional de Salud	37	6	16	64
Municipales	43			43
Insalud	8	10		18
Cruz Roja		3		3
Total	88	19	16	123
%	71	154	13	100

Vemos pues que, en Madrid en 1986, hay recursos para trabajar en salud mental comunitaria (entre ellos psicólogos) dependientes de tres administraciones: los supervivientes de los CMS/CPS que dependen de los ayuntamientos, los pertenecientes al Servicio Regional de Salud y a la Dirección General de Bienestar Social de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma (provenientes de las transferencias del AISNA, de la reconversión de los hospitales psiquiátricos y de nuevas, pero escasas, contrataciones ‘ad hoc’) y los recién creados equipos (unidades) de salud mental y algunos psicólogos más incluidos en Centros de Orientación Familiar del Insalud. En conjunto los psicólogos del INSAM, junto a los psicólogos transferidos del AISNA, más los integrados funcionalmente pertenecientes a los ayuntamientos, y algunos de las 8 Unidades de Salud Mental que el Insalud pone en marcha en 1985 en Madrid también integrados funcionalmente, sumarán alrededor de 130 psicólogos²³² trabajando en los Servicios de Salud Mental de Madrid en 1986.

En Madrid en 1994 habrá una tasa de 6,75 psiquiatras por 3,27 psicólogos por cada 100000 habitantes” (Subdirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996, p. 94).

Salud Mental y Servicios Sociales

Al mismo tiempo que se van organizando los dispositivos de atención a la salud mental, se van creando los Servicios Sociales Generales o de base en los ayuntamientos que, aunque no contratan psicólogos, sí asumen parte del trabajo comunitario relacionado con aspectos preventivos y de promoción de la salud desde la perspectiva de la calidad de vida. A su vez toman forma algunos Servicios Sociales Monográficos más relacionados con la salud como los Centros de Día para la rehabilitación de enfermos psiquiátricos (incluidos en los Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica) y los Centros

²³² Por las múltiples dependencias administrativas las fuentes de datos son variables en su estimación del número de psicólogos en la salud mental madrileña.

de Atención a Drogodependientes (CAD) incluidos en el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid y en el Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de la capital. En ambos tipos de centros hay psicólogos trabajando en tareas asistenciales, de rehabilitación, prevención y educación para la salud.

Esta ‘expansión’ de lo que a comienzos de los ochenta se concentraba en los CMS/CPS permitió un considerable aumento de recursos en los servicios públicos en lo que a psicólogos se refiere y una mayor diversificación en el trabajo comunitario al poder llevarse a cabo desde varios lugares institucionales.

Se comenzaba a vislumbrar la ambivalencia socialista respecto al fortalecimiento del estado de bienestar y los vaivenes ideológicos de sus dirigentes a la hora de proyectar las políticas de intervención en materia de bienestar social.

El hecho de su discriminación pero del mantenimiento conjunto en grandes áreas de intervención (por ejemplo en las Consejerías de Salud y Bienestar Social) apoyaba la idea de una planificación común. Planificación común de los servicios sociales junto con los servicios de salud y con los educativos-culturales y su correspondiente coordinación en la práctica, favorecida por el artículo 148.1 de la Constitución Española que faculta a las comunidades autónomas asumir competencias en estas materias y concretamente en materia de asistencia social. La promulgación de leyes de Servicios Sociales en algunas comunidades autónomas (Cataluña, Navarra, Murcia, entre otras), suponía un acercamiento de la administración a las necesidades y demandas de los ciudadanos, a los que se responde siguiendo dos modalidades de servicios sociales: servicios sociales de carácter general y servicios sociales monográficos o específicos. Como un ejemplo de trabajo integrado en la comunidad se valora positivamente el hecho de que en Madrid se hubiera llevado a cabo, una misma zonificación (organización administrativa de zonas de población) en la que se colocan los servicios sociales generales y los distintos dispositivos sanitarios, fundamentalmente centros de salud. En cada Zona Básica de Salud donde se ubique un Centro de Salud le corresponde unos determinados servicios sociales que se encargan de trabajar con el mismo núcleo de población que el equipo de atención primaria (médico de familia, pediatra, ATS y trabajador social).

Teníamos aquí una primera relación entre servicios sociales y salud. En la asistencia se tenía que establecer una doble comunicación fluida de manera que desde los primeros se pudiera hacer una labor de detección precoz y orientación adecuada hacia el sistema de atención a la salud y desde éste se derivase correctamente a las personas que requieran apoyo social o que sea conveniente para su salud la integración y participación en la vida comunitaria. Sin embargo ya entonces surgían serias reticencias²³³. El segundo nivel de relación entre servicios sociales y salud lo situábamos en el ámbito de la atención especializada o segundo eslabón asistencial.

²³³ “Mucho nos tememos que este modelo de funcionamiento a la hora de su puesta en marcha encuentre no pocas dificultades escorándose hacia un asistencialismo paternalista propio del Welfare State en los dos polos (sanitario y servicios sociales) en detrimento del trabajo preventivo y de desarrollo comunitario. Ojalá la historia nos demuestre que estábamos equivocados” (Berdullas y Duro, 1986, p. 5). La historia, hasta ahora, está demostrando que, lejos de profundizar en el estado de bienestar –primero con el PSOE y después, en mayor medida, con el Partido Popular–, nos encaminamos hacia cierta liquidación del Estado con lo que eso implica de desprotección para las clases más desfavorecidas en el in-equitativo juego del mercado.

Evidentemente el apoyo, asesoramiento y cooperación del equipo de salud mental a los servicios sociales generales dependerá de las características de la comunidad sobre la que se incida, pero no era difícil anticipar el énfasis que se pondría en los problemas de toxicomanías, tercera edad, salud mental infanto-juvenil, reinserción de personas ‘psiquiatrizadas’, entre otras. La relación entre los servicios de salud mental con el resto del sistema sanitario (especialmente con la atención primaria de salud y el nivel hospitalario) y con la red de los servicios sociales generales garantiza la integralidad ‘normalizada’ del circuito asistencial sin tener que recurrir, al menos en exceso a los servicios sociales monográficos o específicos, ya que los posibles efectos marginadores hacían ser cuanto menos prudentes en su valoración²³⁴.

Vamos a reseñar a continuación aquellas prácticas que dependiendo administrativamente de los servicios sociales mantienen una directa relación con el tema de la salud comunitaria y en las que los psicólogos tienen un importante papel.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (1988)

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son puestos en marcha en 1988 por la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid dentro del Programa de Alternativas Sociales a la Institucionalización Psiquiátrica en coordinación con la Consejería de Salud y dentro del Plan para la Reforma Psiquiátrica de Madrid²³⁵. Así los enmarca uno de sus responsables: *“la Comunidad de Madrid es una de las pocas que cuentan con un programa específico desde servicios sociales dirigido a la población enferma mental crónica: el Programa (...) se viene desarrollando desde 1988 con la misión de atender sus necesidades sociales específicas y promover su rehabilitación e integración, así como apoyar a sus familias. Para ello, desde una lógica de colaboración y complementariedad con los servicios de salud mental, viene poniendo en marcha un conjunto de recursos específicos de rehabilitación y soporte comunitario”* (Rodríguez González y Sobrino, 1997, p. 58).

Este programa institucional y organizativamente está dentro de los llamados Servicios Sociales Especializados o Monográficos²³⁶, en el mismo ‘registro’ que los Programas sobre Drogas. Se inscribe dentro de los servicios sociales especializados y trabaja en estrecha colaboración y coordinación con los servicios de salud mental, a los que sirve como apoyo

²³⁴ “Desde un planteamiento teórico si la salud y el bienestar social responde al equilibrio de los elementos que componen una realidad compleja, no es lógico creer que ésta pueda ser abordada de modo parcial desde servicios sociales de carácter monográfico cuya tendencia es a explicar el todo a través de las partes. La proliferación de servicios monográficos debe mirarse con cierto recelo, en cuanto que su significado podría interpretarse en el sentido de fracaso de una política general integrada de salud y bienestar social, o bien dicha proliferación puede responder a búsqueda de protagonismo y parcelas del poder de políticos de cortas miras que supeditan el interés de los ciudadanos a su prestigio y protagonismo personal e institucional. En cualquier caso pensamos que la puesta en marcha de servicios sociales específicos, en caso de ser necesaria, se haga coherente y coordinadamente con el resto de dispositivos socio-sanitarios” (Berdullas y Duro, 1986, p. 5).

²³⁵ De estos Centros de Rehabilitación Psicosocial dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (de nuevo las unió, esta vez el Gobierno del PP) de la Comunidad de Madrid, a mediados de los años 90, cuatro de ellos son centros propios de la Consejería que se gestionan mediante contratos de servicios, correspondiendo la gestión técnica de dos de esos centros a empresas privadas EXTER y los otros dos a la empresa INTRESS. Otros dos centros son concertados, uno de ellos con las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y otro, un Centro de Rehabilitación Laboral, concertado con la Asociación Psiquiatría y Vida (Rodríguez González, 1997).

²³⁶ Aun cuando sea (y así pasó en su momento) discutible su adscripción ‘política’ fuera del sector sanitario.

y con los servicios sociales generales. Se han diseñado una serie de recursos específicos en relación a los siguientes ámbitos de necesidad: rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social. Apoyo, asesoramiento y psicoeducación de las familias. Atención residencial: alternativas residenciales comunitarias y rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo. Los recursos y servicios de este programa se conceptualizan como dispositivos especializados situados en un tercer nivel de atención, siendo su única puerta de entrada los Servicios de Salud Mental, estableciéndose para ello que el marco de sectorización sea el del área sanitaria. *“El planteamiento básico del Programa es ir implementando en cada una de las once áreas de la Comunidad de Madrid una serie de recursos específicos que al menos incluyan: centros de rehabilitación psicosocial, alternativas residenciales comunitarias (tipo minirresidencias, pisos y pensiones supervisadas) y centros de rehabilitación laboral”* (Rodríguez González y Sobrino, 1987, pp. 81-82).

Estos centros se encargan de trabajar con la población de pacientes psiquiátricos crónicos en colaboración con los Servicios (Centros) de Salud Mental de la zona²³⁷ para su rehabilitación y reinserción en la comunidad, así como supervisar y coordinar los restantes recursos que la Consejería de Integración Social pone en marcha en cada Distrito (centros ocupacionales, pisos protegidos y minirresidencias). El equipo está formado por un Director, tres psicólogos, un terapeuta ocupacional, una trabajadora social, dos monitores y un auxiliar administrativo²³⁸.

Sus actuaciones comienzan por la evaluación de cada usuario, incluyendo la motivación hacia el tratamiento de él mismo y de su familia²³⁹, y continúan con las intervenciones que pueden ser a través de tratamientos individuales o en grupos de entrenamiento, complementándose con la gestión de recursos sociales y comunitarios.

El programa puso en marcha los siguientes recursos: cinco centros de rehabilitación psicosocial, una minirresidencia (22 plazas), un piso supervisado (3 plazas), once plazas en pensiones supervisadas y un centro de rehabilitación laboral (40 plazas). Asimismo se desarrolló un proyecto de rehabilitación y reinserción de enfermos mentales crónicos marginados sin hogar, que estuvo integrado como iniciativa innovadora dentro del III Programa Europeo de lucha contra la Pobreza (1990-1994). Dicho proyecto contaba con un equipo de intervención y rehabilitación que atiende a unos setenta enfermos mentales sin hogar en el

²³⁷ En algunas áreas, en concreto el Área 9, dependiendo directamente de ‘la parte sanitaria’, y en estrecha relación con los Servicios de Salud Mental, se pusieron en marcha también Dispositivos de Rehabilitación que reciben pacientes derivados de los Servicios de Salud Mental que se incluyen en Programas/Dispositivos específicos de Rehabilitación (Centros de Día, Unidad/Talleres de Rehabilitación, Centro Agrícola, Piso-escuela, Unidad residencial, Club Social ó Empleo protegido) (Otero y Rebolledo, 1992; Pastor y Rebolledo, 1993).

²³⁸ Es interesante señalar el hecho de que esta parcela de la rehabilitación (¿psiquiátrica?, ¿psicosocial?), a partir de la creación de la Consejería de Integración Social a cuyo frente estuvo Elena Vázquez, licenciada en Psicología, recayera mayoritariamente en manos de psicólogos, casi todos de orientación conductual, con la participación de trabajadores/as sociales, enfermeros/as en pocos casos y otros profesionales como terapeutas ocupacionales, maestros de taller, etc. Los psiquiatras brillan por su ausencia. Es coherente que en el primer libro de Rehabilitación Psicosocial referido sobre todo al contexto de Madrid, de 41 autores que participan, 30 sean psicólogos (una de ellas además trabajadora social), tres educadores, tres terapeutas ocupacionales, tres trabajadoras sociales y dos enfermeras. Los tres responsables de programas son psicólogos. Ese mismo fenómeno se produce en el Plan Regional de Drogas, y en menor medida en el Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Madrid.

²³⁹ En el caso de pacientes jóvenes esquizofrénicos se presta especial atención al trabajo con las familias con el fin de reducir la carga familiar tanto objetiva como subjetivamente (Otero y Rebolledo, 1993).

Centro de Acogida Municipal San Isidro del Ayuntamiento de Madrid, así como cuatro pisos supervisados con dieciocho plazas como recurso de alojamiento para facilitar la reinserción de esas personas. En estos Centros de Rehabilitación Psicosocial se enfatiza mucho en los Programas de Evaluación Individualizada para la intervención posterior fundamentalmente en el desarrollo de habilidades sociales (Orviz y Fernández, 1997), en la potenciación de habilidades de autocontrol y manejo del estrés (Alonso, García Morais, y Salamero, 1997), en la rehabilitación de déficits cognitivos (Cerviño y Blanco, 1997) y en psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas (Granado y Hernández, 1997). En uno de ellos, el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares, la mayor parte del trabajo se lleva a cabo a través de entrenamiento en grupo. Los programas en grupo que se llevan a cabo son: ejercicios motóricos, automedicación, habilidades sociales, ansiedad y depresión, integración comunitaria, autocuidados y escuela de familias.

El trabajo con las familias se considera pues complementario de la intervención individual en tanto se la entiende como un recurso y apoyo en el proceso de rehabilitación (De la Hoz et al., 1997) y en tanto forma parte de un conjunto más amplio de redes sociales con las cuales trabajar para favorecer la integración social de estos pacientes (Villalba, 1997).

El planteamiento de la rehabilitación psicosocial en Madrid incluye, por último, el área de la inserción laboral con la creación de empleos protegidos, la integración en el mercado laboral normalizado y el desarrollo de iniciativas laborales de economía social, la implementación de alternativas de residencia en sus diferentes modalidades, especialmente viviendas normales con apoyo y minirresidencia, pisos y pensiones con apoyo (Sobrino, Rodríguez González, y Fernández Chavero, 1997) y el fomento del apoyo mutuo y el asociacionismo tanto de los pacientes como de sus familias (López Sanguinetti y Jurado, 1997).

Observamos de nuevo el gran protagonismo de los psicólogos en un apartado tan crucial como es la rehabilitación de personas con problemas mentales. Dos razones encontramos para este protagonismo: la primera es la que políticamente se separa su dependencia y gestión de salud para pasar a depender de una Consejería de Integración Social dirigida por una psicóloga. La segunda, y relacionada con la primera, es el 'retroceso' de los discursos 'antipsiquiátricos' de los años setenta y el 'alza' de los discursos biologicistas en psiquiatría que 'recolocan' a la 'enfermedad mental' como un problema primordialmente individual, a cuyo 'portador' hay que 'rehabilitar' 'modificando su comportamiento' para 'reinsertarlo' socialmente. El modelo tecnológico de la modificación de conducta, especialmente en su parcela de habilidades sociales, se complementa adecuadamente con el modelo individualista de la 'nueva psiquiatría biológica'²⁴⁰.

El comienzo del Programa PIR (1983-1990)

Desde las primeras incorporaciones de los psicólogos a las instituciones públicas sanitarias en los años setenta (Hospitales Psiquiátricos y Centros del AISNA), los cuales no tenían más formación 'oficial' que la formación generalista obtenida en los estudios de licen-

²⁴⁰ La denominamos biológica aunque puede admitir la influencia de factores psicológicos e incluso sociales como coadyuvantes a la enfermedad mental. El tratamiento de elección es, por supuesto, el psicofarmacológico, y aunque admita los tratamientos psicológicos y la intervención social, ambos se hacen para adaptar lo mejor posible al individuo enfermo.

ciatura, fue tomando cuerpo una reivindicación doble: la creación de plazas de psicólogos en la sanidad pública y la organización y reconocimiento legal de un procedimiento para la formación de los psicólogos que pretendían trabajar en el sistema público de salud. El antecedente cercano en el espacio y en el tiempo lo constituía la creación del sistema MIR (Médicos Internos y Residentes) en medicina como única vía de especialización de los médicos para acceder a un puesto de trabajo de especialista en la sanidad pública y especialmente en la Seguridad Social. Esta reivindicación ha sido una constante desde los primeros pasos de la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras hasta su consecución en 1998²⁴¹.

El objetivo era, en última instancia, conseguir un estatus de especialista sanitario para los psicólogos en igualdad de condiciones que el resto de los especialistas médicos, lo que sin duda contribuiría a una equiparación con los médicos especialistas en psiquiatría con los que históricamente se había establecido una relación de dependencia y subordinación.

El antecedente más directo de lo que será el Programa PIR lo encontramos en una singular convocatoria PIR que tuvo lugar en 1977 (BOE 299 de 15 diciembre). Se trataba de la primera vez que salían plazas de formación para residentes no médicos (Residentes de Programas Especiales) por la presión ejercida por la Coordinadora Estatal MIR, integrante de la Comisión Central de Docencia del Ministerio de Sanidad²⁴² (Mendiguchía, 1999). Así junto a farmacéuticos, químicos, biólogos, ingenieros, estadístico y bibliotecarios se convocaron seis plazas para la formación de psicólogos en la sanidad pública mediante el sistema PIR (2 años prorrogados con otros 2) dos de ellas fueron convocadas como PIR de Psicología clínica infantil y cuatro para Psicología clínica de la edad adulta que se adscribieron a distintos hospitales madrileños *“con el propósito de integrar una formación reglada, similar al proyecto MIR”* (Pedreira, 2001). Su singularidad consistió en que dicha convocatoria no tuvo continuidad, lo que no fue óbice, sino más bien estímulo, para que el Colegio de Psicólogos continuase insistiendo en una reivindicación considerada básica para la implantación y el reconocimiento del psicólogo en la sanidad pública.

Ésa fue la primera y la última convocatoria de los PIR, en sentido estricto, hasta que 16 años más tarde, en 1993 se convocan a nivel estatal por parte del Ministerio de Sanidad 51 plazas para la formación de psicólogos clínicos mediante el sistema PIR.

El Colegio Oficial de Psicólogos por su parte incluía sistemáticamente la reivindicación de la puesta en marcha del Programa PIR al tiempo que procuraba la inclusión y/o consolidación de los psicólogos que estaban trabajando en algunos de los niveles de la sanidad pública. Con esa finalidad se crea en 1981 la Comisión de psicólogos en Hospitales²⁴³ con un objetivo: elaborar un informe acerca de la necesidad de creación de Servicios de

²⁴¹ Con fecha 20 de noviembre de 1998 se publica el Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (Infocop, 1999).

²⁴² El Dr. Vicente Rojo (hijo del famoso general republicano) era el Subdirector General de Docencia e Investigación Médica del Ministerio de Educación y Ciencia.

²⁴³ Esta Comisión fue liderada por Pedro Pérez, uno de los primeros psicólogos que sacó la oposición en el AISNA y empezó a trabajar en el Hospital Psiquiátrico de Leganés a comienzos de los setenta, pasando años más tarde al Hospital de la Concepción de la Fundación Jiménez Díaz, cuyo jefe de Servicio era José Rallo, de la Sociedad Psicoanalítica de Madrid. De formación psicoanalítica desarrolló también el trabajo con grupos operativos en su trabajo en el hospital.

Psicología Clínica, con Programa de Formación para postgraduados internos y residentes en los Hospitales. No se trata de un programa de formación teórica paralela, sino complementario al ya iniciado en la Universidad, en el campo de la práctica clínica. Este informe incluiría entre otros puntos, las bases de un posible programa de formación a partir de la experiencia asistencial y docente en el hospital: necesidad de la práctica clínica hospitalaria; definición y contenido de la especialidad; áreas de especialización; duración y modo de desarrollo de estos programas y condiciones de acceso y evaluación (Pérez García, 1982). Dicho informe, según nuestra información, no llegó a producirse institucionalmente pero los contenidos previstos en el mismo se recogen en un artículo firmado por el coordinador de la citada Comisión de Hospitales²⁴⁴. Además de reivindicar el modelo PIR, Pérez desarrolla pormenorizadamente las actividades generales y específicas que deberían desarrollar los psicólogos clínicos durante los tres años que, plantea, debe extenderse su formación.

Es decir que las primeras propuestas del Programa PIR nacen ligadas a los psicólogos de los hospitales²⁴⁵ a comienzo de los 80'. Tendrán que pasar unos años más para que el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica apoye explícitamente la formación postgraduada de los psicólogos clínicos en diferentes recomendaciones. En la recomendación 18 donde propone: *“adscribir el personal en formación postgraduada de las distintas disciplinas de la Salud Mental y atención psiquiátrica a las unidades y centros del área de salud con programa docente debidamente acreditado”*, en la recomendación 19 en la que se emplaza: *“al Ministerio de Sanidad y Consumo y al Ministerio de Educación a que revisen los planes y programas de formación pre y postgraduada, de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo propuesto, extendiendo estas recomendación a las administraciones autonómicas cuando así correspondan”* y en la 20 en la que piden: *“la modificación de los planes de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en Psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación para los profesionales de la Psicología en el área clínica* [subrayado del autor]. *La regulación de la formación postgraduada de los psicólogos en el área de la Salud Mental, debe establecer un programa reglado de formación no inferior en duración a dos años, al cabo de los cuales obtendrá su acreditación correspondiente”* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985, p. 53). A partir de la difusión del Informe, se intensifica el interés por el tema, sobre todo por parte de psicólogos vinculados al Colegio de Psicólogos que trabajan en el sistema sanitario público y que, muchos de ellos, también forman parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

²⁴⁴ “Concluimos por tanto que bien puede ser éste el momento para completar, desde los Hospitales, Centros de Salud, etc., las bases para una sólida formación, iniciada en la Universidad. Y debe de establecerse dentro de un encuadre de rigor y suficiente estabilidad como puede ser el ya probadamente eficaz para los médicos, es decir, en régimen contractual con remuneración digna y en régimen de Residencia. De no ser así la enseñanza de la Psicología Clínica seguirá desvinculada y separada cada vez más de las verdaderas necesidades de utilidad social o lo que es lo mismo de la comprensión y asistencia al paciente psíquico allá donde éste se encuentre, en la consulta y centros clínicos asistenciales o de la promoción de la salud e higiene mental, en la asistencia psicológica preventiva del sector, o en los distintos programas prácticos de trabajo psicosocial, según las específicas modalidades de las distintas áreas de la Psicología Clínica. Se hace necesario pues el establecimiento de un plan orgánico integrador de la formación del psicólogo clínico entre la Universidad y las instituciones sanitarias del país” (Pérez García, 1982).

²⁴⁵ Según datos de la Comisión de hospitales del Colegio de Psicólogos en 1983 hay 46 psicólogos en los hospitales de Madrid (11 en hospitales psiquiátricos y 35 en hospitales generales).

Desde la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos se constituye un grupo de expertos²⁴⁶, en 1986, que comienza a elaborar un borrador²⁴⁷ que aportará, en 1987, al comité estatal de expertos (Duro, 1987). Desde la AEN también se potenciará dicho programa merced al empuje dado por su secretaria general, Begoña Olabarria²⁴⁸. Esta psicóloga (1987) plantea la necesidad de diferenciar el Programa PIR de las prácticas de 2º ciclo de la carrera, de los diversos grados universitarios como el doctorado e incluso de las prácticas supervisadas en centros privados. Así se refiere al PIR como a una formación oficial especializada para licenciados en psicología que se realiza en un marco definido: una red sanitaria pública de servicios especializados en la línea de lo planteado para la Reforma Psiquiátrica. El Hospital debería dejar de ser el eje para la formación y ésta debería realizarse en un circuito compuesto por los distintos servicios especializados de Salud Mental de un área territorial determinada.

La Junta de Gobierno Estatal del Colegio de Psicólogos aprueba en septiembre de 1988 el *Documento base sobre la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR* elaborado por un Comité de Expertos²⁴⁹ (1990a), de manera que se fueran dando los pasos necesarios para conseguir este objetivo irrenunciable (Hernández Gordillo, 1990) que debería culminar con su aprobación por parte de los Ministerios de Sanidad y Educación. Posteriormente en enero de 1989 se elaboró un documento conjunto entre el COP y la AEN (1990) y en septiembre de ese mismo año un *Documento marco para la formación postgraduada en Psicología clínica a través de un sistema PIR* con las Comunidades Autónomas de Galicia, Andalucía, Madrid, Asturias, Navarra y Castilla-León.

Se iba así recabando el apoyo de la principal organización de los psiquiatras progresistas y de las Comunidades Autónomas con planteamientos y realizaciones más avanzadas en cuanto a la reforma de la salud mental y a la propia implantación en su Comunidad de un Programa PIR (Aparicio, 1990; De Santiago-Juárez y Sáez, 1990; Garde, 1990; López Álvarez, 1990; Márquez, 1990; Pérez Montoto, 1990). Esta suma de fuerzas, a la que se unió la Comisión Nacional de la Especialidad en Psiquiatría, hacía albergar, a los gestores del PIR, razonables esperanzas de su pronta consecución (Colegio de Psicólogos, 1990b).

Para buscar un amplio consenso entre los psicólogos, los días 1 y 2 de diciembre de 1989 se celebran una Jornada de Trabajo sobre *“La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas”*, organizadas por el COP en las

²⁴⁶ Convocados por Pilar Ballester, Serafín Carballo y coordinados por Juan Carlos Duro participaron, en diverso grado, Alejandro Ávila, José A. Carroble, Pedro Pérez, Emilio Irazábal, Ana Lapeña, Begoña Olabarria, Teresa Pallarés y Pedro Rodríguez. Habida cuenta de que el tema tenía una dimensión estatal, la Delegación de Madrid apoyó que el asunto fuera abordado por la Junta de Gobierno Estatal, lo que así sucedió a partir de finales de 1987.

²⁴⁷ En este documento se plantea una definición de la psicología clínica ampliada a otras posibilidades de intervención más allá de lo asistencial, lo que para Reig (1989) supone un paso más en el camino de constitución de la psicología de la salud en España.

²⁴⁸ Secretaria de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1983-1986) y secretaria del Colegio Oficial de Psicólogos (1986-1993). En 1993 encabezará la candidatura perdedora en las elecciones a la Junta de Gobierno Estatal del Colegio de Psicólogos.

²⁴⁹ Coordinados por Begoña Olabarria y Alejandro Torres en tanto miembros de la Junta de Gobierno Estatal los representantes por Madrid eran Alejandro Ávila, Pedro Pérez, J.A. Carroble y Juan Carlos Duro (Colegio de Psicólogos, 1990a, p. 64; Olabarria, 1998).

que se reúnen profesionales y académicos relacionados con la psicología clínica y en cuyas conclusiones, además del apoyo a la creación de la especialidad de la psicología clínica, plantean la necesidad de: *“encontrar las modalidades de complementación y armonización entre los sistemas de formación postgrado regidas desde la LRU (másteres, titulaciones de especialidad y doctorados) y el sistema de formación postgraduada (PIR)”* (Colegio de Psicólogos, 1990c, p. 68).

Como ya hemos señalado el Colegio Oficial de Psicólogos sigue el modelo general de formación de especialistas en el ámbito de la salud a través del sistema de residencia vinculada a los servicios sanitarios públicos, esto implica, a nivel general que: la formación está directamente vinculada a los servicios especializados de la red sanitaria, favorece una mayor identidad profesional tanto internamente como en relación a otros colectivos profesionales y a los ciudadanos que demandan sus servicios como especialistas y contribuye al reconocimiento de la psicología como profesión sanitaria en el marco de la Ley General de Sanidad.

Según este modelo habrá de crearse, por acuerdo del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica cuyas funciones serán establecer el programa y la acreditación de los centros de formación,

En el Documento base se define a la Psicología Clínica como: *“una especialidad de la Psicología que se ocupa de la conducta humana y de los fenómenos psicológicos y relacionales de la vertiente salud-enfermedad del campo de la salud mental en los diversos aspectos de estudio, explicación, promoción, prevención, evaluación, tratamiento psicológico y rehabilitación, entendiendo la salud en su acepción integral (biopsicosocial), todo ello fruto de la observación clínica y de la investigación científica, cubriendo los distintos niveles de estudio e intervención: individual, de pareja, familiar, grupal, comunitaria y esto en relación al nivel especializado de los Servicios de Salud Mental”* (Colegio de Psicólogos, 1990, p. 61). Se establece un programa teórico²⁵⁰ que habrá de ser impartido por los profesionales del staff así como por los Departamentos universitarios relacionados con las áreas de conocimiento vinculadas a la psicología clínica.

El programa práctico se realizará en un circuito compuesto por los distintos servicios especializados en salud mental de un área territorial determinada y que constituyan entre sí una unidad funcional. Se contemplan, al menos, las siguientes:

1. Centro de Salud Mental en el que se preste atención ambulatoria y comunitaria a la población infanto-juvenil, adulta y tercera edad, así como donde se realicen programas de apoyo a la Atención Primaria de Salud.

²⁵⁰ Los temas generales, a los que se propone incluir temas de Salud Pública, cuando esto sea posible, se agrupan en: Psicología Clínica. Conceptos generales, concepciones teóricas y modelos de atención en salud mental. Psicodiagnóstico y evaluación psicológica en salud mental. Epidemiología. Tratamientos psicológicos y técnicas de intervención psicológica (individual, grupal, pareja y familia). Técnicas de intervención psicosocial, institucional y comunitaria. Psicopatología infanto-juvenil, de adultos y tercera edad. Evaluación de programas y servicios de salud mental y planificación de servicios de salud mental.

2. Unidad de corta estancia en hospital general (o en su defecto en hospital psiquiátrico) en donde se participe en las actividades clínico-docentes e interconsultas hospitalarias.

Esta formación, que tendrá que incluir clases, seminarios, reuniones bibliográficas, sesiones clínicas y supervisiones, será tutorizada por un psicólogo del staff según el programa establecido por la Comisión Nacional de la Especialidad adaptado por la Comisión de Docencia de la red de la que se trate. La evaluación incluirá la asistencia a los cursos teóricos, informes de los tutores y un proyecto de investigación evaluado por la Comisión de Docencia. El período total de formación se establece en tres o cuatro años.

Por último el Documento Base establece la necesidad de establecer vías alternativas de acceso al título de especialista en Psicología Clínica, unas de carácter transitorio para homologar a los psicólogos que vienen desarrollando su ejercicio profesional en el ámbito clínico y otra de carácter permanente para otorgar el título a los psicólogos con grado de doctor que desarrollan funciones docentes en áreas de conocimiento relacionadas con la psicología clínica en un tiempo no inferior a cuatro años. El Programa PIR defendido por el Colegio Oficial de Psicólogos, a pesar de que concitaba adhesiones generales por parte de la mayoría de los colectivos de psicólogos, planteaba dos grandes interrogantes. El papel de la Universidad y el de las instituciones privadas de formación. El papel de los centros privados de formación no es reivindicado explícitamente por ellos mismos en la formación postgraduada de la formación de especialistas en psicología clínica como para ser incluidos en los planteamientos defendidos por el Colegio Oficial de Psicólogos, pero en la práctica algunos centros van ofertando sus propios cursos en formato máster u organizados como formación especializada en psicología clínica a cargo de los profesionales que trabajan en el ámbito privado contando en algunos casos con profesores de la Universidad (Álvarez, Sanz, Carroble, Santacreu, y Bonet, 1984).

Al amparo de lo previsto en el Real Decreto 185/1985, de 23 de Enero (BOE de 16 de febrero de 1985) en el que se regula el Tercer Ciclo de Estudios Universitarios, algunas universidades convocan Cursos de Especialización, como el del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla que con una duración de treinta meses incluye una formación teórico-práctica incluyendo rotaciones en servicios sanitarios.

La crítica a la formación de especialistas a través del sistema PIR como vía exclusiva proviene de sectores universitarios que señalan el escaso papel otorgado a la Universidad en el Documento base y reivindican, por un lado la capacidad de la Universidad para formar especialistas a través del tercer ciclo y por otro la cooperación entre ésta y el sistema sanitario público para la formación a través del sistema de residencia (Fernández Parra, 1991). Desde posiciones de defensa de la psicología de la salud (conductuales) se le critica su carácter de formación tradicional limitada al marco psicopatológico o de salud 'mental' *"incapaz de abordar válidamente los objetivos de la Ley de Sanidad de 1986"* (Reig, 1989).

Al tiempo que se van concitando apoyos para la consecución del Programa PIR a nivel ministerial, en algunas Comunidades Autónomas²⁵¹ se van poniendo en marcha, de manera 'sui generis' distintos programas de formación inspirados en los documentos del Colegio de Psicólogos-AEN.

Modelos de intervención psicosocial en salud

La inclusión de modelos psicosociales en salud comunitaria fue posible por el cambio operado dentro del Modelo Médico Hegemónico desde el final del franquismo hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad. Este proceso del sistema sanitario lo hemos definido como el pasaje de un sistema autocrático a un sistema democrático en sanidad siguiendo la homología utilizada por Cristóbal Torres (1994) de la sociología política aplicada a la génesis del conocimiento científico.

Ubicados ya en un sistema democrático en sanidad que a nivel de discursos apuesta por un modelo comunitario veremos cómo se va pasando de dicho modelo psicosocial en salud comunitaria a unos planteamientos más clínicos, al consolidarse las prácticas en salud mental, y a la apertura del campo de la intervención social situado en el ámbito de los servicios sociales, entre los cuales el psicólogo se ocupará principalmente de temas como las drogas y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos. Los modelos de psicología social que se fueron esbozando en la década anterior, se consolidan en ésta. El modelo de competencia por un lado se 'enfrentará' al modelo operativo en el campo de la salud comunitaria, reivindicándose ambos como constitutivos de la 'psicología comunitaria', eso será en el primer lustro de esta década, coincidiendo con el auge y declive de los CPS/CMS y en los siguientes cinco años, coincidiendo con la reforma psiquiátrica y la inauguración de los campos de la intervención social, el primero —el modelo de competencia— se dirigirá más al campo de la intervención social (aún cuando en drogas y rehabilitación predomine más lo individual que lo comunitario de ese modelo) y el segundo —el modelo operativo— se instalará más en la salud mental comunitaria, especialmente en su aplicación al trabajo con dispositivos grupales terapéuticos. El modelo sistémico se consolidará durante estos años también como enfoque en las prácticas profesionales de salud mental.

Paralelamente a que la Universidad se va organizando con la puesta en marcha de Departamentos de Psicología referidos de una u otra manera al campo de la clínica/salud, aunque adoptando distintas denominaciones, en el ámbito profesional siguen desarrollándose líneas de pensamiento psicosocial y grupal en las que, al servicio de la práctica, se va profundizando en planteamientos teóricos ya esbozados a final de los setenta.

Así como en la Universidad el conductismo se implanta como teoría hegemónica, y casi única, en el mercado laboral de 'lo público' empieza a jugarse una dura lucha por copar los pocos puestos de trabajo que van apareciendo²⁵². Lo que en buena medida es una lucha por

²⁵¹ Asturias en 1983 y Andalucía en 1986. En la Comunidad de Madrid se inició un Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica ('PIR' autonómico) en 1990 con cuatro becas (Garde, 1990).

²⁵² En la práctica privada se van consolidando gabinetes privados de orientación conductual y psicólogos en formación psicoanalítica que lentamente irán engrosando la Asociación Psicoanalítica de Madrid y años más tarde la 'incontrolada' red lacaniana. También, aunque en mucha menos medida, gabinetes gestálticos/humanistas y sistémicos. La diferencia entre la práctica privada y la práctica pública es notoria. Los enfoques psicosociales, como es más coherente, se dan en

la presencia y la supervivencia de los psicólogos que conseguían trabajar en las instituciones públicas y por la adquisición de parcelas de poder e influencia de grupos de psicólogos con referentes comunes²⁵³, se presentaba también como una confrontación teórico-técnica entre distintas orientaciones sostenidas por los profesionales que comenzaban a tener una presencia activa en las instituciones públicas, especialmente en las referidas a la salud y al trabajo comunitario. Se desplazaba así al ámbito profesional un debate soslayado en la Universidad por in(asis)existencia de uno de los contrincantes (el enfoque psicoanalítico, o dinámico, como se le prefería llamar en aquellos años).

El dinamismo del campo profesional propiciado por lo que podríamos llamar momento instituyente a nivel social y, por supuesto, en muchas instituciones públicas, se expresaba contundentemente en el seno del Colegio Oficial de Psicólogos, la organización profesional recién creada en 1980, y cuyo objetivo prioritario era el desarrollo y la consolidación de la psicología como profesión en España (Travieso, Rosa, y Duro, 2001).

Allí llegaron y de allí surgieron esos debates ya de manera pública a través de la Revista *Papeles del Colegio*, órgano de expresión de la organización colegial, ya de manera más ‘privada’ en actividades de gran repercusión social y profesional.

El fervor por lo comunitario entre la vanguardia de los psicólogos que luchaban por el cambio social a través del trabajo en salud ‘empujaba’ a planteamientos de ‘superación’ de una etapa preparadigmática en términos kuhnianos. Nos estamos refiriendo al artículo de Costa y López titulado *Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma* publicado en marzo de 1982 en el que exponen el fundamento teórico del Modelo de Competencia y su aplicación en el campo de la promoción de la salud. Este artículo será el esbozo de su libro *Salud Comunitaria*, publicado en 1986 y de obligada referencia para los psicólogos españoles interesados en el trabajo en salud comunitaria vista desde una perspectiva conductual.

No eran los únicos que tomaban posiciones públicamente. En las *II Jornadas de Trabajo sobre Salud y Educación en el campo comunitario* organizadas por el Colegio de Psicólogos de Madrid en 1982, varios psicólogos de distintos Servicios Psicopedagógicos y Centros Municipales y de Promoción de la Salud presentaban *Aportaciones al trabajo comunitario desde la Psicología Social Operativa* (Duro, Escudero, Olabarría, y Vignale, 1986) en lo que constituía un ejercicio de reflexión y síntesis teórica del ‘modelo’ denominado, por aquel entonces Psicología Social Operativa. Además se presentaron otros trabajos que se podrían agrupar todos ellos en un modelo psicosocial y grupal de base psicoanalítica con los variaciones que pueden ir desde un acercamiento más lacaniano hasta el de ‘grupo operativo’ que era el predominante.

El interés por los grupos

Lo que había de manera incuestionable era un gran interés por los grupos en su doble sentido de ser constitutivos de una psicología social marco teórico para la intervención y ser instrumentos técnicos para ser utilizados en la práctica profesional relacionada con la salud.

mucha mayor medida en la segunda que en la primera en la que la oferta de los psicólogos está en función de la captación de clientela para poder vivir de la Psicología.

²⁵³ En lo que constituían verdaderos colegios invisibles (Peiró, 1981).

En este clima profesional hay que inscribir la aparición en 1985 de un número monográfico en *Papeles del Colegio* sobre *El Grupo Humano*. Este número de la revista²⁵⁴ incluyó artículos representativos de los diferentes grupos/ámbitos de la psicología española, madrileña más concretamente, mostrando los modelos que se iban implantando en nuestro contexto. *La Concepción Operativa de Grupo* (De Brasi, Lorenzo, y Lucato, 1985) firmada por tres psicólogas²⁵⁵, miembros en ese momento del Secretariado del CIR, exponía sucintamente el modelo de la Concepción Operativa del Grupo. Las autoras ubican este enfoque dentro de las ciencias sociales que “*sufren los avatares de su propio objeto de estudio, la sociedad, objeto que está permanentemente en movimiento, en un proceso de inacabamiento (...). Una Psicología Social que se pregunta acerca de estas sobredeterminaciones, [se refieren a las sobredeterminaciones de las relaciones de clase estudiadas por el materialismo histórico y a las sobredeterminaciones inconscientes estudiadas por el psicoanálisis] interrogándose acerca de la producción social del proceso de enfermar, de la distribución y producción del conocimiento, de la organización, etc.*” (De Brasil et al; 1985, p. 7).

Un segundo artículo fue *Algunas consideraciones sobre los grupos humanos estables desde la Teoría General de Sistemas* (Carballo y Olabarria, 1985). Escrita por los dos psicólogos del Centro de Promoción de Salud de Carabanchel²⁵⁶ se refiere a los grupos como un sistema abierto, complejo e interaccional entendido desde la Teoría General de Sistemas, es decir que intercambia esencialmente información en un proceso que busca la homeostasis y gobernado por la retroalimentación y la circularidad. Los ejemplos utilizados se refieren a la familia como grupo y al campo de aplicación clínica sobre todo²⁵⁷, aunque el modelo pueda servir para el trabajo en una comunidad²⁵⁸. El tercer artículo de este monográfico versó sobre *La teoría del grupo y sus aplicaciones clínicas* e iba firmado por un psiquiatra, un psicólogo y el Grupo Quipú de Psicoterapia (Caparrós, García de la Hoz, y Grupo Quipú de Psicoterapia, 1985). Se centran los autores en la práctica psicoterapéutica grupal a partir del marco de referencia psicoanalítico desde el que señalan: el nivel de integración

²⁵⁴ Fue coordinado y organizado por Consuelo Escudero y Juan Carlos Duro.

²⁵⁵ Marta de Brasi, argentina residente en Italia y habitual compañera de trabajo de A. Bauleo, Lola Lorenzo, una de las psicólogas pioneras en Madrid en el trabajo de los Centros de Planificación Familiar y en esos momentos en el Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid) y Lía Lucato, italiana que trabaja en las Unidades Sanitarias Locales de los municipios transalpinos.

²⁵⁶ El psicólogo Serafín Carballo, se había formado en sus comienzos con el Grupo Quipú de Psicoterapia y Begoña Olabarria, había sido una de las fundadoras del CIR por lo que su procedencia era desde la Psicología Social Operativa. Su reconversión al modelo sistémico los convirtió en unos de los promotores de este modelo en la salud comunitaria a partir de mediados de los ochenta. Probablemente ése sea uno de sus primeros artículos publicados desde esa nueva ubicación teórica.

²⁵⁷ Podemos considerar como introductoras del modelo sistémico en el contexto de la salud mental madrileña a dos psiquiatras formadas en Suiza (Sanz, 1992) y que coordinaron una ponencia sobre *Paradigma Sistémico y Terapia de Familia* en el XVI Congreso de la AEN celebrado en Oviedo del 16 al 19 de noviembre de 1983 (Suárez y Fernández Rojero, 1983). Una de ellas, Carmen Rojero se incorporó desde su puesta en marcha al Centro de Promoción de Salud de Carabanchel del Ayuntamiento de Madrid en donde trabajó con Serafín Carballo y Begoña Olabarria. La otra psiquiatra, Teresa Suárez se incorporó al Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Móstoles (Madrid) y pronto pasó a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de ese pueblo metropolitano. Los psicólogos de Móstoles, Pedro Rodríguez y Pilar Vázquez, también se decantaron por el modelo sistémico. En la segunda mitad de los 80' ambas fundaron la Asociación para el Estudio Sistémico de la Familia y otros Sistemas Humanos.

²⁵⁸ “*si consideramos toda conducta de un individuo, incluida en un/os determinado/s sistema/s, sistema que a su vez interactúa con otros sistemas organizando con la intersección de éstos un determinado contexto significativo de la conducta anterior, tendremos que el presente modelo teórico resulta de indudable valor para un trabajo en la comunidad desde una institución pública*” (Carballo y Olabarria, 1985, p. 12).

psicológico que proviene de la articulación de otros dos niveles específicos como son el biológico y el social y los vínculos psicosociales a partir del vínculo original primariamente externo. Así: *“el acto terapéutico que se ejerce en el paciente mediante la sesión de grupo es de índole psicosocial, lo que quiere decir que profundiza sobre los aspectos sociales de lo psicológico y no, como a veces se entiende, sobre los aspectos psicológicos de lo social”* (Caparrós et al. 1985, p. 13). El ejemplo clínico tomado de una sesión privada de psicoterapia grupal ilustra su *modus operandi* que retoma a los pioneros grupales como Foulkes, Bion y Pichon-Rivière.

El último artículo²⁵⁹ que nos interesa destacar es el titulado *El estudio de los grupos de formación* (Huici, 1985) en el que la autora²⁶⁰ comienza afirmando que: *“uno de los más importantes desarrollos en un área a caballo entre la psicología social y la clínica en los últimos cuarenta años consiste en el creciente empleo de los grupos pequeños como instrumento de cambio y aprendizaje de los individuos, fundamentalmente en el ámbito de las relaciones humanas”* (Huici, 1985, p. 19). Se refiere a continuación al Grupo de Formación o T-Group, y al Método de Laboratorio, a partir de los desarrollos del Instituto de Investigación en Dinámica de Grupo dirigido por K. Lewin. La evolución de los grupos de formación hacia grupos de encuentro se produjo a partir de la incorporación de enfoques más clínicos, humanistas y rogerianos que supusieron abandonar las normas de centrarse en el aquí-y-ahora y en el proceso de grupo para ocuparse más del crecimiento personal. Se imponen pues los denominados grupos experienciales con impresionante desarrollo en los EEUU en los sesenta y setenta²⁶¹. Es interesante señalar el carácter académico de este artículo sin ninguna referencia al mundo profesional español en el que realmente tuvieron muy escasa incidencia, y menos en el ámbito público, estos planteamientos lewinianos y humanistas²⁶².

El artículo de presentación del A fondo titulado *La Psicología y los grupos* (Duro y Escudero, 1985) hacía un recorrido de la historia de los grupos y su relación con la psicología y exponía el estado de la cuestión española en esos momentos.

Los ‘modelos operativos’

Una vez ubicados los distintos enfoques grupales que se iban introduciendo en nuestro país nos referiremos a los principales modelos de carácter psicosocial y grupal, es decir que enfatizan la proyección social en la aplicación de la psicología y utilizan de manera relevante dispositivos y técnicas grupales para la intervención, presentes en el escenario de la psicología española, madrileña para ser más exactos y consolidados en la década de los años 80. Estas dos maneras de entender el trabajo con grupos tenían como antecedentes directos las aportaciones del argentino Pichon-Rivière y las enseñanzas de algunos de sus discípulos.

²⁵⁹ Los otros dos restantes se ocupan de aplicaciones en el campo educativo y laboral.

²⁶⁰ Profesora titular de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

²⁶¹ El desarrollo en Europa la autora lo coloca en la Clínica y el Instituto Tavistock a partir de las orientaciones teóricas psicoanalíticas de Bion.

²⁶² Un ejemplo del rechazo que supuso las orientaciones rogerianas para los profesionales ‘psi’ de los años setenta lo encontramos en el artículo de E. Mora titulado *Carl Rogers: hacia una nueva mística. Reflexiones sobre la participación en un taller de comunicación intercultural* (Mora, 1978).

Por su autodefinición y su fórmula organizativa a una la nombraremos como el modelo analítico vincular agrupados en torno al Grupo Quipú de Psicoterapia y a otra Concepción Operativa de Grupo organizada alrededor del Centre International de Recherches en Psychologie Groupale et Social (CIR).

El modelo analítico-vincular. El Grupo Quipú

Ya hemos señalado en una anterior publicación el papel jugado en los años setenta por el Grupo Quipú de Psicoterapia como núcleo aglutinador de diversos profesionales, sobre todo psicólogos y psiquiatras, en torno al pensamiento psicoanalítico y 'marxista' y más concretamente de la lectura argentina a través de Pichon-Rivière, Bleger, Bauleo y otros (Duro, 2001). Durante los años ochenta continúan sus actividades privadas de formación y psicoterapia con una mayor proyección pública de sus planteamientos, que van girando de la Psicología Social Aplicada a la Psicoterapia y el Psicoanálisis²⁶³, a través de la organización de Jornadas Internacionales bianuales sobre grupos, del mantenimiento de la Revista *Clínica y Análisis Grupal* y del inicio de una línea editorial de libros.

I Jornadas Internacionales sobre Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia (1988)

En junio de 1988 el Grupo Quipú de Psicoterapia organiza en Madrid las I Jornadas Internacionales sobre Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia²⁶⁴ con el lema *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*, en las que participaron 185 personas. En ellas junto a conferencias de Caparrós, Campos, Leutz y Napolitani se celebraron cuatro mesas. En la primera sobre *Epistemología del grupo* se presentó una comunicación titulada *La comunidad, lo comunitario y los comunitarios* (Gavilán, 1988) en la que el autor, psicólogo del Centro Municipal de Salud de Torrejón de Ardoz (Madrid), aboga por una Psicología Social Comunitaria interdisciplinaria, que parta de las necesidades sentidas y expresadas por la comunidad con la que la relación debe ser horizontal, no directiva y dialogante en un proceso de diálogo y convivencia comunitaria.

En la segunda mesa sobre *Consideraciones sobre la Concepción Operativa de Grupo* junto a ponencias de Bauleo y De Brasi se presentó una comunicación sobre *Psicoterapia y problemas sociales* (Irazábal, 1988) en la que se pretende buscar un puente entre lo clínico y lo psicosocial a través de un esquema teórico grupal. La problemática expuesta se deriva de la práctica de la consulta de psicología en un Centro de Orientación Familiar del Insalud en un barrio periférico de Madrid y la psicoterapia se postula como un instrumento de cambio con posibilidades y limitaciones.

En la tercera mesa sobre *El Grupo en la Clínica y en la Institución*, A. Ávila (1988) presenta una ponencia sobre *La contribución del grupo a la Psicología Clínica y Comunitaria* en la que describe diferentes modalidades de grupos existentes en distintos modelos de

²⁶³ La Revista *Clínica y Análisis Grupal*, editada por el Grupo Quipú de Psicoterapia desde 1976, cambia el subtítulo de Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada a partir del nº 48 de mayo-agosto de 1988 por el de Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo.

²⁶⁴ Ahí se funda la Sociedad Española para el desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA) con setenta y seis miembros que contará con un espacio en la Revista *Clínica y Análisis Grupal*.

intervención en psicología clínica y comunitaria. Trata de las prácticas grupales más desarrolladas en el contexto español, tanto público como privado, en el campo de la salud mental. De entre las más utilizadas en las instituciones públicas destaca los grupos terapéuticos que describe según los enfoques del Grupoanálisis y la psicoterapia vincular. Incluye Ávila como modalidad utilizada en la práctica pública los grupos de sensibilización y como una variante de estos grupos de sensibilización a las Primeras Entrevistas Grupales²⁶⁵: *“dispositivo de acogida utilizable en centros comunitarios, que permite conocer la demanda y efectuar una valoración pronóstica sobre las opciones terapéuticas a implementar”* (Ávila, 1988, p. 204). Otra modalidad de grupos terapéuticos son los grupos de admisión con semejanzas con los grupos de sensibilización pero con una finalidad más diagnóstica-evaluativa. La modalidad grupal denominada Corredor Terapéutico²⁶⁶ la incluye Ávila como una variante intermedia entre el grupo de admisión y el grupo terapéutico. Grupos familiares, de discusión, operativos, institucionales, de formación, de reflexión, etc. son otros dispositivos inventariados como recursos en el trabajo clínico y comunitario para su aplicación en los distintos campos de la salud mental de manera que: *“lo grupal deviene así **en el marco de referencia de toda intervención clínica o institucional, del cual se extraen los conceptos, modelos y métodos que guían la praxis para la promoción, prevención y atención en salud mental**”* [negrita en el original] (Ávila, 1988, p. 221).

Otra ponencia de las que hacen referencia al objeto de nuestro trabajo fue *Grupo de discusión coordinado desde un esquema referencial operativo* presentada por E. Carrasco (1988)²⁶⁷. El autor plantea la dificultad de aplicación de la Técnica de Grupo Operativo para algunas de las tareas que se desarrollan en atención primaria en un Centro de Promoción de Salud por lo que propone su adaptación a lo que denomina Técnica de Grupo de Discusión coordinado desde un esquema referencial operativo. A partir de la teoría vincular y operativa se trataría de efectuar cambios en la forma en la que se articulan los encuadres, la tarea, la coordinación y observación, la inclusión de información, el uso de cuestionarios evaluativos, etc.²⁶⁸.

La última mesa versó sobre *Contratransferencias y Grupos* y en ella las ponencias y comunicaciones se refirieron bien a problemáticas teóricas lejanas a los fines de este trabajo o a prácticas grupales desde el ámbito privado. Ninguna experiencia desde la práctica pública.

Es de resaltar que en la fecha de celebración de estas Jornadas, el CIR se encontraba en un momento de cierta expansión, por lo que los organizadores concedieron la coordinación de una de las mesas a Bauleo quien la tituló *Consideraciones sobre la Concepción*

²⁶⁵ Aunque el trabajo no contiene referencias bibliográficas, sin duda Ávila se refiere a las Primeras Entrevistas Grupales (PEG) puestas en marcha, a partir de 1981, por el Equipo de Salud Mental de Getafe (Madrid) de manera absolutamente novedosa en nuestro contexto institucional (Bauleo y Duro, 1988; Duro, 1988a).

²⁶⁶ Estamos en la misma situación que en la cita anterior por lo que remitimos al lector a nuestros propios trabajos más ilustrativos que la indeterminada referencia del ponente (Bauleo, Duro, y Vignale, 1987; Duro, 1990; Duro, Ibáñez, López, y Vignale, 1990; Duro, Ibáñez, y Vignale, 1990).

²⁶⁷ Psicólogo del Centro de Promoción de la Salud de Villaverde (Madrid).

²⁶⁸ Otras comunicaciones próximas al tema pero sin referirse directamente a los enfoques ó practicas psicosociales en salud comunitaria en Madrid fueron *La dinámica de los grupos en la institución* (Escudero, 1988), *El sesgo del grupo y la institución en la demanda infantil* (García-Villanova, 1988) y *El grupo, objeto y método del hospital de día* (Azcarate y Paolini, 1988).

Operativa de Grupos y donde él mismo presentó una ponencia sobre *Los aspectos terapéuticos vistos por la Concepción Operativa de Grupo*. Los otros participantes en la Mesa (Marta de Brasi y Emilio Irazábal) eran destacados integrantes del CIR. Aparecía así una cercanía discriminada entre el Grupo Quipú de Psicoterapia y el CIR, o entre lo que podríamos denominar un ‘modelo’ vincular y un ‘modelo’ operativo. Esta proximidad teórica, y en algunos casos afectiva, se fue distanciando en años posteriores manteniéndose exclusivamente a través de colaboraciones aisladas y personales de algunos miembros del CIR.

La Concepción Operativa de Grupo. El CIR

En París, a los dos años de su congreso constituyente celebrado en Cuernavaca (México) en 1982, se debatió sobre *El Dispositivo Grupal como elemento de investigación*, en 1986 fue en Montevideo (Uruguay) donde se habló de *Cuestiones en torno al ECRO*, en 1988 fue en Madrid²⁶⁹ donde tuvo lugar y se trabajó sobre *Concepción Operativa de Grupo y Transdisciplinaridad*. En Managua (Nicaragua) en 1990 tuvo lugar el V Congreso²⁷⁰ sobre *Investigación y Grupo*, aunque los temas giraron realmente sobre *Subjetividad y Política* y el VI y último, con carácter extraordinario, se celebró en Rimini (Italia) en 1992.

Alrededor del CIR se generaron también actividades de formación²⁷¹ en distintos aspectos relacionados todos con el grupo operativo y un Boletín de circulación interna del que se publicaron 16 números y que en su última etapa se transformó en una *Revista de Clínica Grupal e Investigación Institucional* de difusión externa de la que sólo se editaron tres números.

La Praxis Grupal

Los días 7 y 8 de Marzo de 1986 el CIR organizó unas Jornadas de Trabajo tituladas *La Praxis Grupal*, sin duda la mayor actividad pública en España de este Centro en sus once años de historia y en la que participaron alrededor de 200 personas en torno a doce mesas de trabajo y con un total de cincuenta comunicaciones (Suárez, 1986).

Bauleo en la presentación de las Jornadas postula como primer objetivo de ese encuentro el evaluar la situación del grupo operativo propuesto por Pichon-Rivière que, en sus propias palabras, “*había alcanzado dimensiones de Concepción*”.

Se estructuran las Jornadas en 4 Bloques: salud, educación, investigación y sociedad e instituciones. En cada bloque se organizan varias Mesas. Rescataremos a continuación los trabajos presentados más relacionados con nuestro tema de interés.

En la Mesa sobre Psicopatología Social coordinada por Marta de Brasi se presentaron tres trabajos. El primero *La salud mental como tarea grupal (praxis desde los Servicios de*

²⁶⁹ Se celebró en la sede del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

²⁷⁰ En este Congreso participaron en diferentes mesas diferentes personalidades nicaraguenses entre las que sin duda destacó Daniel Ortega, máximo responsable del Frente Sandinista, en esos momentos en la oposición democrática, con una ponencia sobre *Política y Subjetividad* (Ortega, 1991).

²⁷¹ Con participación, entre otros de R. Loureau en 1984 que impartió una conferencia sobre “*Grupos e Instituciones*” en el Ateneo de Madrid y O. Saidón quien realizó un seminario en 1985 sobre “*Deleuze en la clínica*”.

Salud Mental de Getafe) (Duro y Montilla, 1986) plantea algunas reflexiones sobre la salud mental comunitaria y su relación con lo grupal-institucional, a partir de la experiencia de trabajo en los Servicios de Salud Mental de Getafe²⁷². En esa comunicación se entiende la salud mental como tarea grupal, elemento central y organizador de los polos institución/equipo por un lado, y comunidad por otro. Los programas serán los instrumentos de trabajo. En esas Jornadas terminábamos nuestra intervención con cierta esperanza 'blochiana': *"La tensión entre la utopía y la realidad es lo que mantiene viva la salud mental como tarea grupal, la imposibilidad de la superposición entre lo objetivamente posible y real posible es lo que garantiza nuestra vida como equipo"* (Duro y Montilla, 1986, p. 55).

El segundo trabajo *Psicopatología Social: la demanda como paradigma en el encuadre comunitario* (Varas, 1986), presentado por un psiquiatra del Centro de Salud Mental de Hortaleza (Madrid), plantea que el trabajo en salud mental comunitaria requiere una nueva conceptualización psicopatológica que se base en una visión global de la interrelación entre el individuo y el colectivo social en la que el profesional es un observador-participante.

El tercer trabajo versó sobre *Lo multicausal en las drogas: el problema del diagnóstico* (Lorenzo, 1986) a partir del trabajo con heroinómanos en el Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid) en el que se explora lo multicausal condensado en el síntoma de la drogadicción que, en términos de la autora, se trata *"de un grito ahogado en un síntoma social"*.

La segunda Mesa sobre Salud trató sobre *Procesos Terapéuticos Grupales* y entre otros trabajos, se presentó *Algunas variables institucionales que influyen en los encuadres terapéuticos grupales* (Vignale y López Rodríguez, 1986) a partir de la experiencia en grupos terapéuticos de las autoras en el Servicio de Salud Mental de Getafe (Madrid).

La tercera Mesa sobre Prevención Primaria y Psicohigiene²⁷³ tuvo varios trabajos de nuestro interés. Uno de ellos sobre *El Equipo Multiprofesional en Atención Primaria. Una experiencia difícil* (Antón, 1986) en el que la autora, enfermera²⁷⁴, analiza los problemas de integración de los viejos profesionales, médico y enfermera y los nuevos, trabajadores sociales, en una nueva forma de atender a la población: la atención primaria.

Atención al proceso del embarazo, parto y maternidad en un Centro Social (Gómez y Amilivia, 1983) presentada por una psiquiatra y una psicóloga, expone un trabajo de preparación al parto con grupo operativo a lo largo de cuatro años en el Centro Social de Hortaleza (Madrid) en el marco de la denominada Psicología de barrios.

El Bloque sobre Educación incluía también varias mesas. En la Mesa sobre *Formación Especializada (a través de Grupo Operativo)* se presentaron dos trabajos referidos al Centro de Medicina Comunitaria. Uno, *Formación de Asistentes Sociales a través de una expe-*

²⁷² En Getafe en 1985 este equipo está formado por un psiquiatra jefe de los Servicios, un psicólogo coordinador de programas, 4 psiquiatras, dos psicólogos, 2 ATS, 2 asistentes sociales y 2 administrativos.

²⁷³ En esta Mesa se presentó una comunicación sobre *Medicina y Comunidad* por parte de Teresa Sánchez Mozo, Directora del Centro de Medicina Comunitaria del 1º de octubre que no está publicada en las Actas.

²⁷⁴ Que trabajó en el Centro de Medicina Comunitaria del 1º de octubre y en esos momentos (1986) era la coordinadora de enfermeras en uno de los primeros Centros de Salud de la incipiente Reforma Sanitaria en Parla (Madrid).

riencia grupal en Salud Comunitaria (Hernández y Barbero, 1986a) fue presentado por dos asistentes sociales y otro trabajo fue *Formación en y para la salud* (Albéniz, De Felipe, Gil, y Ramasco, 1986) presentado por tres enfermeras y una psicóloga del Centro de Medicina Comunitaria, en el que relatan la experiencia de formación con profesionales utilizando grupos de discusión con técnica operativa de grupo y algunas reflexiones sobre los efectos de la formación grupal en los integrantes, en las instituciones y en los propios coordinadores.

En el Bloque tercero sobre Investigación y Sociedad hubo una Mesa sobre Emergencias Sociales en la que se presentó un *Trabajo en Grupo Operativo en la Unidad de Seguimiento nº 2 del Síndrome Tóxico* (Goñi, 1986) a partir de dos grupos operativos realizados por una psicóloga con mujeres afectadas por el Síndrome Tóxico en la localidad de Alcorcón (Madrid). Otra Mesa de ese bloque fue sobre *Investigación* en la que se presentó *Una investigación sobre indicadores de salud-enfermedad de los viejos de la Comunidad de Majadahonda* (Busturia, 1986) por parte de una psicóloga, del Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud de Majadahonda (Madrid). La investigación formaba parte de un Programa de Salud Comunitaria con vejez que se estaba llevando a cabo en ese municipio madrileño desde hacía cinco años. Una segunda comunicación fue *Investigación y Grupo: algunos problemas en Psicología Social* (Buzzaqui, 1986) en la que su autor reflexiona sobre la investigación y la intervención tanto desde la sociología (disciplina de su formación base) como desde la psicología, para reivindicar, desde la concepción operativa de grupo, la investigación como una forma de intervención institucional dentro de lo que Buzzaqui denomina investigación operativa.

La Mesa de Participación Comunitaria, coordinada por el que suscribe, recibió varios trabajos entre los que resaltamos *Distintos encuadres grupales en el trabajo de Promoción de Salud* (Ibáñez y Gandul, 1986) en el que una psicóloga y una 'agente de salud' exponía el trabajo con grupos de jóvenes (Comités de Salud) y con vecinos de distintos barrios de Getafe (Madrid) a partir del trabajo del Centro Municipal de Salud. Otra comunicación fue *Participación comunitaria en un programa de salud sobre el Síndrome Tóxico en la zona Sur de Madrid* (Hernández y Barbero, 1986b) donde dos asistentes sociales del Centro de Medicina Comunitaria relatan el trabajo conjunto entre los profesionales del Centro y vecinos del área sur de Madrid a propósito del Síndrome Tóxico. La tercera trató de la *Prevención de la droga en la etapa escolar* (Pallarés et al., 1986) a partir de un programa interinstitucional liderado por profesionales adscritos al Plan Nacional del Síndrome Tóxico y dirigido a la población de Orcasitas (Madrid).

El último Bloque sobre Instituciones contó con varias mesas. La primera sobre Organización institucional y Grupo Operativo, en la que se presentó el *Proceso de organización de los Servicios de Salud Mental de Getafe* (Ibáñez y Vignale, 1986) por dos de sus protagonistas, psicólogas, desde el cambio de marco institucional del Centro Municipal de Salud a los Servicios de Salud Mental del Distrito de Getafe. Una segunda comunicación fue *Reflexiones sobre una experiencia de Dirección Técnica en un espacio institucional de confluencia entre el nivel técnico y el nivel político* (Segura, 1986) presentada por un mé-

dico²⁷⁵ al que se había contratado como Director Técnico de los Servicios Municipales de Salud de un Ayuntamiento del Área Metropolitana del Sur de Madrid. Trata de las relaciones entre lo técnico y lo político en el marco de una institución en crisis por falta de proyecto político y de clarificación y aceptación de diferentes espacios políticos y organizativos.

Una ponencia en el XVIII Congreso de la AEN: la Concepción Operativa de Grupo

Un emergente más de la presencia pública de ‘seguidores’ de la Concepción Operativa de Grupo y de la inserción de sus prácticas en el campo de la salud mental fue la presentación de una ponencia²⁷⁶ sobre grupos en el XVIII Congreso de la AEN y que se editó ese año con el mismo título (Bauleo, Duro y Vignale, 1990b).

Entrar en la colección de libros de ponencias editados por la AEN suponía recibir el reconocimiento de esa comunidad profesional tan destacada en la lucha por las transformaciones sanitarias y en la que ya habían recibido carta de naturaleza los modelos ‘dinámicos’ (Corcés, 1983; Mascarell, 1980) como el modelo sistémico (Suárez y Rojero, 1983). Los modelos conductuales nunca tuvieron la suficiente presencia en la AEN como para presentar una ponencia y publicar un libro.

En febrero de 1990 cuando la presentación pública de esta ponencia, y vistos los problemas que había ocasionado su coordinación al coincidir con el comienzo del fin del CIR, hipotetizábamos que esta ‘puesta de largo grupal’ de la Concepción Operativa de Grupo en España era el último acto colectivo de ese grupo de profesionales que, más allá de bajas e incorporaciones individuales, se habían mantenido unidos alrededor de un proyecto de trabajo psicosocial desde mitad de los años setenta. La evolución posterior de sus integrantes más significativos y la decreciente presencia en las instituciones sanitarias parecen confirmar esa hipótesis intuitiva que tuvimos ya sentados en la Mesa del Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid.

Entre los artículos del libro, nos gustaría resaltar aquellos escritos por autores directamente relacionados con las prácticas de salud en Madrid. Así Irazábal (1990) escribió *Apuntes para una Psicología Social de los equipos (de salud mental)* en el que inscribe la problemática del trabajo en equipo²⁷⁷ dentro del interés por el cambio institucional y por la articulación técnica a las diferentes demandas que llegan a dichas instituciones.

²⁷⁵ Javier Segura, que había rotado como Residente de Medicina Familiar y Comunitaria por el Centro de Medicina Comunitaria del 1º de octubre, trabajó en el Centro Municipal de Salud de Leganés (Madrid) primero como médico desde 1983 y durante cuatro meses, en 1985, como Director Técnico.

²⁷⁶ Las ponencias de los Congresos de la AEN, que son editadas en forma de libro, tienen que presentarse con un proyecto que incluya el plan general y los coordinadores de la misma y así son aprobadas en Asamblea General de socios un par de años antes de su presentación. Esta ponencia sobre La Concepción Operativa de Grupo fue presentada por nosotros animados por González de Chávez quien conocía a través de Teresa Capilla, psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Getafe, el trabajo que se había desarrollado allí en los últimos años a partir de este modelo.

²⁷⁷ Otros autores incluidos en el CIR les preocupaba esa misma problemática y reflexionaban sobre ella, aunque dentro de los restringidos círculos de esa organización (Buzzaqui, 1984, 1991). Nosotros, años más tarde, sacamos el debate a foros más públicos ya en el campo de la Atención Primaria (Duro, 1991) ya dentro de la profesión más específicamente (Duro, 1993).

Otro artículo sobre *Algunos aspectos y conceptos de clínica grupal* (Gómez, 1990b) repasa la aplicación de la Concepción Operativa de Grupo al campo de la clínica grupal a través de una historia de la psicoterapia de grupo y de algunos elementos centrales para la autora como el encuadre y el emergente.

Dos artículos más tienen como espacio de referencia Majadahonda, ciudad en la periferia de Madrid. Uno sobre *Salud Comunitaria* (1990) y otro sobre *La atención comunitaria a la vejez* (Suárez, 1990). En el primero Busturia parte de la *Psicología de la Conducta* de Bieger (Bieger, 1964) para hablar de la integración entre lo biológico, lo psicológico y lo social en una nueva manera de entender el proceso salud-enfermedad y expone los programas de salud comunitaria que desarrolla en el contexto comunitario de Majadahonda con viejos.

El segundo, desde un marco de Servicios Sociales también se refiere al trabajo interdisciplinar e interinstitucional con viejos coordinado por el autor²⁷⁸.

Otros artículos en los que participamos se referían a *El recorrido de un ECRO*, *La formación en salud mental* y *Dispositivos grupales en salud mental comunitaria*. En el primero dividimos el recorrido del 'modelo operativo' en tres etapas²⁷⁹ para explicar su desarrollo desde Pichon-Rivière hasta ese momento. En el segundo nos referimos a la formación de los profesionales de salud mental en las instituciones sanitarias públicas, tanto a los que se encuentran en periodo de formación (principalmente MIR en Psiquiatría y PIR en Psicología Clínica) como aquéllos que pertenecen al staff de cada institución (Bauleo, Duro, y Vignale, 1990c). En el tercero a los dispositivos grupales implementados desde los Servicios de Salud Mental de Getafe desde comienzos de los ochenta, especialmente las Primeras Entrevistas Grupales (PEG), el Equipo de Recepción y Evaluación (Equipo RE) y los grupos terapéuticos, especialmente los Corredores Terapéuticos (Duro, Ibáñez, López y Vignale 1990).

Finalmente hagamos al menos mención del resto de los trabajos que si bien están algo más alejados del tema de la salud comunitaria, y de nuestro ámbito geográfico de interés (Madrid), dan información sobre lo que considerábamos en aquellos años como más 'representativo' de la Concepción Operativa de Grupo. Así Bauleo (1990) escribió sobre *Concepción Operativa de Grupo y la Psiquiatría*, Eiguer²⁸⁰ (1990) sobre *El modelo grupal de los vínculos intrafamiliares*, Pedreira y Sardinero²⁸¹ (1990) sobre *Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil* y Baz²⁸² (1990) acerca de *Reflexiones sobre la didáctica grupal*.

El modelo de competencia

Sin duda el artículo de más impacto en estos años de emergencia de los modelos psicosociales que se irán implantando en salud comunitaria en los años venideros fue el ya

²⁷⁸ Psicólogo, coordinador del Área gerontológica municipal de Majadahonda (Madrid).

²⁷⁹ "I). El establecimiento de los grupos operativos (el nacimiento de una idea y la configuración de una técnica). II) la perspectiva del procedimiento metodológico (la observación desde una psicología de los ámbitos). III) la organización de la concepción (el ubicar ideas-guías)" (Bauleo, Duro, y Vignale, 1990a).

²⁸⁰ Psiquiatra del Hospital Internacional de la Universidad de París que había estudiado con Pichon-Rivière.

²⁸¹ Psiquiatra el primero y psicóloga la segunda que procedentes de Madrid, en esos momentos estaban trabajando en Salud Mental en Avilés (Asturias).

²⁸² Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana de México

comentado *La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma*. Con el contundente estilo que les caracteriza, plantean el surgimiento de la Psicología Comunitaria como un paradigma alternativo a los modelos tradicionales que se ocupaban de la salud mental: “*en el que el psicólogo supera una posición clásica de observación, descripción, diagnóstico y clasificación de fenómenos y conductas para adoptar por fin una posición y postura intervencionista (...). En este sentido la Psicología Comunitaria se incorpora a la vigorosa revolución científica y profesional que inició ya hace años la Terapia de Conducta*” (Costa y López, 1982, p. 17).

Basados en los desarrollos de la ciencia experimental del comportamiento reivindican la incorporación del psicólogo como profesional que, desde su bagaje científico, permitirá superar las insuficiencias de los otros modelos más vinculados tradicionalmente a los psiquiatras y especialmente el modelo psicoanalítico. Las críticas al psicoanálisis giran alrededor de los argumentos habituales desde postulados positivistas: la falta de rigor en sus hipótesis y evaluación, en la falta de operatividad de sus definiciones, en el énfasis en las ‘causas’ intrapsíquicas, etc., complementados con un toque marxista: “*un modelo [se refieren al psicoanalítico] que, como decíamos más arriba, tiende a soslayar el ambiente que condiciona, merece nuestro cuestionamiento también por el efecto que tiene de reforzar el andamiaje ideológico de la burguesía: el individualismo*” (Costa y López, 1982, p. 19).

Frente al modelo terapéutico los autores proponen un modelo educacional: el Modelo de Competencia definida ésta como la resultante de habilidades que operan en los tres niveles de la conducta: cognitivo-verbal, fisiológico-emocional y motor. El Modelo de Competencia entiende la salud como repertorios de habilidades que pueden ser aprendidas de manera que les capaciten para prevenir y resolver problemas de forma adecuada²⁸³. Para acabar de presentar el Modelo de Competencia, Costa y López exponen las características que más le diferencian de otros modelos tales como el papel del entorno físico y social en la salud, el aprendizaje, la evidencia empírica, la definición operativa de conductas y problemas a prevenir, el uso del análisis funcional y de técnicas de modificación de conducta, especialmente las de desarrollo de habilidades.

Finalmente plantea su aplicabilidad desde los Centros de Promoción de Salud en cuyo marco trabajan destacando algunas áreas de aplicación tales como educación para la salud en las escuelas, planificación familiar, educación materno-infantil, prevención de enfermedades cardiovasculares y el diseño del entorno.

Costa y López desarrollarán este modelo más ampliamente en su libro de 1986 *Salud Comunitaria* en el que incluyen, en función de la experiencia acumulada durante esos años en el Centro de Promoción de la Salud de Tetuán (Madrid) donde trabajaban ambos, más referencias a la educación para la salud y al cómo intervenir en salud comunitaria. El Modelo de Competencia tendrá como objetivos promover la competencia individual y desarrollar

²⁸³ “De acuerdo a este modelo, el técnico no trata de resolver los problemas al ciudadano, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de competencia (...) para que él se convierta en agente activo de su propia salud, contribuya de manera cooperativa a promocionar la salud en el sector de la comunidad en que vive y sea capaz de resolver problemas y lo que es mejor, de prevenirlos (...) Esto proporciona, qué duda cabe una especie de desprofesionalización de la psicología” (Costa y López, 1986, p. 20).

comunidades y organizaciones competentes por lo que se inscribe en una aproximación ecológico-conductual.

Tres son los objetivos de intervención: optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente. Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural, es decir desarrollo de sistemas comunitarios competentes y optimizar el sistema de apoyo profesional.

La educación para la salud es un campo de aplicación donde el Modelo de Competencia, según los autores, muestra su gran potencial pedagógico y de cambio desarrollando comportamientos y estilos de vida saludables. De la práctica que llevan a cabo destacamos las Unidades de Aprendizaje Estructurado que son: *“dispositivos organizados para atender necesidades clínicas en el marco de la Atención Primaria de Salud (...) son grupos más o menos amplios (6-15 personas) a los que acceden aquellos individuos que por alguna razón demandan o necesitan ayuda (...) tienen virtualidades terapéuticas y preventivas (...) son métodos eficientes (...) tienen una estructura de trabajo (...) se utiliza una tecnología derivada, en lo fundamental, de la Teoría del Aprendizaje Social”* (Costa y López, 1982, p. 186-187).

Además de estos dos ‘modelos comunitarios’ que se reconocían en tradiciones teóricas de ‘escuela’, a finales de los ochenta comienza a emerger el ‘modelo sistémico’.

Con la progresiva pérdida de ‘lo comunitario’ en las prácticas de salud estos modelos van sufriendo una transformación. El modelo grupal va ‘perdiendo’ su faceta más comunitaria y reduciéndose a la práctica clínica grupal, especialmente en grupos terapéuticos con más influencia psicoanalítica que ‘social’. El modelo de competencia va evolucionando hacia enfoques cognitivos-conductuales más individualistas con predominio de las técnicas de cambio de comportamiento individual dirigidas a la clínica y a la rehabilitación de ‘pacientes crónicos’ en salud mental y a cambios de conductas de riesgo en ‘enfermedades físicas’ en la denominada Psicología de la Salud.

Podríamos decir que, con las matizaciones que se quieran, éstos eran los dos modelos dominantes en la práctica profesional en la salud comunitaria de los psicólogos “sociales” en la década de los ochenta: el Modelo de Competencia y la Psicología Social (Operativa/Dinámica/Vincular)²⁸⁴.

El clima social de ilusión y cambio²⁸⁵ facilitaba la expresión de las posturas más críticas y reivindicativas de los psicólogos tanto en sus formulaciones teóricas como en los proyectos de cambios en las instituciones que comenzaban a transformarse. Evidentemente no todos los discursos de los psicólogos profesionales tenían ese tamiz ‘revolucionario’ sino que había también planteamientos desde enfoques más técnicos y menos ‘políticos’ vinculados sobre todo a los ámbitos académicos y cuyo discurso ‘psicologista’ global ya empezaba a ser criticado por algunos sociólogos del país como Álvarez Uría y Varela (1986) siguiendo líneas teóricas foucaultianas y los análisis de Castel para el desarrollo de lo ‘psi’ en Francia y EEUU (Castel, 1981; Castel, Castel, y Lowell, 1980).

²⁸⁴ En mucha menor medida, el enfoque psicoanalítico de orientación lacaniana y el sistémico que comenzaba a hacer acto de presencia.

²⁸⁵ Recordar que ese fue el principal eslogan en la campaña electoral del PSOE de 1982 ¡Por el cambio!.

La confrontación de modelos se irá diluyendo con el transcurrir de los años, al diversificarse la demanda social e institucional de psicólogos y haber más posibilidades de desarrollo profesional y laboral. Cada enfoque seguirá buscando espacios de expansión y aplicación. Los modelos más conductuales comunitarios se orientarán hacia la intervención social desde servicios sociales, los más individuales hacia las drogas y la rehabilitación psiquiátrica y los modelos operativos hacia la salud mental comunitaria en relación con la reforma psiquiátrica.

A modo de análisis interpretativo

La década de los 80 se va a caracterizar por la consolidación del sistema democrático en España y por el desarrollo de la Constitución de 1978. La mayoría absoluta del PSOE en las elecciones de 1982 y 1986 permitió que los sucesivos gobiernos socialistas afrontaran algunas reformas sectoriales de gran calado en la sociedad española. En el campo social nos interesa resaltar las reformas educativas y sanitarias propiciadas por cuatro leyes aprobadas en esta década: la Ley de Reforma Universitaria (LRU), aprobada en 1983, la Ley de Servicios Sociales, aprobada en 1985, la Ley General de Sanidad (LGS), aprobada en 1986 y la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), aprobada en 1990.

Demandas de cambios institucionales

Evidentemente las reformas institucionales de este período responden a las demandas sociales de esta nueva situación político-social. Por un lado las históricas demandas de los años setenta se ‘agrupan’ en reivindicaciones a incluir en la Reforma Sanitaria, y dentro de ella con especial atención en la Reforma de la atención psiquiátrica/salud mental, y por otro aparecen nuevas demandas de atención sociosanitaria relacionadas directamente con la eclosión de la problemática de las drogas²⁸⁶.

El derecho a la salud, y por consiguiente a las prestaciones sanitarias de calidad que la garantizaran, se había consagrado en la consensuada Constitución de 1978, pasando a ser asumido por el conjunto de la sociedad como un pilar constitutivo del nuevo sistema democrático, como una de las bases del anhelado Estado del Bienestar. La consecución de este objetivo pasaba por la reforma del caduco sistema sanitario que ya comenzaba a dar síntomas de ‘asfixia financiera’. Es decir que la Reforma Sanitaria pendiente era una exigencia tanto para ‘responder’ de manera global a las demandas de la población (atención a la mujer: materno-infantil, planificación familiar, salud mental, etc.) como para ‘frenar’ y ‘racionalizar’ el creciente gasto sanitario y modernizar la atención sanitaria como respuesta a las demandas de los propios profesionales.

En segundo lugar en los años ochenta comienza a aparecer el fenómeno de la drogadicción entre sectores juveniles de barrios más desfavorecidos y pueblos de la periferia de

²⁸⁶ Algunas de las demandas de las décadas anteriores relacionadas con el fracaso escolar y la escuela se canalizan hacia la mejora de la enseñanza y se concretarán en la Reforma del Sistema Educativo (LOGSE), separándose así del campo de la salud al que se habían aproximado, en los primeros momentos, los Servicios Psicopedagógicos Municipales.

Madrid. El fracaso y el frecuente abandono escolar, el comienzo del creciente paro juvenil y la consiguiente falta de expectativas en el futuro, el 'desencanto' político, la desestructuración de muchas unidades familiares, la emergencia de nuevos valores sociales en la adolescencia (búsqueda de la satisfacción inmediata, atracción por lo peligroso y prohibido, etc., etc.), entre otros factores, 'empujaron' al consumo de drogas, especialmente la heroína, a una parte de la población juvenil de Madrid con la correspondiente alarma social ante el incremento de la inseguridad ciudadana. En menor medida van apareciendo también, en muchos casos vinculado al problema de la toxicomanía, demandas relacionadas con situaciones de marginación social bien en colectivos históricamente marginados (gitanos) bien en nuevas marginaciones (parados, familias con padres heroinómanos, madres solteras, 'los sin techo', ancianos sin recursos, etc.) a las que se les intenta dar respuestas con la creación de Servicios Sociales generales y monográficos.

Las demandas ahora se expresarán menos a través de los movimientos sociales de los barrios, que irán perdiendo fuerza paulatinamente, y más a través de las nuevas formas de organización del tejido social, a saber: partidos políticos, sindicatos, asociaciones y colegios profesionales, asociaciones de enfermos y familiares (por ejemplo de enfermos mentales, madres contra la droga), parroquias y medios de comunicación social.

Se va produciendo un cambio en las demandas respecto al período anterior. Ahora las demandas se presentan más como problemas individuales a los que los ciudadanos reclaman una solución en tanto ciudadanos de derecho y electores en un sistema democrático que como problemas colectivos reivindicados por un movimiento social. Es de resaltar el nuevo papel a desempeñar por los medios de comunicación social tanto como generadores ellos mismos de demandas sociales como en calidad de altavoces sociales para 'presionar' a los políticos y gestores.

Las connotaciones político-ideológicas de las demandas de los setenta irán tornándose en connotaciones político-técnicas, es decir más y mejores recursos profesionales en una nueva organización de servicios sociales y sanitarios que dé respuesta a problemas concretos e individualizados.

Del discurso del cambio al cambio de discurso

Para entender la respuesta política dada en esta etapa de los años ochenta hemos de recordar cómo se encontraba el mapa político español y madrileño.

Desde el intento de golpe de Estado del 23 de febrero de 1981 el gobierno de UCD se mantenía en condiciones de extrema precariedad tanto por la falta de apoyos parlamentarios como por su propia descomposición interna, otras fuerzas políticas más a su derecha como Alianza Popular estaban en sus niveles más bajos sin prácticamente responsabilidades de gobierno. Los partidos nacionalistas moderados (Convergencia i Unió en Cataluña y Partido Nacionalista Vasco en Euzkadi) gobernaban en sus respectivas autonomías. El Partido Comunista de España había sufrido una profunda crisis en 1981 perdiendo buena parte de sus dirigentes y de su base social/electores. El PSOE, por el contrario se había visto 'reforzado' después del intento de golpe de estado por su papel de contundente, aun-

que ‘responsable’, oposición al gobierno de UCD²⁸⁷ y por el incremento de su militancia con cuadros procedentes de los partidos de la izquierda extraparlamentaria (Partido de los Trabajadores de España, Organización Revolucionaria de los Trabajadores, etc.) y del PCE. Este posicionamiento como ‘única alternativa’ de gobierno se vio ‘ayudada’ por el incuestionado liderazgo de Felipe González quien, primero en el Congreso Extraordinario de 1979 en el que ‘impuso la renuncia al marxismo’, y luego en el XXIV Congreso de octubre de 1981, se hizo con las riendas absolutas del partido —y más tarde también del gobierno—²⁸⁸.

Con esta panorámica de los partidos políticos no resultó extraño que el PSOE consiguiese la mayoría absoluta en casi todas las elecciones de esos años, a saber: en octubre de 1982 y 1986 las elecciones generales, en 1983 las elecciones municipales y autonómicas de Madrid y en 1987 las elecciones autonómicas. En las municipales de 1987 el PSOE en el Ayuntamiento de Madrid ganó con mayoría relativa, lo que conllevó su desalojo del gobierno municipal en 1989 merced a una moción de censura conjunta del Partido Popular y del Centro Democrático y Social (CDS)²⁸⁹. Es decir que, en lo que a Madrid capital y a la mayoría de los pueblos de su cinturón industrial se refiere, el PSOE tuvo el gobierno de Ayuntamientos, Comunidad y Gobierno central con mayoría absoluta desde 1982 hasta 1987, y con mayoría relativa hasta 1989.

Esta situación nos muestra a un partido socialista prácticamente sin oposición relevante ni a su derecha (Alianza Popular se ‘refundará’ en el Partido Popular y UCD se reconvertirá en el CDS, que desaparecerá rápidamente) ni a su izquierda, salvo el testimonio del PCE, que apostará, a partir de 1986, por una coalición de partidos (Izquierda Unida) con escasa representación parlamentaria y permanentemente enfrentada al PSOE.

De esta manera el discurso del cambio se concentrará en el PSOE y las discrepancias sobre el sentido, la extensión y el carácter de dicho cambio se darán en buena medida en su propio seno, ya entre sectores del partido socialista, ya entre sectores el gobierno (sobre todo en el primer gobierno de la nación), ya entre el partido y el gobierno, sin olvidar la principal fuente de discrepancia de esos años entre la familia socialista, UGT y Gobierno²⁹⁰.

Teniendo en cuenta por lo tanto el holgado margen que los gobiernos socialistas tenían en las administraciones para gobernar (de ahí la expresión acuñada esos años del ‘rodillo socialista’) los proyectos de cambios institucionales tenían que ser acordados internamente entre las distintas ‘sensibilidades’ socialistas, sujetas a su vez, como no podía ser de otra manera, a los distintos juegos de poder en esa España inmaduramente democrática.

La modernización del Estado. El Estado de las Autonomías

Si en algo habían estado de acuerdo todos los partidos políticos durante la transición democrática era en la necesidad de reformar la sanidad pública española. El inicio de esa

²⁸⁷ Presentó dos mociones de censura en 1981 y 1982.

²⁸⁸ En ambos casos formando un complementario tándem con Alfonso Guerra.

²⁸⁹ Partido político heredero de UCD.

²⁹⁰ Hay que recordar la oposición a la política de pensiones, la dimisión de Nicolás Redondo, secretario general de UGT, como diputado y la convocatoria de la primera huelga general contra un gobierno socialista convocada por las centrales sindicales, UGT entre ellas, el 14 de diciembre de 1988.

tarea no fue posible, por la oposición del PSOE y PCE, durante el gobierno de UCD, quedando como una de las promesas que el PSOE hizo en las elecciones de 1982. Así se produjo el discurso del consenso para el cambio sanitario, esta vez liderado por el PSOE en el poder.

Su fruto, la Ley General de Sanidad, aprobada con el acuerdo de todos los partidos políticos, es producto del compromiso entre fuerzas políticas, sociales y profesionales en el que algunos profesionales más ‘radicales’ veían, tras una fraseología “revolucionaria” el mantenimiento del modelo médico adaptado a los nuevos tiempos, haciéndose buena aquella máxima de *“cambiar algo para no cambiar nada”*. El Estado ‘se apropia’ del discurso comunitario.

En el proceso de modernización de España, la construcción del Estado de las Autonomías se plantea como uno de los hitos básicos para entender la Reforma Sanitaria en nuestro país (Castellón, Martín Moreno, y Otero, 1997). Ese proceso empieza con la aprobación de la Constitución de 1978 y se consagra en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad cuya base territorial para la organización del Sistema Nacional de Salud son precisamente las Comunidades Autónomas. El Estado de las Autonomías se reparte competencias y recursos. Las Autonomías históricas reciben las competencias sanitarias²⁹¹, otras, como la de Madrid, solamente las de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y de las Diputaciones. Los Ayuntamientos ven reducidas sus competencias sanitarias a Higiene y Sanidad Ambiental. Un cierto caos institucional existe en España.

En Madrid coexisten las competencias en salud de las tres Administraciones (Ayuntamientos, Comunidad²⁹² e Insalud²⁹³) y hacer concordar lo que marcan las leyes, algunas en proceso de cambio como la Ley General de Sanidad y la Ley de Bases de Régimen Local, con los intereses de los responsables políticos, e incluso con interés particulares de los propios profesionales afectados, se antoja una tarea difícil, como se ha podido comprobar posteriormente²⁹⁴. En este proceso el nivel autonómico en el marco del Estado español sale fortalecido, mientras que se debilita las competencias de derecho y de hecho propiciadas por los Ayuntamientos a comienzos de los ochenta y el Estado ‘cede’ competencias en algunas Comunidades Autónomas, manteniéndolas en otras como Madrid hasta comienzos del siglo XXI.

En Madrid por lo tanto a partir de 1985 con la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local y de la Ley General de Sanidad se establece que todas las competencias sanitarias se irán transfiriendo a la Comunidad Autónoma, aunque por la vía lenta (art. 141) y que los ayuntamientos sólo tendrán competencias en materia de sanidad ambiental. La Ley de Servicios Sociales de 1985 también toma como eje a la Comunidad que irá recibiendo las transferencias del Inersa y las irá delegando en los ayuntamientos. En la práctica eso

²⁹¹ El País Vasco, Cataluña y Galicia serán las primeras que las reciban y creen el Servicio Vasco de Salud, el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio Gallego de Salud.

²⁹² Constituida en 1983.

²⁹³ Hasta la transferencias sanitarias de 2001

²⁹⁴ Ya que hasta nuestros días (2014) sigue existiendo un cierto solapamiento de redes sanitarias en Madrid (Ayuntamiento y Comunidad).

significa que estos años de reformas institucionales coinciden con reformas político-administrativas lo que añade un grado de complejidad y dificultad a las primeras. Así mientras que la asistencia sanitaria primaria y hospitalaria de la capital y las ciudades seguirán dependiendo del Insalud, la asistencia rural dependerá de Ayuntamientos y Comunidad. La atención psiquiátrica tendrá repartida sus competencias y recursos: la Comunidad heredará los hospitales psiquiátricos y servicios ambulatorios de la Diputación y el AISNA formando los Servicios de Salud Mental, el Insalud tendrá los neuropsiquiatras de zona, servicios hospitalarios y las nuevas Unidades de Salud Mental (a partir de 1984) y los Ayuntamientos la parte de salud mental proveniente de los Centros de Promoción/Municipales de Salud. Por último los Servicios Sociales dependientes de la Comunidad y gestionados por los Ayuntamientos se ocuparán de la atención a las toxicomanías (a partir de 1985) y de la rehabilitación psicosocial de enfermos psiquiátricos (a partir de 1985 también).

A su vez es de resaltar el hecho de que desde la misma Comunidad de Madrid desde 1983 a 1987 se mantenga en una misma Consejería las competencias de salud y servicios sociales (Consejería de Salud y Bienestar Social²⁹⁵) y desde 1987 a 1995 se desdoble en dos Consejerías: Consejería de Salud y Consejería de Integración Social²⁹⁶.

Se dio por lo tanto un doble proceso de cambio: cambio de viejas competencias administrativas y cambio/creación de nuevas instituciones sociales y sanitarias,

Igualmente se iba dando un cambio de discurso en el seno del PSOE. Se iba pasando del discurso del cambio (discurso más comunitario) al cambio de discurso (ahora más medicalizado y tecnificado).

Los profesionales sanitarios: ¿críticos o gestores?

Los discursos de los partidos políticos sobre la sanidad en los años setenta habían estado altamente ideologizados y llenos de lugares comunes sobre la universalización de la sanidad pública, la atención en la comunidad, el trabajo en equipo, la prevención, etc., etc. pero sin demasiada necesidad de articular propuestas políticas en lo concreto para la transformación de las instituciones existentes o para la creación de otras nuevas. Es ahora, sobre todo a partir de que el PSOE tiene responsabilidades de gobierno en las distintas administraciones, cuando los discursos políticos cobran posibilidades de convertirse en proyectos viables de cambio y el papel de los profesionales cobra una nueva dimensión.

Los partidos políticos, y más concretamente el PSOE, tiene que recurrir a los expertos profesionales para elaborar en lo concreto las directrices políticas que 'en la práctica' han de guiar los procesos de reforma en las distintas administraciones en las que comienzan a tener responsabilidades de gobierno —a partir de 1979 en ayuntamientos y diputaciones, y a partir de 1982 en el conjunto del Estado—. Así se suceden la convocatoria de reuniones

²⁹⁵ En este período sólo hubo dos consejeros/as de salud: María Gómez de Mendoza y Pedro Sabando. La única Consejera de Integración Social fue Elena Vázquez.

²⁹⁶ Incluso es significativo el cambio de Bienestar Social por el de Integración Social. El primero parece que hace más referencia a la promoción de la salud de la población desde una perspectiva de mejora social y el segundo a la necesidad de integración social de parte de la población que se ha 'desintegrado'. La primera denominación correspondería a un enfoque más promotor/comunitario y la segunda a un enfoque más benéfico/asistencialista.

de expertos y jornadas de trabajo con frecuente participación de expertos de otros países y vinculados a organismos internacionales de prestigio (la OMS por ejemplo) que refuerzan las propuestas que allí se van generando.

La mayoría de los profesionales sanitarios que en los años setenta habían liderado los discursos crítico-alternativos y las prácticas comunitarias –salvo los que conservan en esos años la militancia/simpatía en el PCE– se aproximan a los círculos de influencia socialistas participando activamente en dichas reuniones. Junto a éstos se van incorporando otros profesionales sin especial ‘tradición’ en la lucha por las transformaciones sanitarias durante la dictadura y la transición democrática y de reciente afiliación/aproximación al PSOE.

Dos discursos socialistas: ‘el comunitario y el pragmático’

Sin que podamos aplicarlo de una manera mecánica a estos dos grupos de profesionales de experiencia y compromiso distinto respecto a los cambios en la sanidad, sí podemos hablar de la conformación de dos tipos de discursos en las esferas socialistas –ya entre militantes y simpatizantes del partido, entre el gobierno, en ‘el sindicato hermano’, etc.– a lo largo de esta década y especialmente activos y visibles en el proceso de discusión del proyecto de la Ley General de Sanidad.

Estas dos ‘variantes’ del discurso global por el cambio de la sanidad española las podemos denominar como la ‘tendencia’ comunitaria y la ‘tendencia’ tecnocrática. En el primer caso podemos hablar de un discurso del cambio basado en análisis marxistas y enmarcado en un cambio social general de orientación socialista (en el sentido de socialización y estatalización de los servicios sanitarios públicos), con amplio protagonismo de la participación de la comunidad y con una organización cercana a la población (por eso en los primeros compases de la discusión este discurso opta por la reivindicación de las competencias sanitarias para los ayuntamientos), con énfasis en la prevención y en la promoción de la salud más que en la asistencia a la enfermedad y en el trabajo en equipo interdisciplinario (es decir basado en un concepto de salud integral). En ocasiones con duros enfrentamientos con ‘la clase médica’ más conservadora²⁹⁷. En suma es un discurso altamente politizado e ideologizado (en el sentido de que la ideología siempre existe y orienta el sentido de los cambios/no cambios). Sus portavoces provienen de los sectores marxistas y críticos del PSOE –fundamentalmente profesionales sanitarios– y UGT, así como de algunos ex-militantes del PCE, ahora en el PSOE. El término que defiende este discurso para la Reforma de la Sanidad es el de Servicio Nacional de Salud.

La otra ‘versión’ que hemos denominado discurso ‘pragmático’ se basa en análisis más funcionalistas del cambio sanitario enmarcados en un proceso de racionalización y modernización de los servicios del Estado apostando por la complementariedad entre la sanidad socializada a cargo del Estado y la iniciativa privada. El papel protagonista lo tienen así los políticos-gestores que den racionalidad (control del gasto, eficiencia y eficacia de los

²⁹⁷ Recuérdese el expediente disciplinario abierto a Ramiro Rivera en 1981, genuino médico reaccionario del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, por parte de la Consejera de Salud María Gómez de Mendoza. En 1984 el ministro Lluch pactó con Rivera, en tanto presidente de la Organización Médico Colegial, algunos aspectos de la ley General de Sanidad. Dos emergentes de los discursos a los que nos estamos refiriendo.

servicios, etc.) y los profesionales sanitarios más biomédicos que deben realizar una buena atención sanitaria, enfatizando la buena práctica clínica-asistencial en detrimento de la promoción de la salud, tarea que se coloca por fuera del sistema sanitario. La salud integral y el trabajo en equipo se mantienen pero bajo la hegemonía del modelo más individual-biológico y el liderazgo de los médicos. Se primará, desde este discurso, la cualificación y tecnificación tanto de los gestores sanitarios como de los médicos. En suma es un discurso altamente pragmático y tecnocrático (en el sentido de primar la gestión y la técnica). Los portavoces de este discurso los vamos encontrando entre la cúpula de los políticos socialistas (recuérdese el pragmatismo de Felipe González al afirmar en esos años *“gato negro, gato blanco, lo importante es que cace ratones”*), entre profesionales que provienen del campo económico y de la gestión y algunos médicos interesados en la alta gestión sanitaria. El término que se acuñará desde este discurso para la reforma de la sanidad española será el de Sistema Nacional de Salud.

Con todo, el punto en común del cambio de la Sanidad en el que coincidían no sólo los discursos socialistas sino de la práctica totalidad de la sociedad española era el de la modernización y como ejemplo paradigmático de la necesidad de modernización estaba la atención psiquiátrica.

El discurso psiquiátrico de la salud mental comunitaria

Los vientos de cambio sanitario no soplaban con la misma intensidad para todas las especialidades médicas. Sin ninguna duda era la psiquiatría la que mayor ‘retraso’ tenía en comparación con los países de nuestro entorno occidental –junto con la atención primaria– lo que originó un amplio consenso entre los muy distintos grupos de profesionales relacionados con la psiquiatría.

Por un lado la psiquiatría más conservadora, anclada en las cátedras universitarias y servicios de los hospitales clínicos, y agrupada en la Sociedad Española de Psiquiatría, no veía amenazados sus intereses con los movimientos de cambio sanitario por lo que optó por el ‘dejar hacer’ sin mostrar ninguna oposición activa a los proyectos de Reforma Sanitaria en general y psiquiátrica en particular. Por el contrario la masa crítica de profesionales de la psiquiatría, y progresivamente otros nuevos profesionales que se iban incorporando al campo de la salud mental, mantenían un discurso activo y constructivo sobre el cambio psiquiátrico que se organizaba en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). El núcleo dirigente de esta asociación durante los años ochenta provenía, recordémoslo, de los componentes de la Coordinadora Psiquiátrica Nacional de los años setenta, y más concretamente de los círculos próximos al PCE, una vez ‘neutralizados’ sus integrantes más ‘críticos-izquierdistas’. Muchos de ellos iban acercándose a las esferas socialistas y la mayoría, desde posturas de izquierda, mantenía una no militancia en los partidos políticos.

La elaboración del discurso psiquiátrico en el proceso de reforma de la sanidad de los años ochenta está influido por los avatares de este núcleo de ‘viejos’ psiquiatras ‘antipsiquiatras’ en buena medida en su relación con el poder socialista. A nivel del Estado ya vimos que desde 1979 el PSOE con el apoyo del PCE empezará a tener responsabilidades de gobierno en Diputaciones y ayuntamientos. Las primeras con hospitales psiquiátricos a

su cargo, los segundos con la puesta en marcha de los CPS/CMS en Madrid. La mayoría de este grupo dirigente fue requerido desde distintos puntos de España (Málaga, Jaén, Sevilla, Asturias) para liderar los procesos de transformación psiquiátrica que ellos mismos habían reivindicado a lo largo de los años setenta. Este encargo hecho desde las administraciones socialistas fue resuelto con desigual ‘acierto’ por estos ‘reformadores’ por lo que para unos se convirtió en un viaje hacia más altas cotas de poder en el ámbito socialista y para otros un viaje con billete de ida y vuelta. Esta primera fase de un proceso de ensayo-error por parte de los responsables socialistas les llevó a la formulación de unas directrices políticas comunes para homogeneizar la dirección de las reformas en los distintos puntos de la geografía española.

Se comenzará a organizar un ‘discurso socialista de la salud mental’ cuyo argumento central será la inclusión de la Reforma Psiquiátrica dentro de la Reforma Sanitaria general, punto de partida en el que estarán de acuerdo todos los sectores psiquiátricos. Sin embargo, a semejanza de los dos tipos de discursos descritos para el cambio sanitario en los círculos del PSOE, se esbozarán también dos tipos de discursos para la Reforma Psiquiátrica que tendrán su máxima expresión en el espacio territorial que nos ocupa: Madrid. Estos discursos emergen con cierto nivel de concreción por la desincronización de los ritmos de las ‘dos reformas’, ya que mientras las directrices para la reforma psiquiátrica urgía al tener que dar respuestas desde los gobiernos locales, la Ley General de Sanidad requería de tiempo más pausado tanto por su calado político y social como por la complejidad de su negociación.

En Madrid podemos ‘corporeizar’ los dos discursos por un lado en la figura de Valentín Corcés (que representaba, como hemos dicho antes, los nuevos militantes del PSOE provenientes del PCE) y por otro en el núcleo fundador del INSAM (que representaban a los nuevos militantes del PSOE sin pasado de ‘lucha psiquiátrica’ y por lo tanto más ‘técnicos-profesionales’ que ‘políticos-ideólogos’). Insistimos en que ambos coincidían en los puntos fundamentales de la Reforma Psiquiátrica variando, a nivel de discurso, el énfasis en lo comunitario del primero y en lo tecnocrático del segundo. Las cercanías con las dos variantes del discurso del cambio sanitario dentro del PSOE a nivel general son claras²⁹⁸: uno cercano al discurso más ideologizado, participativo, interdisciplinar y comunitario, otro al discurso de la racionalización de recursos, pragmático, epidemiológico, médico-psiquiátrico y tecnológico (primacía de lo técnico a lo ideológico).

En cualquier caso el discurso psiquiátrico del cambio se engarza, y une su suerte, al discurso de Reforma de la Sanidad y a la Ley General de Sanidad ‘apoyando’ en términos generales la versión más integral, comunitaria y defensora de la atención primaria. De esta manera la plasmación del discurso más consensuado entre los diversos sectores de la psiquiatría, como es el Documento Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, recoge en todas sus partes su futura adecuación a lo que presumible (y sin duda deseablemente para sus autores) debería incluirse en la Ley General de Sanidad.

²⁹⁸ Incluso si lo extrapolamos a nivel de ‘sensibilidades y familias’ políticas dentro del PSOE en ese momento, el discurso más socializante y ‘participativo’ estaría próximo al denominado ‘guerrismo’ (Alfonso Guerra) y el discurso más tecnocrático y ‘modernizador’ a la llamada ‘beautiful people’ (Miguel Boyer). Felipe González mantendría la imagen de punto medio –hombre bueno– en las ‘tensiones’ tanto del partido como del gobierno.

Sin embargo algo se movía. Los discursos psicosociales que habían sido incorporados por los políticos cuando estaban en la oposición seguían teniendo presencia en los textos legislativos sanitarios y algunas expectativas de cambios se iban abriendo por lo que la mayoría de los profesionales sanitarios progresistas cerraron filas en torno al PSOE, unos desde posturas más o menos críticas, otros alineados con la política más oficialista. La unidad de los profesionales sanitarios progresistas venía justificada tanto por el anhelo de llevar a la práctica desde las instituciones 'reales' los proyectos de cambio, en otra hora contrainstitucionales, como por el menos confesable afán de mejorar sus situaciones de poder.

En el caso de los médicos y psiquiatras se trataba de avanzar posiciones en las estructuras de poder de la sanidad pública en detrimento de los más rancios representantes de tiempos ya pasados, y en el caso de los psicólogos, se trataba de la más prosaica consolidación del puesto de trabajo en un campo de interés profesional en el que cada uno de ellos era poco menos que pionero.

Se da pues una aproximación entre el discurso alternativo psicosocial en salud de los profesionales de la psicología y los de otros profesionales, como los psiquiatras, los médicos progresistas y los planteamientos de la Administración socialista. Todo es comunitario: la Psicología Comunitaria, la Salud Comunitaria, la Psiquiatría Comunitaria, la Salud Mental Comunitaria.

La influencia del movimiento de psiquiatras progresistas en la construcción del discurso psicosocial de la salud comunitaria y de la atención primaria durante los años de la transición y primer gobierno del PSOE (1975-1986) fue muy importante por varias razones:

1. Por provenir de un sector de los médicos, los psiquiatras que, a pesar de ser los médicos menos médicos, no dejaban de ser reconocidos socialmente, y por otros médicos, como voces autorizadas y escuchadas a su mismo nivel. Es evidente la diferencia en esto con los psicólogos, quienes en esos momentos irrumpen como jóvenes advenedizos en el campo de la salud, sin reconocimiento ni historia dentro del mundo sanitario.
2. Por el papel de vanguardia que jugaron muchos psiquiatras entre los médicos progresistas en el proceso de Reforma Sanitaria general al ocupar importantes puestos de responsabilidad ya en los partidos políticos de izquierda, tanto en el PSOE como en el PCE²⁹⁹ como en cargos de responsabilidad institucional³⁰⁰.
3. Por la imagen social alcanzada de una labor altruista, altamente demandada por la población y a favor de un trato más digno a los llamados enfermos mentales y de una mayor humanización de la atención sanitaria general.
4. Por liderar la lucha por el cambio de una de las 'vergüenzas' del franquismo, a saber

²⁹⁹ A modo de ejemplo recordar a Valentín Corcés primero y más tarde Fernando Lamata como Delegados Federales de Salud del PSOE, a Blas Agüera como responsable político del PCE ocupándose de temas sindicales (1980) en Comisiones Obreras y en el Ayuntamiento de Madrid en uno de cuyos CPS trabajaba y a Sergio García Reyes como Diputado regional por el PCE primero y por Izquierda Unida después.

³⁰⁰ Recordar a Francisco Torres que fue viceconsejero de la Junta de Andalucía, a José García, Consejero de Salud del Principado de Asturias ó al mismo Fernando Lamata, Director Provincial del Insalud de Madrid, todos con gobiernos del PSOE.

la degradante y decimonónica atención asilar³⁰¹, lo que les configuraba gran prestigio y autoridad moral.

5. Por necesitar incorporar, al menos a nivel de discurso, conocimientos y técnicas provenientes de disciplinas sociales y psicológicas que les ‘diferenciase’ de sus colegas conservadores apegados a las concepciones más biologicistas y kraepelinianas y al uso de psicofármacos, electroshocks e internamientos como terapéuticas de primera elección.
6. Por su posición de trabajo en las instituciones psiquiátricas públicas con lo que se convertían en un socorrido puente de entrada para muchos psicólogos que se convertían así en ‘asistentes voluntarios’, lo que no era poco para los tiempos que corrían y para las nulas posibilidades de trabajo para la gran mayoría de los psicólogos interesados en la clínica.

Un discurso calculadamente ambiguo: la Ley General de Sanidad

La Ley General de Sanidad de 1986 es la expresión más palpable de la respuesta política a las demandas sociales y profesionales de cambio en el sector sanitario. A su vez es el exponente de los límites de dicho cambio teniendo en cuenta los amplios márgenes de ambigüedad con los que presenta algunas parcelas. Así la Ley lo que plantea es un marco general basándose en ‘la parte’ más ‘socializante’ y favorable a la salud comunitaria pero con resquicios para la futura gestión con cabida a la privatización parcial. Discurso abiertamente progresista y modernizador siguiendo el modelo más social europeo pero abierto a un desarrollo posterior a definir. El caso del capítulo dedicado a la salud mental es paradigmático de la calculada ambigüedad de dicha Ley. Su desarrollo se jugará en el terreno de las instituciones sanitarias y de las prácticas desarrolladas en ellas. Las prácticas profesionales relacionadas con la salud comunitaria de este período se encuentran por lo tanto vinculadas a los discursos de las reformas sanitarias y no serán ajenas a la confrontación de los discursos referidos.

Los psicólogos: de la contestación a la profesionalización

La década de los ochenta supone el despegue y la institucionalización de la psicología española tanto a nivel académico como profesional –inserción en el mundo laboral y organización corporativa³⁰²—. La presencia y la voz de los psicólogos se hace presente con fuerza en los distintos espacios sociales: desde la presencia (cada vez más habitual) en los medios de comunicación hasta el hecho histórico de una psicóloga como primera ministra de Asuntos Sociales en el gobierno del PSOE, pasando por la activa participación en los procesos de reformas institucionales, ya fuera desde lugares de poder (por ejemplo la reforma educativa es promovida desde niveles directivos, en gran medida, por psicólogos) ya fuera ‘desde la base’ participando en reuniones, jornadas, publicaciones, etc. A las voces de los psicólogos individuales que se iban filtrando por los poros del tejido social se añadía,

³⁰¹ Reconocida explícitamente desde el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria de 1975: “dentro de una asistencia sanitaria disgregada, caótica y anacrónica, destaca el estado de subdesarrollo e inadecuación del sector psiquiátrico, que representa el papel de cenicienta” Comisión Interministerial, 1972, cit en García, Espino, y Lara, 1998). En el año 1976 la OMS creó un grupo de trabajo para elaborar un informe sobre el futuro de los hospitales mentales (Montoya, 1978 cit. en García et al., 1998).

³⁰² El Colegio de Psicólogos se creó en 1980.

cada vez con más fuerza corporativa y, por ende, social, el discurso del Colegio de Psicólogos.

El Colegio de Psicólogos: la apuesta por las reformas

El Colegio de Psicólogos, fundado por algunos de los líderes estudiantiles de los setenta, muchos de ellos en la órbita del PCE, y otros partidos de izquierda —como en todos los colectivos profesionales de izquierda los militantes del PSOE eran franca minoría—, también tomó postura activa a favor del proceso de cambio general de la sociedad española de esos años. Espectador atento a los requerimientos sociales y políticos, y a veces entusiasta promotor de innovadoras experiencias (caso de los CPS/CMS de los comienzos de los ochenta), el Colegio de Psicólogos iba pronunciándose sobre los procesos de reformas sectoriales, uno de ellos el de la sanidad. Así tanto en lo que se refería a la Ley General de Sanidad como al Documento para la Reforma Psiquiátrica manifestó su apoyo crítico manteniendo un discurso en el que primaba la defensa de lo corporativo (es decir la inclusión/defensa del psicólogo en los mayores niveles posibles de la sanidad), aun cuando se apoyase en argumentos de carácter ideológico, científico, teórico-técnico, etc. como ‘correspondía’ a la procedencia ‘política’ de la mayor parte de sus directivos. En este sentido su discurso se acercaba más, en esos momentos, al discurso comunitario que al discurso tecnocrático, haciéndose eco de los enfoques y modelos más activos de la profesión.

El Colegio de Psicólogos, a veces generándolo, a veces recogiendo lo producido en el contexto profesional, ayudó a la diversificación del discurso psicológico en salud. Su discurso va ‘evolucionando’ desde el apoyo a los planteamientos más comunitarios desde los Centros de Promoción/Municipales de Salud hacia la psicología clínica en la salud mental comunitaria o la psicología de la salud más vinculada a los aspectos de salud en general (no salud mental).

Por otro lado ‘abre’ discursos psicológicos sobre las nuevas demandas que surgen como las drogodependencias (y que son atendidas en un momento inicial desde lo sanitario para desplazarse hacia el terreno de los servicios sociales). Es decir que va buscando nuevos campos de aplicación de la psicología y de inserción laboral de los psicólogos como manera de consolidar a su vez su lugar de poder social y profesional.

Estos nuevos lugares se van ampliando desde la sanidad hacia los servicios sociales que ‘asumen’ el encargo social de organizar la atención a la marginación social. En la segunda mitad de esta década el discurso comunitario de lo psicológico en salud se irá desplazando también hacia la ‘intervención social’ quedando ‘restos’ del enfoque comunitario en relación con la salud mental comunitaria (todavía con el adjetivo) y adquiriendo progresivamente mayor peso el aspecto ‘clínico’ tanto en su versión diagnóstico-terapéutica³⁰³ (desde los Servicios de Salud Mental) como en sus aspectos de rehabilitación (desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial).

³⁰³ Quedando lejanos los tiempos de los 70’ cuando desde la Antipsiquiatría se hablaba del Antidiagnóstico (Bourguignon, 1971).

Discurso psicológico y discurso psiquiátrico: encuentros y desavenencias

Hasta mediados de los años ochenta el camino de la salud comunitaria y de la transformación psiquiátrica había seguido caminos paralelos que confluyeron en algún punto y momento (Centro de Talavera de la Reina, CPS/CMS...) pero que se habían desarrollado con cierta autonomía. En el caso de la psiquiatría 'antipsiquiátrica' en los años setenta por su explícito posicionamiento contra la consideración biologista y marginadora de la atención psiquiátrica desde la sanidad pública y posteriormente por las dificultades de ligar el cambio psiquiátrico –en el que estaban afectadas sobre todo diputaciones– al cambio sanitario general de mayor complejidad y en manos de la administración central. Esta situación comienza a cambiar con las perspectivas de una Reforma Sanitaria de hondo calado en la que la Reforma Psiquiátrica no podía sino constituir una parte significativa de la misma. Es ahí cuando el discurso psiquiátrico progresista (recordemos que organizado en torno a la AEN) comienza a unir su suerte al discurso de la salud comunitaria y al de la atención primaria³⁰⁴.

Pero veamos las relaciones entre el discurso psiquiátrico y el discurso psicológico más allá de la confluencia de ambos en el discurso de la salud comunitaria, (o dicho de otra manera el discurso psiquiátrico + el discurso psicológico = discurso de la salud mental). El discurso psiquiátrico se ligará al discurso de la salud comunitaria y de la atención primaria que a su vez había incorporado el discurso psicológico desde la promoción de la salud (sin el apadriñamiento de los psiquiatras).

Al discurso psiquiátrico 'antipsiquiátrico' de los setenta le 'sucede' el discurso de la salud mental comunitaria de los ochenta. Nótese el cambio de psiquiatría por el de salud mental como un indicador de la apertura del discurso psiquiátrico al psicológico, coincidente ambos en el calificativo de comunitaria. Es interesante observar la poca aceptación que ha tenido en nuestro contexto el término psiquiatría comunitaria, al menos en estos años de reformas, lo que nos indica el 'alejamiento' de los planteamientos más médico-psiquiátricos y su 'acercamiento' a planteamientos más interdisciplinares en el que los psicólogos forman parte constitutiva del nuevo campo de la salud mental comunitaria. Podemos decir que, en los años de las reformas institucionales una de las vías fundamentales para la incorporación del discurso psicológico/psicosocial al discurso de la salud es la aceptación por parte de los psiquiatras –insistimos, mayoritariamente vinculados a la AEN– del discurso psicosocial generado por los psicólogos. Esta aceptación del 'otro', si bien supuso una cierta pérdida de la exclusividad profesional en el campo de los 'trastornos mentales', tiene varias hipótesis explicativas, algunas de las cuales también supusieron 'ventajas' para estos psiquiatras, a saber:

Por un lado asumían nuevas respuestas a las demandas sociales de nueva atención 'psiquiátrica', es decir también psicológica, lo que les permitía presentarse inequívocamente como adalides del cambio psiquiátrico frente a la psiquiatría más biologicista y conservadora. Se convertían así en interlocutores socialmente aceptables para los políticos responsa-

³⁰⁴ "De esta forma, y en un sentido similar al que utilizamos al hacer referencia a la crisis conceptual y organizativa de la asistencia psiquiátrica, podemos hablar aquí de la emergencia de un nuevo paradigma teórico en el tema de la organización de la asistencia sanitaria pública. Paradigma que podemos denominar de modo similar 'salud comunitaria' y del que nos interesan dos aspectos básicos: 'el nuevo' concepto de salud y el principio organizativo de la atención primaria de salud" (López Álvarez, 1998, p. 33).

bles de llevar a cabo las reformas y profesionalmente aceptados al liderar las propuestas interdisciplinarias en las que los psicólogos, entre otros, se veían reconocidos. Su parcela de poder se ampliaba en la perspectiva del éxito de las reformas teniendo en cuenta que la inclusión de los psicólogos en la salud mental siempre se hacía desde posiciones de subordinación, al menos jerárquica, de los psicólogos respecto a los psiquiatras.

Por otro lado la ampliación de teorías y técnicas psicosociales y psicológicas para la intervención en salud mental comunitaria³⁰⁵ se planteaba como algo necesario en el nuevo ‘modelo’ de atención (inclusión de la evaluación psicológica, de psicoterapias, de intervención en crisis, de trabajos con grupos y con instituciones, etc.) y ‘aconsejaba’ la inclusión de los profesionales más cercanos a ellas. Los psicólogos, aunque no eran los únicos profesionales con formación psicosociológica y psicoterapéutica —también la tenían en esos momentos algunos psiquiatras, sociólogos y asistentes sociales—, sí habían realizado un proceso de formación con garantías ideológicas, teóricas y técnicas para su inclusión en el mismo viaje de estos psiquiatras. Se reforzaba así el aspecto más psicosocial (García González, 1998) y menos medicalizante de la salud mental comunitaria en ‘beneficio’ de estos psiquiatras ‘menos médicos’ y ‘más ideólogos’. Los psicólogos, a su vez, encontraban espacios de inserción laboral y profesional coherentes con los principios psicosociales que defendían en un campo a caballo entre la práctica clínica y la intervención psicosocial en la comunidad.

De esta manera a lo largo de esta década el discurso de la salud mental comunitaria, con sus matices y contradicciones, se va imponiendo entre los discursos del cambio institucional y se va incorporando al discurso de la salud comunitaria y la atención primaria.

La salud mental como servicios sanitarios especializados

La progresiva aceptación de la salud mental como parte de la Reforma Sanitaria y su inclusión dentro de la Ley General de la Sanidad, implicó su ubicación organizativa dentro del Sistema Nacional de Salud como unos servicios especializados de segundo nivel con igual consideración administrativa que el resto de los especialistas (oftalmología, ginecología, aparato digestivo, etc.). Esta colocación administrativa, al menos en Madrid, obligó a ‘recolocar’ el discurso comunitario y a explicitar su relación con la atención primaria de salud. Es decir se pasaba de un discurso comunitario en salud mental a un discurso sanitario en atención primaria y en salud mental, aún cuando la atención primaria tuviera rescoldos comunitarios de Alma-Ata.

En la segunda mitad de los ochenta tenemos pues un discurso de la salud mental progresivamente menos comunitario y más ‘especializado’ en el que los profesionales-titulados superiores (psiquiatras y psicólogos clínicos) son considerados, con matices, facultativos especialistas de área (FEA) y sus prácticas se van a ir decantando por las actividades clínicas en detrimento de las actividades comunitarias. En este proceso el psicólogo irá adquiriendo una mayor ‘identidad clínica’ y una mayor diferenciación con el psiquiatra. Comenza-

³⁰⁵ “Utilizando un concepto de la moderna filosofía de la ciencia, podemos hablar del surgimiento de un nuevo paradigma teórico: la salud mental comunitaria” (López Álvarez, 1985, pp. 29-30).

rá así la reivindicación de la formación de los psicólogos especialistas en psicología clínica a través del sistema PIR. Se entrará así en la ‘fase’ de equiparación del rol profesional del psicólogo clínico con el del médico especialista según el modelo médico sanitario (Lorenzo y Vallejo, 1990).

La marginación, cosa de psicólogos

En el cambio de la organización del Estado y con la reorganización de las competencias de las distintas administraciones comienzan a ponerse en funcionamiento nuevas instituciones públicas que asumen planteamientos psicosociales en la atención a problemas específicos de salud (drogas, rehabilitación psicosocial de pacientes psiquiátricos crónicos, etc.) y en problemáticas sociales (maltrato infantil, marginación, inmigrantes, etc.). Se desarrollan los Centros de Atención a los Drogodependientes y los Servicios Sociales Generales y Monográficos, dependiendo, por razones de distribución de parcelas de poder entre los políticos, de Direcciones Generales ó Consejerías de Bienestar/Integración Social y no de Salud.

En estas nuevas instituciones de salud, que no sanitarias, los psicólogos cobran un inusitado papel de dirección y gestión, en parte al coincidir que algunas de las responsables políticas tanto a nivel central como autonómico son psicólogas³⁰⁶ y en parte al tener que competir en ese campo con Asistentes/Trabajadores Sociales con un estatus social y profesional ‘inferior’ al de los psicólogos. Se ‘construyen’ así un nuevo campo de intervención psicosocial en el que los psicólogos tendrán un gran protagonismo en años venideros.

Prácticas profesionales instituyentes

Las prácticas profesionales de los años ochenta están marcadas por los procesos de cambio institucional y en consonancia con la construcción del Estado de las Autonomías, son promovidas primero por la administración local, luego por la autonómica y por último por la administración central. Serán nuevas instituciones con equipos interdisciplinares, bajo la dirección de médicos y psiquiatras en el campo de la salud. Las instituciones relacionadas con las drogas estarán dirigidas por psicólogos. Prima el trabajo en equipo cooperativo, la participación de los profesionales en los proyectos es amplia, diseñándose en conjunto. Los roles profesionales comienzan a discriminarse en la medida que las prácticas se orientan más hacia lo clínico que a lo comunitario. Las instituciones se formalizan y se crean plazas que en algunos casos se cubren mediante oposiciones.

En la medida que se integran en la red sanitaria pública crece la prestación de servicios asistenciales (grupos, familias e individual), la formación a otros profesionales de la sanidad (atención primaria sobre todo) y la reivindicación de la formación de psicólogos especialistas en psicología clínica como estrategia para la adquisición de mayor estatus y reconocimiento profesional en el campo sanitario.

³⁰⁶ Recordar a la Ministra de Asuntos Sociales en el primer Gobierno socialista, Matilde Fernández, a la Directora General de Asuntos Sociales, Gloria Martínez Tellería, a la Consejera de Integración Social de Madrid, Elena Vázquez.

Modelos psicológicos: lo operativo y lo conductual

La facilidad o dificultad para la incorporación del discurso psicológico en la salud comunitaria también estuvo relacionada con los modelos psicológicos predominante en cada momento histórico. Así en la década que estamos analizando la inclusión en el discurso de la salud mental comunitaria vino favorecido por aquellos modelos psicosociales críticos procedentes de la que hemos llamado la relación psicoanálisis marxismo, una de sus versiones se organiza en estos años alrededor del CIR, y del incipiente modelo sistémico. Es interesante resaltar que en estos primeros años del discurso comunitario en salud mental los psicólogos de orientación conductual no tienen una presencia significativa, a pesar de que mantienen el discurso de la psicología comunitaria, o quizás precisamente por eso, buscan espacios de mayor discriminación con los psiquiatras y se orientan más hacia la psicología de la salud (SIDA, enfermedades 'físicas') y la psicología de la intervención social –especialmente drogas y reinserción psicosocial en pacientes psiquiátricos–.

Los modelos operativos

El modelo psicoanálisis y marxismo que dijimos se había introducido en Madrid en los setenta va a organizarse en dos 'versiones' a lo largo de los años ochenta. Por una lado se consolida el Grupo Quipú de Psicoterapia que continuará con sus actividades privadas de formación de las cuales saldrán psicólogos que se incorporarán a los CPS/CMS y a los Servicios de Salud Mental y, por otro, se fundará el CIR que agrupará a algunos 'disidentes' de Quipú de los años setenta y a la mayoría de los psicólogos formados con Bauleo en esos años. El primer grupo se reconoce como psicología analítico vincular y el segundo como Concepción Operativa de Grupo. Ambas van a priorizar el trabajo grupal en sus vertientes terapéuticas y de formación, si bien los primeros más centrados en la práctica privada y los segundos en la pública. Podemos decir que la producción 'teórica' y la inserción práctica de este modelo desarrolla los dispositivos grupales como modos de intervención ya sea en programas comunitarios de promoción de la salud, para la asistencia en salud mental, para la formación de profesionales o para el trabajo en equipo. En la medida que los discursos van 'perdiendo' su carácter más comunitario el 'modelo' va recortando su campo de intervención a lo asistencial y a lo grupal terapéutico.

La cercanía de este modelo con los discursos psiquiátricos críticos no es difícil encontrarla en algunos referentes ideológicos comunes (marxismo por ejemplo), en las aproximaciones psicoanalíticas aplicadas a la institución pública y en el cuestionamiento de los enfoques excesivamente individualistas –ya fueran médico/psiquiátricos ó psicológicos–.

El modelo de competencia

El modelo de competencia es la denominación que hemos adoptado para referirnos al enfoque heredero de la definida por nosotros como psicología 'científica' de los años setenta. Evidentemente el término fue defendido y difundido en nuestro contexto por algunos de sus más activos promotores para indicar el énfasis en la intervención del psicólogo como

profesional que promueva/facilite la adquisición de diversos tipos de competencias (individuales, sociales, de comunicación, etc.). Su implantación en la salud comunitaria pasó en sus primeros momentos por su inclusión, en la psicología comunitaria para más tarde incluirse dentro de la psicología de la salud. Adopta la tradición positivista y de la teoría del aprendizaje individual y social para aplicar técnicas de modificación de conducta incorporando elementos cognitivos a los fundamentos conductuales.

Evidentemente su discurso ideológico crítico con el medio social, su radical denuncia de los modelos médicos psiquiátricos (incluyendo el psicoanálisis dentro de ellos) y su corporativa defensa de la identidad del psicólogo como científico-práctico les llevó a mantenerse bastante al margen de los discursos de la salud mental a los que hemos hecho referencia anteriormente y a reivindicar la participación del psicólogo, como profesional ajeno a la psiquiatría, en la salud comunitaria, sobre todo en relación con la atención primaria de salud. En la medida que parte del discurso psicológico se fue ligando con el psiquiátrico para dar lugar al discurso de la salud mental comunitaria y que la reforma de la atención primaria no iba a contar con la presencia de psicólogos sino a través de la relación con la salud mental como segundo nivel de atención, este modelo ‘buscó’ nuevos campos de aplicación ‘fuera’ del sistema sanitario tales como la intervención social y en las drogodependencias, que pronto pasaron a depender de los Servicios Sociales y no de Sanidad. Así este modelo conductual comunitario que a comienzos de los ochenta se enfrentaba al modelo operativo por la presencia y reconocimiento en la psicología comunitaria aplicada a la salud, a finales de esos años comenzará su expansión en el terreno de los Servicios Sociales y las drogas ‘abandonando’ el campo de la salud mental comunitaria en el que permanecerán ‘restos’ dedicados a la terapia de conducta, a la educación para la salud y a la reinserción de enfermos mentales.

El inicio del modelo sistémico

Éste enfoque, aunque es introducido en el contexto madrileño por dos psiquiatras formadas en Suiza³⁰⁷, prende con facilidad entre psicólogos de los que trabajan o van a trabajar en los Servicios de Salud Mental, algunos de los cuales habían sido introductores en Madrid de los modelos operativos y ahora se ‘reconvertían’ en ‘sistémicos’. El trabajo con familias desde la asistencia en salud mental y la conceptualización relacional de la intervención profesional, unido a la interdisciplinaridad coherentemente defendida, hizo de él un modelo atractivo y asumible no sólo para muchos psicólogos sino también para muchos psiquiatras y trabajadores sociales relacionados con la salud.

En resumen podemos decir, parafraseando a Tönes³⁰⁸ (1987), que, frente al modelo médico hegemónico, a los psicólogos ‘sociales’ progresistas le cabían dos opciones: ¿reformismo o subversión?. Los modelos psicosociales apostaron por el discurso de la subversión pero contribuyendo en la práctica a la construcción de la modernidad democrática, ya con los grupos como técnicas (modelos operativos), ya con las técnicas conductuales (psicología ‘científica’/modelo de competencia) ya con la terapia de familia (modelo sistémico).

³⁰⁷ Carmen Fernández Rojero y Teresa Suárez.

³⁰⁸ Tönes, B.K. (1987). Educación para la salud: ¿prevención o subversión? En *Tendencias actuales en Educación Sanitaria* (pp. 27-38). Barcelona: Quaderns CAPS nº 8

Bibliografía

- Acosta, E. y Carballo, S. (1985). Programa de formación de agentes de salud de la colonia de Pan Bendito (Carabanchel). En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 108-129). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- AEN. (1986). Acerca del Informe Técnico de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Psicólogo*, 26, 41-42.
- AEN. (1987). Encuentro-Debate: "Situación actual de la salud mental en Madrid" (Constitución de la Asociación Madrileña de Salud Mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 332-338.
- AEN. (1988). La Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid: resumen histórico y situación actual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 101-111.
- AEN. (1989a). Apoyo de la AEN en el conflicto de los trabajadores de los Servicios de Salud Mental de Getafe. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 683.
- AEN. (1989b). Documento sobre la posición de la AEN en torno a la situación actual de la Reforma Psiquiátrica en el Estado español. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 659-661.
- AEN. (1990). AEN y SEP: nuevo clima de diálogo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 145.
- Aguirre, R. (1987). Participación comunitaria en relación al SIDA. Análisis de una experiencia. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Albéniz, C., De Felipe, M. V., Gil, M. A. y Ramasco, M. (1986). Formación en y para la salud. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal-CIR.
- Allport, F. H. (1923). La falacia de grupo en relación con la ciencia social. *Revista de Psicología Social*, 0, 71-81.
- Almenara, J. (1988). Un modelo psicosocial de la salud mental. *Psicología Social de los Problemas Sociales. Primer Congreso Nacional de Psicología Social*. (pp. 331-333). Granada, España: Universidad de Granada.
- Alonso, B., García Morais, B., y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 210-228). Madrid: Pirámide.
- Álvarez de Miranda, M. J., Freire, B., Pérez Pérez, M., Rodríguez Rodríguez, A. y Sánchez-Girón, C. (1988). El largo aprendizaje de la psicoterapia breve. En J.J. Melendo y J.C. Duro (Eds.), *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas* (pp. 93-101). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Álvarez-Estrada, E., De Dios, F., Estrada, M. C. y Gamo, E. (1988). Grupos de psicodrama freudiano en la institución pública. En J.J. Melendo y J.C. Duro (Eds.), *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas* (pp. 31-39). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Álvarez, J., Sanz, A., Carrobles, J. A., Santacreu, J. y Bonet, T. (1984). Programa de formación en Psicología Clínica para postgraduados: hacia un modelo "PIR". En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. (Vol. 6, pp. 126-129). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.

- Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (1986). *Las redes de la psicología. Análisis sociológico de los códigos médico-psicológicos*. Madrid, España: Libertarias/Prodhufo.
- Angosto, T. (1989). Informe sobre la Asamblea ordinaria de la WPA celebrada en Atenas el 17 de Octubre de 1989. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9, 673-676.
- Antón, M. V. (1986). El Equipo Multiprofesional en Atención Primaria. Una experiencia difícil. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Aparicio, V. (1988). Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8, 523-527.
- Aparicio, V. (1990). PIR: La experiencia en Asturias (1983-1989). *Papeles del Psicólogo*, 43, 48-49.
- Aparicio, V., Castellote, L., Jiménez, A., López, M. y Sánchez, A. (1979). Estructura y metodología en psiquiatría comunitaria. En *II Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Talavera de la Reina (Toledo)*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Apfelbaum, E. (1985). La psicología social y sus trabas. El cómo y el por qué. *Revista de Psicología Social*, 0, 5-12.
- Asís, F. (1982). Universidad Complutense: hacia un nuevo Plan de Estudios. *Papeles del Colegio*, 2, 27-28.
- Ávila, A. (1985a). Introducción a la metodología de evaluación de programas de intervención en Psicología Comunitaria. En Autor (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 93-105). Madrid, España: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Ávila, A. (1985b). Presentación. En Autor (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su Área)* (pp. 6.). Madrid, España: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Ávila, A. (1988). El Grupo en la Clínica y en la Institución *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 194-224). Madrid, España: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Ávila, A. (1989). La Psicología Clínica en España: perspectiva de una década. *Papeles del Psicólogo*, 36/37, 84-89.
- Azcárate, J. C. y Paolini, E. (1988). El grupo, objeto y método del hospital de día. En *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 347-351). Madrid, España: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Azcárate, S. (1978). Franco Basaglia: ser psiquiatra hoy es destruir el manicomio. *Triunfo*, 788, 30-31.
- Ballester, P., Duro, J. C. y Carballo, S. (1986). Salud Mental (editorial). *Papeles del Colegio*, 4, 3-4.
- Ballesteros, S. (1991). Las Unidades de Salud Mental (INSALUD) y el proyecto hacia una salud mental comunitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (38), 203-217.
- Barriga, S., Martínez, M. F. y León, J. M. (1988). Salud y Comunidad. En *Psicología Social de los Problemas Sociales. Primer Congreso Nacional de Psicología Social. 3-7 Septiembre*. (pp. 335-339). Granada, España: Universidad de Granada.
- Bauleo, A. (1990). Concepción Operativa de Grupo y Psiquiatría. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 17-35). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Bauleo, A. y De Brasi, M. (1986). Análisis operativo de los procesos institucionales. El caso de una Unidad Sanitaria local (USL) En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Bauleo, A. y Duro, J. C. (1988). El dispositivo grupal en la investigación clínica En *Notas de psicología y psiquiatría social* (pp. 81-82). Buenos Aires: Atuel.
- Bauleo, A., Duro, J. C., Irazábal, E., Lorenzo, L. y Vignale, R. (Septiembre, 1985). La Concepción Operativa de Grupo: un modelo de intervención en salud. Trabajo presentado en el *I Congreso Nacional de Psicología Social*. Granada, España: No publicada.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1987). La idea y la práctica de los corredores terapéuticos. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal*, 10, 234-240.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1990a). El recorrido de un E.C.R.O. En A. Bauleo, J. C. Duro, y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 11-16). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1990b). *La Concepción Operativa de Grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1990c). Sobre la formación en salud mental. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo*. (pp. 223-233). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bayés, R. (1984). Los factores psicológicos en el proceso 'salud/enfermedad' En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 73-75). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Baz, M. (1990). Reflexiones sobre la didáctica grupal. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo*. (pp. 203-223). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Benito, A., Costa, M., González, J. L. y López, E. (1989). Educación para la Salud en un marco comunitario. *Jano*, 857, 53-62.
- Benito, A., Costa, M. y López, E. (1985). Los psicólogos y la política sanitaria. *Papeles del Colegio*, 4 (20), 27-32.
- Benito, A., Paños, J. y Perea, C. (1992). Intervención comunitaria de Educación para la Salud para prevenir el embarazo no deseado y las Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes. *Clínica y Salud*, 3, 43-65.
- Berdullas, M. y Duro, J. C. (1986). Salud Mental y Servicios Sociales. *Papeles del Colegio*, 5 (27), 4-6.
- Bermejo, V. (1985). La psicología de la salud en Cuba: una nueva perspectiva profesional de los psicólogos clínicos. *Informació psicológica*, 21, 8-23.
- Blanco, A. (1980). La psicología social: desorientación y aplicación a la realidad española. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 12, 159-194.
- Blanco, A. (1985). Introducción al Tema de Discusión La falacia de grupo. *Revista de Psicología Social*, 0, 67-70.
- Blanco, A. (1998). Requisitos y necesidades de formación para la Psicología del siglo XXI. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51 (1), 149-172.
- Blanco, A., y León, J. M. (1990). Psicología Social de la Salud. En *III Congreso Nacional de Psicología Social. Libro de Ponencias* (pp. 5-18). Santiago de Compostela: Úrculo.

- Bleger, J. (1964). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Botella, N. y Estébanez, P. (1987). Educación para la Salud como actividad prioritaria en todas las funciones del CPS de Centro. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Botella, N. y Ortiz, C. (1987a). La Educación para la Salud en la población toxicómana. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Botella, N. y Ortiz, C. (1987b). Programa de hipertensión arterial: importancia de la Educación para la Salud en la modificación de hábitos. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Botella, N. y Ortiz, C. (1987c). Taller de alimentación para Agentes de Salud en el Distrito Centro *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bourguignon, A. (1971). El Antidiagnóstico. En *La Antipsiquiatría*. (pp. 161-184). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bueno, M. (1984). El modelo sistémico. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 65-67). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Busturia, R. (1984). Programa de Salud Comunitaria con vejez. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 223-226). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Busturia, R. (1985). Programa de salud comunitaria con vejez. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 211-224). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Busturia, R. (1986). Una investigación sobre indicadores de salud-enfermedad de los viejos de la Comunidad de Majadahonda. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Busturia, R. (1987). La información-formación-práctica en un Programa de Salud Comunitaria con vejez. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Busturia, R. (1990). Salud Comunitaria. En A. Bauleo, J. C. Duro, y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 165-177). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Buzzaqui, A. (1984). Algunas reflexiones teóricas en torno a los equipos técnicos y lo grupal. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal*, 4, 71-84.
- Buzzaqui, A. (1986). Investigación y Grupo: algunos problemas en psicología social. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Buzzaqui, A. (1991). *Trabajo en equipo: ¿nuevo taylorismo?*. Trabajo presentado en Las Jornadas sobre Grupos operativos en instituciones públicas. Venecia, Italia: Instituto de Psicología Social Analítica.
- Buzzaqui, A., Irazábal, E. y Lorenzo, L. (1984). Aprendizaje grupal en la formación de técnicos sanitarios. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. (pp. 129-132). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Calles, A. y Fernández, J. (1988). Evaluación de la Escuela de Verano de Madrid. *Psicología-87. Papeles del Colegio*, 33/34, 75-80.
- Calvo, R. (1988). Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa. En J.J. Melendo y J.C. Duro (Eds.) *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas* (pp. 63-81). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.

- Camarero, C. (1980). Puntualizaciones al Documento del Gobierno sobre la Reforma Sanitaria. *Boletín de la Sección Profesional de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*, marzo, 22-23.
- Camarero, C. (1981a). A D. Juan Francisco Plá. Delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid. *Papeles del Colegio*, 0, 22.
- Camarero, C. (1981b). Puntualizaciones del Colegio Oficial de Psicólogos a propósito de los Centros de Promoción de Salud promovidos por el Ayuntamiento de Madrid. *Papeles del Psicólogo*, 0, 21-22.
- Camarero, C. (1983). Criterios generales para la Ley de Bases de la Sanidad desde la perspectiva de los psicólogos. *Papeles del Colegio*, 10/11, 5-8.
- Camarero, C. (1985). Grupo de Trabajo de Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Sociedad Interamericana de Psicología. *Papeles del Colegio*, 4 (21), 52-54.
- Camarero, C. y Ferrezuelo, P. (1988). El Rol del Psicólogo de la Salud. *Papeles del Colegio*, 6 (33/34), 19-34.
- Caparrós, N., García de la Hoz, A. y Grupo Quipú de Psicología (1985). La teoría del grupo y sus aplicaciones clínicas. *Papeles del Colegio*, 3 (19), 13-15.
- Carballo, S. (1984). El modelo vincular-operativo en un trabajo comunitario sobre la estructura familiar. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 271-274). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Carballo, S. y Olabarría, B. (1985). Algunas consideraciones sobre los grupos humanos estables desde la Teoría General de Sistemas. *Papeles del Colegio*, 3 (19), 11-12.
- Carrasco, E. (1984). Una experiencia práctica de Psicología Comunitaria en un CPS. En *I Congreso del Colegio de Psicólogos* (pp. 27-30). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Carrasco, E. (1985). Modelo de intervención en Psicología Comunitaria desde un Centro de Promoción de la Salud. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 51-74). Madrid, España: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Carrasco, E. (1988). Grupo de discusión coordinado desde un esquema referencial operativo *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 239-248). Madrid, España: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Carrasco, E. y Puig de la Bellacasa, J. (1987). Estudio de la efectividad del empleo de dos técnicas grupales en Educación para la Salud. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona, España: Anagrama.
- Castel, R., Castel, F. y Lowell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, España: Anagrama.
- Castellón, E., Martín Moreno, J. M. y Otero, A. (1997). El Sistema Sanitario Español y las Reformas en Europa. En R. B. Saltman y J. Figueras (Eds.), *Las Reformas Sanitarias en Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cavero, J. (1984). *El secuestro del cambio*. Madrid, España: Plaza y Janés.
- Centro de Promoción de la Salud de Vallecas. (1987). Educación para la Salud Materno-Infantil: una experiencia de trabajo grupal. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Cerviño, M. J. y Blanco, M. (1997). Rehabilitación de déficits cognitivos. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 172-188). Madrid: Pirámide.
- Chacón, F. (1987). El papel del psicólogo en los equipos de intervención social. *Papeles del Psicólogo*, 37, 47-49.
- Chacón, F. (1988). Donación de sangre *Psicología Social de los Problemas Sociales. Primer Congreso Nacional de Psicología Social* (pp. 365-367). Granada, España: Universidad de Granada.
- Civantos, V., Ojembarrena, J., Elvira, P. y García, M. (1987). Una experiencia de Educación para la Salud. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Civantos, V., Ojembarrena, J., Elvira, P., García, M. y Ferrer, J. (1987). Estudio sobre el método de Educación para la Salud utilizado en las campañas de vacunación escolar anuales en el Distrito de Vallecas. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Clínica y Análisis Grupal. (1977). XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. *Clínica y Análisis Grupal*, 2, 152-153.
- Colectivo Psicólogos 2000. (1986). El psicólogo ¿profesional de lujo en la salud? *Papeles del Colegio*, 27 (5), 45-48.
- Colegio de Psicólogos (1982a). Conversación con Alianza Popular. En *Papeles del Colegio*, 6, 7.
- Colegio de Psicólogos (1982b). Lo que responde el partido del gobierno. *Papeles del Colegio*, 6, 15.
- Colegio de Psicólogos (1982c). *Candidato para que la democracia avance*. *Papeles del Colegio*, 6, 11.
- Colegio de Psicólogos (1983a). El PCE propone mejoras en la prestación psiquiátrica de la Seguridad Social. *Papeles del Colegio*, 9, 23.
- Colegio de Psicólogos (1983b). I Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Colegio*, 12, 43-47.
- Colegio de Psicólogos (1983c). Salud y psicología (editorial). *Papeles del Colegio*, 10\11, 1.
- Colegio de Psicólogos (1983d). Sanidad Pública (editorial). *Papeles del Colegio*, 8, 1.
- Colegio de Psicólogos (1984). La Reforma psiquiátrica no es la Reforma de Salud Mental (editorial). *Papeles del Colegio*, 16/17, 1.
- Colegio de Psicólogos (1987). Entrevista a Juan Carlos Duro. Coordinador de la Primera Escuela de Verano. *Papeles del Colegio*, 30, 61-63.
- Colegio de Psicólogos (1990a). Documento base para la formación de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 60-62.
- Colegio de Psicólogos (1990b). La formación como especialista en Psicología Clínica y el Sistema MIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 59-62.
- Colegio de Psicólogos (1990c). La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: Realidad actual y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 43, 67-68.
- Colegio de Psicólogos y AEN (1990). Documento suscrito por el COP y la AEN acerca de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 63-64.

- Colegio de Psicólogos y Comunidades Autónomas. (1990). Documento Marco sobre formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 65-67.
- Colmenares, J. A. y Duro, J. C. (1981). Experiencia en salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 81, 75-94.
- Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid e Insalud. (1997). *Convenio de Atención Psiquiátrica y Salud Mental entre la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid y el Instituto Nacional de la Salud de Madrid*.
- Corcés, V. (1983). *Aproximación dinámica a la psicosis*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Corcés, V. y Angona, P. (1980). Aproximaciones a un año de transformación asistencial en el Hospital Psiquiátrico de Málaga. En M. González de Chávez (Ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. (pp. 681-690). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Corcés, V., Fábregas, J. L., García Carbajosa, J., García González, J., González de Chaves, M., González Duro, E. ... Roig, A. (1977). *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Akal.
- Costa, M. (1978). Derecho a la salud. *Triunfo* 800, 51.
- Costa, M. (1985). El psicólogo en el desarrollo, planificación y evaluación de un programa interdisciplinario de salud buco-dental. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 255-276). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Costa, M. y López, E. (1982). La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma. *Papeles del Colegio*, 2, 17-22.
- Costa, M. y López, E. (1983). Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Colegio*, 9, 11-21.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Brasi, M., Lorenzo, L. y Lucato, L. (1985). Concepción Operativa del Grupo. *Papeles del Colegio*, 19 (3), 7-10.
- De la Fuente, L. (1978). Los locos en la calle. *El País*.
- De las Heras, J. (30 de julio de 1983). Este año funcionarán las primeras 50 unidades básicas de salud. *El País*.
- De la Hoz, M. A., Nespral, C., Jurado, C., Salamero, C., Cañamares, J. M. y Terrón, Y. (1997). La familia como recurso en rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 271-295). Madrid, España: Pirámide.
- De Santiago-Juárez, J. A. y Sáez, A. M. (1990). El Programa PIR: experiencia en Castilla y León. *Papeles del Psicólogo*, 43, 50-51.
- De Vicente, C. (1982). Prólogo. En *Bases para una política sanitaria de salud mental* (pp. 7-8). Madrid, España: Secretaría Federal de Acción Social del PSOE.
- Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos (1986). Sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Colegio*, 26, 38-40.
- Desviat, M. (1982). De un tiempo, de un país (editorial). *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 5 (2), 2-3.
- Desviat, M. (1984). El Estado y la cuestión sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 4 (9), 2-3.

- Desviat, M. (2011). La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 427-436.
- Desviat, M., Corcés, V., Escribano, M., Fernández- Fau, L. y López Krahe, A. (1979). Técnicas específicas en salud mental comunitaria. En *II Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Talavera de la Reina (Toledo)*.
- Dueñas, E. (4 de abril, de 1978). Las batallas de la locura. *Qué*, pp. 67-69.
- Duro, J. C. (1981). El trabajo del psicólogo en el Centro Municipal de Salud de Getafe. *Papeles del Colegio*, 0, 19-20.
- Duro, J. C. (1982). Bibliografía oposiciones CPS. *Guía del Psicólogo*, 3, 3-39.
- Duro, J. C. (1983). Criterios Generales para la Ley de Bases de la Sanidad. Colegio Oficial de Psicólogos. Documento interno mimeografiado.
- Duro, J. C. (1984). El psicólogo en los Servicios de Salud de Madrid. En *Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud*, La Habana (Cuba) del 4 al 6 de diciembre.
- Duro, J. C. (1985). I Seminario Internacional de Psicología de la Salud. *Papeles del Colegio*, 22, 70-71.
- Duro, J. C. (1986). Acerca da prevención: o traballo con grupos na Psicoloxía da saúde *Eidos de intervención en Psicoloxía. I Congreso de Psicoloxía Profesional de Galicia* (pp. 27-33). Santiago de Compostela: Colexio Oficial de Psicólogos.
- Duro, J. C. (1987). *Sobre el Programa P. I.R.* Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Documento interno mimeografiado.
- Duro, J. C. (1988a). Salud mental: contribuciones a nuevas prácticas comunitarias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 237-256.
- Duro, J. C. (1988b). Valoración y reflexiones sobre la I Escuela de Verano de Madrid. *Psicología-87. Papeles del Colegio*, 33/34, 75-79.
- Duro, J. C. (1990). O grupo: unha alternativa terapeutica. *Cadernos de Psicoloxía*, 9, 14-20.
- Duro, J. C. (1991). El trabajo en equipo: ¿es posible en la sociedad actual? (editorial). *Medifam*, 1 (3), 111-113.
- Duro, J. C. (1993). El psicólogo clínico y el trabajo en el Equipo de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 59-72.
- Duro, J. C. (1998). [Conversación con Manuel González de Chávez]. Comunicación Personal.
- Duro, J. C. (1999). *Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria (1970-1995)*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Duro, J. C. (2001). Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática, *Clínica y Salud*, 12, 1-175.
- Duro, J. C. (2003). Carlos Camarero Sánchez: biografía personal y profesional. *Papeles del Psicólogo*, 24 (86), 61-77.
- Duro, J. C. y Equipo del Centro Municipal de Salud de Getafe (1981). El Centro Municipal de Salud de Getafe. Experiencia de un año de funcionamiento. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, 6, 49-61.

- Duro, J. C. y Escudero, C. (1985). La Psicología y los grupos. *Papeles del Colegio*, 3 (19), 3-6.
- Duro, J. C., Escudero, C., Olabarría, B. y Vignale, R. (1986). Aportaciones al trabajo comunitario de la Psicología Social Operativa. *Clínica y Análisis Grupal*, 36, 245-257.
- Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Vignale, R. (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo*. (pp. 37-77). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Duro, J. C., Ibáñez, M. L. y Vignale, R. (1990). Teoría y práctica de los corredores terapéuticos. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. (pp. 120-132). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Duro, J. C. e Irazábal, E. (1986a). El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental (1ª parte). *Clínica y Análisis Grupal*, 41, 455-473.
- Duro, J. C. e Irazábal, E. (1986b). El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental comunitaria (2ª parte). *Clínica y Análisis Grupal*, 42, 667-676.
- Duro, J. C. y López, L. (1985). Programa de atención ambulatoria en salud mental comunitaria. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la Intervención Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)*. (pp. 194-210). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Duro, J. C. y Molina, M. M. (1998). La Consulta Joven en los Centros de Salud de Fuenlabrada (Madrid): una evaluación cualitativa. *Medifam*, 4, 37-49.
- Duro, J. C. y Montilla, J. F. (1986). La salud mental como tarea grupal (praxis desde los servicios de Salud Mental de Getafe). En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis grupal*. (pp. 1-7). Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Duro, J. C., Sanchís, Y. y Suárez, V. (1986). Desarrollo y perspectivas de los Centros Municipales y de Promoción de Salud de Madrid. *Papeles del Colegio*, 27, 23-34.
- Duro, J. C. y Vallejo, F. (1985). El psicólogo en el Sistema de Salud Cubano. *Papeles del Colegio*, 24, 20-26.
- Edo, C. (1988). Los psiquiatras del Gregorio Marañón califican la situación de máxima gravedad. *Ya*, 13.
- Eiguer, A. (1990). El modelo grupal de los vínculos intrafamiliares. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 147-163). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- El Independiente. (1988). Psiquiatras insisten en sus críticas. *El Independiente*, 22.
- Equipo de Salud del Centro de Promoción de la Salud de Tetuán (1987). Programa de Educación para la Salud en salud bucodental. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Escobar Mercado, R. M. (1980). Reflexiones en torno al primer encuentro sobre situación y perspectivas de la Psicología Social en España. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35 (5), 915-920.
- Escudero, C. (1984). El Equipo de Trabajo en Salud Comunitaria. En *I Congreso del Colegio de Psicólogos*. (pp. 23-24). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Escudero, C. (1988). La dinámica de los grupos en la institución. En *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 249-264). Madrid, España: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Espino, J. A. (1998). La extensión de los cuidados de salud mental a la atención primaria de salud. En J.

García González, J. A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 159-187). Madrid, España: Díaz de Santos.

Espino, J. A. (2005). Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En J. A. Espino (Ed.), *La atención a la Salud Mental en España: Estrategias y compromiso social* (pp. 26-52). Madrid, España: Ministerio de Sanidad.

Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J. A. (1988). Perspectivas de la Psicología de la Salud en Europa. *Papeles del Colegio*, 6 (33/34), 3-12.

Fernández, I., Martínez, M. F. y León, J. M. (1988). Psicofisiología social : una aportación teórica y metodológica a la Psicología de la Salud. *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social. 3-7 Septiembre 1985*. (pp. 369-373). Granada: Universidad de Granada.

Fernández Liria, A. (1988). Reforma en la Zona Sur. *El Independiente*.

Fernández Liria, A. (1999). La AEN y la Psiquiatría española a finales del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 71, 503-520.

Fernández Parra, A. (1991). Formación de psicólogos clínicos a través del sistema PIR: problemas y alternativas. *Clínica y Salud*, 2, 81-90.

Fernández Rojero, C. (1984). El enfoque sistémico: una visión ecológica de los problemas humanos. En *Congreso del COP. Comunicaciones e índices* (pp. 148-151). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Ferrezuelo, P. (1985). Definiciones del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Papeles del Colegio*, 4 (20), 3-6.

Fierro, A. (1980). Atención psicoterapéutica al deficiente mental. En M. González de Chávez (Ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. (pp. 309-313). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fuentes, J. (1982). PSOE. Aspectos del programa socialista que interesa a los psicólogos. *Papeles del Colegio*, 6, 12.

Galán, L. (11 de noviembre de 1980). La Conducta humana, objeto actual de la psiquiatría. *El País*.

García, R. (1995). *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.

García González, J. (1984). Programa y objetivos de la AEN para los próximos años. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4 (9), 105-108.

García González, J. (1998). Epistemología de lo psicosocial: un enfoque integrador y complejo de la atención en salud mental. En J. García, J. A. Espino, y L. Lara (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 191-198). Madrid: Díaz de Santos.

García González, J. y González Fernández, E. (1977). Informe sobre una experiencia de psiquiatría comunitaria y popular. El centro psicosocial de El Ferrol *Alternativas a la asistencia psiquiátrica* (pp. 85-94). Madrid: Akal.

García, J., Espino, J. A. y Lara, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.

García Moreno, A. (1985). Programas de salud materno-infantil. Experiencia práctica. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 151-172). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

- García Pérez, A. (5 de febrero de 1978). Franco Basaglia: "Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social". *El País*.
- García Reyes, S. (1982). PCE. Para que la Psicología no se pare. *Papeles del Colegio*, 6, 10.
- García-Villanova, F. (1988). El sesgo del grupo y la institución en la demanda infantil *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 265-272). Madrid: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Garde, R. (1990). Comunidad Autónoma de Madrid. Apoyo y colaboración de la Consejería de Salud al Proyecto PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 54-55.
- Garrido, E. (1982). La psicología social: cronista científica, 37 (3), 569-583.
- Gavilán, A. (1988). La comunidad, lo comunitario y los comunitarios. En *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 136-141). Madrid: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Gergen, K. J. (1989). La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En T. Ibáñez (Ed.), *El conocimiento de la realidad social*. (pp. 157-185). Barcelona: Sedai.
- Goffman, I. (1973). *Internados*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- González, O. (1982). En torno a una proposición no de ley socialista "sobre internamiento psiquiátrico". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2 (4), 91-96.
- González, C. y Lassaletta, A. (1984). Proyecto de intervención en salud sexual desde un Centro de Salud. En *I Congreso del Colegio de Psicólogos* (pp. 82-83). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- González de Chávez, M. (1984). Un jardín de flores que no existen. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4 (9), 108-114.
- González de Chávez, M. (2003). La generación de la democracia: de la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Frenia*, III, 87-114.
- González Duro, E. (1989). *Memoria de un manicomio*. Madrid, España: Ediciones Libertarias.
- González García, J. C. (1988). Psicoterapia de grupo con esquizofrénicos en la asistencia ambulatoria pública. En *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas*. (pp. 41-52). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Gofi, M. (1986). Trabajo en Grupo Operativo en la Unidad de Seguimiento nº 2 del Síndrome Tóxico. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Granado, M. A. y Hernández, M. (1997). Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de las recaídas. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 190-209). Madrid, España: Pirámide.
- Guattari, F. (1972). *Psicoanálisis y transversalidad. Crítica psicoanalítica de las instituciones*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Gómez, R. (1990a). Acta de la Asamblea Extraordinaria del día 3 de Noviembre de 1989, en Santiago de Compostela. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10 (32), 137-139.
- Gómez, R. (1990b). Algunos aspectos y conceptos de clínica grupal. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 79-106). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Gómez, R., y Amilivia, S. (1983). Psicoprofilaxis del embarazo en un Centro Social. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal*, 3, 161-174.
- Hernández Gordillo, A. (1981). II Encuentro de Psicología Social Hispano Americana. *Papeles del Colegio*, 1, 42-43.
- Hernández Gordillo, A. (1990). Un objetivo irrenunciable: la formación de Psicólogos Clínicos mediante un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 2-3.
- Hernández, L. y Barbero, C. (1986a). Formación de Asistentes Sociales a través de una experiencia grupal en Salud Comunitaria. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Hernández, L. y Barbero, C. (1986b). Participación comunitaria en un programa de salud sobre el Síndrome Tóxico en la zona Sur de Madrid. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Hernández López, J. M. y Froján, M. X. (1999). El Servicio de Psicología aplicada de la UAM. *Papeles del Psicólogo*, 3 (58), 69-74.
- Holtzman, W. (1988). Psicología y Salud. Documento especialmente preparado para la OMS. *Papeles del Colegio*, 6 (33-34), 35-55.
- Huici, C. (1985). El estudio de los grupos de formación. *Papeles del Colegio*, 3 (19), 19-27.
- Ibáñez Gracia, T. (1982). Materiales para una valoración histórica de la Psicología Social en España. Publicaciones realizadas desde 1959 hasta 1980 (incluido). *Cuadernos de Psicología IIª Época*, 6 (2), 51-60.
- Ibáñez Gracia, T. (1988). La teoría como fuente de realidad *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social* (pp. 645-652). Granada, España: Universidad de Granada.
- Ibáñez Gracia, T. (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona, España: Sendai.
- Ibáñez, M. L. y Gandul, E. (1986). Distintos encuadres grupales en el trabajo de Promoción de salud. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Ibáñez, M. L. y Vignale, R. (1986). Proceso de organización de los Servicios de Salud Mental de Getafe. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: CIR.
- Infocop. (1999). Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Infocop*, 5, 35-39.
- Insalud. (1986). Unidades de Salud Mental: normas de funcionamiento. *Papeles del Colegio*, 4 (26), 22-25.
- Instituto de la Mujer. (1991). *Guía de Centros Públicos de Planificación Familiar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Irazábal, E. (1984). La entrevista familiar: su utilización en la clínica y en el trabajo psicosocial. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 152-154). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Irazábal, E. (1988). Psicoterapia y problemas sociales. En *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*. (pp. 180-185). Madrid: Grupo Quipú de Psicoterapia.
- Irazábal, E. (1990). Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 191-202). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Iribar, D. (1983). Entrevista a José Antonio Espino. Secretario de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Colegio*, 12, 54-56.
- Iribar, D. (1984). Entrevista a Rocío Fernández Ballesteros. Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. *Papeles del Colegio*, 14, 54-56.
- Jiménez Burillo, F. (1977). Sobre algunas cuestiones de la Psicología Social actual. *Revista Española de la Opinión Pública*, 47, 139-146.
- Jiménez Burillo, F. (1980). Conductismo y psicología social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11-12, 207-211.
- Jiménez Burillo, F. (1985). Algunas (hipo)tesis sobre la Psicología social. *Boletín de Psicología*, 6, 75-79.
- Jurado, E. (1993). *Crónica de la Transición Sanitaria en España (1977-1992). Del discreto encanto de la reforma prometida al Informe Abril*. Madrid: E. Jurado
- Lamata, F. (1986). Actuaciones del Insalud en materia de salud mental. *Papeles del Colegio*, 4 (26), 26-27.
- León, J. M., Martínez, M. F. y Fernández, I. (1988). El papel del psicólogo social en la Medicina Comportamental. *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social*. 3-7 Septiembre 1985. (pp. 397-401). Granada: Universidad de Granada.
- Lluch, E. (1998). *Presentación del libro La Psiquiatría en la España de fin del siglo*. Madrid, España: Abril.
- Lorenzo, L. (1986). Lo multicausal en las drogas: el problema del diagnóstico. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid: Centro Internacional en Psicología Social y Grupal.
- Lorenzo, L. y Vallejo, F. (1990). El programa PIR en Andalucía. Notas acerca de la formación y el rol. *Clínica y Salud*, 1 (2), 153, 167.
- Lázaro, A. y Abad, S. (1987). La Psicoprofilaxis Obstétrica: una actividad de Promoción y Prevención en un Centro de Salud. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 397-515.
- López Álvarez, M. (1990). El Programa de Formación Posgraduada de Psicólogos para la atención a la salud mental en Andalucía. *Papeles del Psicólogo*, 43, 43-47.
- López Álvarez, M. (1998). Bases de una nueva política en salud mental. En J. García González, J. A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 29-39). Madrid: Díaz de Santos.
- López Sanguinetti, C. y Jurado, C. (1997). Autoayuda, apoyo mutuo y asociacionismo. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 317-325). Madrid: Pirámide.
- Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid (1988). Convenio entre la Consejería de Salud y el Ayuntamiento de Madrid-Concejalía de Sanidad.
- Mansilla, P. P. (1984). Introducción a la Ley General de Sanidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(9), 56-61.
- Martín, A., Chacón, F. y Martínez, M. (1988). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Martín, P. (1995). La atención en Planificación Familiar en la Comunidad de Madrid. *Sexpol*, 21, 8-15.

- Marín, B. (1983). El uso de la Psicología Social en la Promoción de la Salud. *Papeles del Colegio*, 12, 33-38.
- Marín, G. (1980). Hacia una Psicología Social Comunitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12 (1), 171-180.
- Mascarell, S. (1980). *Aproximación dinámica a la neurosis*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Mascarell, S. (22 de abril de 1980). Psiquiatría comunitaria, una solución al problema de la salud mental en España. *El País*.
- Matarazzo, J. D. (1989). Psicología: no hay muchas especialidades, sino distintas aplicaciones. *Papeles del Psicólogo*, 38, 19-29.
- Melendo, J. J. y Duro, J. C. (1989). Presentación. En *La práctica de la psicoterapia en las instituciones públicas* (pp. 3-4). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Mendiguchía, F. (1999). *Historia de la Psiquiatría Infantil madrileña*. Madrid: Smithkline-Beecham.
- Menéndez, F. (8 de Marzo de 1983). La atención a la salud mental en Madrid. *El País*.
- Menéndez, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000. De un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 95, 69-81.
- Merodio, C. (1987). Una experiencia práctica. CPS del Distrito Centro. Años 1983-86. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.
- Montejo, J. y Espino, J. A. (1998). Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En J. García González, J. A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 363-387). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Montilla, J. F. y otros. (1988). *Carta de apoyo a Luis Prieto-Moreno*. Madrid. Documento mimeografiado.
- Mora, E. (1978). Carl Rogers: hacia una nueva mística. Reflexiones sobre la participación en un taller de comunicación intercultural. *Clínica y Análisis Grupal*, 3 (11), 7-21.
- Mora, E. (1982). *Salud, poder y locura*. Madrid: Fundamentos.
- Musitu, G. (1981). Panorama actual de la Psicología social. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36 (2), 185-202.
- Muñoz, F. (1985). El rol del psicólogo en un Centro de Atención Primaria. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 27-49). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Muñoz, P. E., Prieto-Moreno, L. y Corcés, V. (1983). La reforma de la Salud Mental en Madrid (2). Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico Provincial. Instituto de Salud Mental de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3 (8), 74-89.
- Márquez, L. F. (1990). Programa PIR en Galicia. *Papeles del Psicólogo*, 43, 52-53.
- Méndez, E. (1985). Las actuaciones de los Centros de Planificación Familiar. *Revista de Estudios de Juventud*, 19, 201-210.
- Olabbarría, B. (1984a). Aplicación de un modelo operativo de análisis en la relación equipo interdisciplinario en

Atención Primaria-Tarea. En *I Congreso del Colegio de Psicólogos* (pp. 33-38). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.

Olabarriá, B. (1984b). Modelo operativo de intervención estructural de la pareja. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 89-93). Madrid, España: Oficial de Psicólogos.

Olabarriá, B. (1987). El problema de la formación postgraduada en Psicología Clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (21), 309-314.

Olabarriá, B. (1998). Historia del PIR o la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (1), 55-72.

Olabarriá, B., y Carballo, S. (1985). Proceso de organización de un trabajo comunitario en salud mental en el Distrito de Carabanchel. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de intervención en Psicología Comunitaria (algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 173-192). Madrid, España: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Olabarriá, B., y Escudero, C. (1993). Situación actual y perspectiva de la psicología clínica en España. *Clínica y Salud*, 1, 5-23.

Ortega, D. (1991). Política y Subjetividad. *Revista de Clínica Grupal e Investigación institucional*, 1 (1), 27-39.

Orviz, S., y Fernández, J. A. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 229-247). Madrid, España: Pirámide.

Otero, V. y Rebolledo, S. (1992). Evaluación de un programa de Rehabilitación Psiquiátrica. *Psiquis*, 13 (3), 54-61.

Otero, V. y Rebolledo, S. (1993). Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 5 (4), 217-223.

Pallarés, T., Gómez, R., Álvarez de Miranda, M. J., Bayo, C., Cortés, A., Fernández Pérez, C., Molina, W. y Sierra, I. (1986). Prevención de la droga en la etapa escolar. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional en Psicología Social y Grupal.

Palomo, M. L. y Lorenzo, L. (1987). Utilización de Educación para la Salud como instrumento para la prevención de la adicción al tabaco y al alcohol. En *I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Sumarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Papeles del Colegio (1982). Elecciones y Colegio. *Papeles del Colegio*, 7, 36.

Papeles del Colegio (1988). I Simposium Europeo sobre Psicología de la Salud. *Papeles del Colegio*, 6, 33/34.

Papeles del Psicólogo (1989a). Actividades en torno a la Psicología Comunitaria. *Papeles del Psicólogo* 38,8.

Papeles del Colegio (1989b). Propuesta de los profesores del Área de Psicología Social. *Papeles del Psicólogo*, 38, 53.

Pastor, A. y Rebolledo, S. (1993). Programas específicos de Rehabilitación Psiquiátrica. *Informaciones Psiquiátricas*, 131, 61-67.

El País. (1985). Anuarios de Noticias Médicas. *El País*.

Pedreira, J. L. (2001). Nota informativa sobre la monografía profesional "Psicología y salud comunitaria durante la transición democrática". *Clínica y Salud*, 12 (3), 429-432.

- Peiró, J. M. (1981). Colegios invisibles. En H. Carpintero y J. M. Peiró (Eds.), *Psicología Contemporánea*. Valencia, España: Alfaplus.
- Peñarrubia, F. (1985). Tema de Discusión. La falacia de grupo. *Revista de Psicología Social*, 0, 88-91.
- Pinillos, J. L. y Avia, M. D. (1980). Sobre la Psicología en España, *Revista de Psicología General y Aplicada* 35 (165), 693-699.
- Polo, J. F. (1982). La crisis en UGT-Sanidad. *Noticias Médicas*.
- Prieto-Moreno, L. (1986). La Reforma Psiquiátrica en Madrid. *Papeles del Colegio*, 5 (27), 13-22.
- Prieto-Moreno, L. (1988). Comentarios al informe elaborado por la Asociación Madrileña de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 24, 112-113.
- Prieto-Moreno, L. (22 de Abril de 1988). La reforma psiquiátrica, en marcha. *El Independiente*.
- Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos (1986). Sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Colegio*, 26, 38-40.
- PSOE. (1982). *Bases para una política sanitaria de salud mental*. Madrid: Cuadernos de Acción Social. PSOE. Secretaría Federal de Acción Social.
- Pérez García, P. (1982). La Comisión de psicólogos en hospitales. *Papeles del Colegio*, 4-5, 65-66.
- Pérez Iglesias, F. (1992). Los planteamientos sanitarios de los sindicatos de clase en la transición española. En J. A. Huertas y R. Campos (Eds.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)* (pp. 581-594). Madrid, España: Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Pérez Montoto, J. (1990). La salud mental en Navarra. *Papeles del Psicólogo*, 43, 56-57.
- Ramírez, L. (1982). A.P. Soluciones para esta hora. *Papeles del Colegio*, 6, 6-7.
- Reig, A. (1989). La Psicología de la Salud en España. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 5-49.
- Rivas, R. (18 de junio de 1981). El PSOE, a favor de abolir los manicomios. *El País*.
- Rendueles, G. (1997). De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría: de conspiradores a burócratas. En V. Aparicio (Ed.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*. (pp. 287-309). Madrid, España: Libro del Año.
- Rodríguez González, A. (1977). Psicología social: perspectivas para después de una crisis. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 32 (148), 849-862.
- Rodríguez González, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Rodríguez González, A., y Sobrino, T. (1997). La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 56-84). Madrid; España: Pirámide.
- Rodríguez Sánchez, P. (1988). Debate sobre la salud mental en Madrid (Síntesis de la comparecencia del Consejero de Salud en la Asamblea Parlamentaria de Madrid, a petición del grupo de Izquierda Unida, el día 16 de Mayo de 1988). *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 8 (25), 297-301.
- Rodríguez Sutil, C. (1985). Psicología Comunitaria ¿un nuevo paradigma? En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de*

la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área) (pp. 7-25). Madrid: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Rodríguez-Marín, J. (1988a). El impacto psicológico de la hospitalización *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social. 3-7 Septiembre*. (pp. 319-330). Granada, España: Universidad de Granada.

Rodríguez-Marín, J. (1988b). Una alternativa para uno de los futuros posibles de la Psicología. *Papeles del Colegio*, 6 (33/34), 13-18.

Rodríguez-Marín, J. (1994). Health Psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 43 (2), 213-230.

Rostow, C. (1980). Una mirada a la Psicología española. *Boletín de la APA*.

Rueda, J. M., Beltrí, F., Giménez, J. y Duro, J. C. (1988). Ambitos de Aplicación I. En A. Martín, F. Chacón, y M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria*. (pp. 273-286). Madrid, España: Visor.

Sanabria, M. (1977). La democracia provoca neurosis. *Cuadernos para el Diálogo*, 236, 51-53.

Sanz, C. (1988). El contexto cotidiano de los niños epilépticos *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social. 3-7 Septiembre*. (pp. 455-458). Granada, España: Universidad de Granada.

Sanz, R. (1992). Historia de la Terapia de Familia en España. *Informació psicológica*, 48, 14-16.

Sardinero, E. y Pedreira, J. L. (1990). Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil. En A. Bauleo, J. C. Duro, y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 107-145). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Sáinz, E. y otros (1988). Psiquiatría en Madrid. *El Médico*.

Segura, J. (1986). Reflexiones sobre una experiencia de Dirección Técnica en un espacio institucional de confluencia entre el nivel técnico y el nivel político. En *Actas de las Jornadas de trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.

Serrano, I. (1996). La Planificación Familiar en el marco de los programas de salud dirigidos a las mujeres. En *La Salud y los Servicios Sanitarios en la Comunidad de Madrid*. (pp. 261-264). Madrid: Asociación Madrileña de Administración Sanitaria.

Sobrinó, T., Rodríguez González, A. y Fernández Chavero, J. M. (1997). Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 365-374). Madrid, España: Pirámide.

Subdirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). *Informe evolutivo de la encuesta de salud mental*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Suárez, F. (1990). La atención comunitaria a la vejez. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo* (pp. 179-189). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Suárez, T. (1984). De la terapia familiar al trabajo sistémico en salud mental. En *I Congreso del COP. Comunicaciones e índices* (pp. 1541-1157). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos.

Suárez, T., Casco, J. y Corcés, V. (1998). La reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid: catorce años de transformaciones asistenciales. En J. García González, J. A. Espino, y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 117-153). Madrid, España: Díaz de Santos.

- Suárez, T. y Rodríguez Sánchez, P. (1988). La impronta de la institución sobre la psicoterapia y de la psicoterapia sobre la institución. En J.J. Melendo y J.C. Duro (Eds.), *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas*. (pp. 19-28). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Suárez, T., y Fernández Rojero, C. (1983). *Paradigma sistémico y Terapia de Familia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Suárez, V. (1986). Jornadas de trabajo "La praxis grupal". *Papeles del Colegio*, 28, 55-56.
- Sánchez Vidal, A. (1988). Métodos comunitarios: Intervención en crisis y terapias breves *Psicología Social de los Problemas Sociales*. En *Primer Congreso Nacional de Psicología Social. Granada 3-7 Septiembre 1985*. (pp. 459-463). Granada: Universidad de Granada.
- Torregrosa, J. R. (1985). Ortega y la psicología social histórica. *Revista de Psicología Social*, 0, 55-63.
- Torregrosa, J. R. (1988). Hacia una definición psico-sociológica de los problemas sociales: el problema de las relaciones entre teoría y práctica en la psicología social *Psicología Social de los Problemas Sociales. Primer Congreso Nacional de Psicología Social. 3-7 Septiembre*. (pp. 653-657). Granada: Universidad de Granada.
- Torregrosa, J. R. y Sarabia, B (1983). *Perspectivas y contextos de la Psicología Social*. Barcelona, España. Hispano-Europea.
- Torres, C. (1994). *Sociología política de la ciencia*. Madrid: CIS.
- Tönes, B.K. (1987). Educación para la salud: ¿prevención o subversión? En *Tendencias actuales en Educación Sanitaria* (pp. 27-38). Barcelona. Quadernos CAPS nº 8.
- Travieso, D., Rosa, A. y Duro J. C. (2001). Los comienzos de la institucionalización profesional de la psicología en Madrid. *Papeles del Psicólogo*, 80, 14-30.
- UGT. (1977). *Bases para una Alternativa Sanitaria*. Madrid, España: Unión General de Trabajadores.
- Van Oss Marín, B., Marín, G., Pérez Estable, E. J., Otero, R. y Sabogal, F. (1990). Diferencias culturales en las actitudes hacia el tabaco: Una aplicación de la Teoría de la Acción Razonada. *Revista de Psicología de la Salud*, 2 (1-2), 153-171.
- Varas, F. J. (1986). Psicopatología Social: la demanda como paradigma en el encuadre comunitario. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Psicología Social y Grupal.
- Velasco, S. (1996). El Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid. Federación de Planificación Familiar de España. *Diálogos*, 26, 9-13.
- Vignale, R., Del Castillo, M., Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Rico, P. (1989). Los grupos en salud mental comunitaria. En *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas* (pp. 9-15). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Vignale, R. y López Rodríguez, L. (1986). Algunas variables institucionales que influyen en los encuadres terapéuticos grupales. En *Actas de las Jornadas de Trabajo La Praxis Grupal*. Madrid, España: Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.
- Villalba, C. (1997). Redes sociales e integración social. En A. Rodríguez González (Ed.), *Rehabilitación psico-social de personas con trastornos mentales crónicos*. (pp. 299-316). Madrid, España: Pirámide.
- Varios Autores. (1978). La antipsiquiatría. *Ajoblanco*.

- Vázquez, E. (1985). Programa de atención materno-infantil. En A. Ávila (Ed.), *Perspectivas de la intervención en Psicología Comunitaria (Algunas experiencias de Madrid y su área)* (pp. 132-149). Madrid, España: Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Vázquez, E. (1988). Psicoterapia infantil: indicaciones y límites. En *Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas* (pp. 83-92). Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Vázquez, P. y Mullor, A. (1984). El papel del psicólogo en el equipo y la marca de contexto de la institución. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (pp. 25-26). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Yela, M. (1994). La Enseñanza de la Psicología en España. Breve apunte histórico y situación actual. *Papeles del Psicólogo*, 60, 39-48.

Anexos:

Anexo 1

DESARROLLO CRONOLÓGICO (MADRID : 1980-1991)		
Actividad Político/Legislativa	Actividad relacionada con la Sanidad	Actividad relacionada con la Psicología
Año 1980		
Aprobación en el Congreso de las Líneas Generales para la Reforma Sanitaria. A favor UCD y Coalición Democrática, en contra PSOE y PCE. Dimisión del Secretario de Estado para la Sanidad, Segovia Arana y del Ministro de Sanidad, Rovira Tarazona. Conflicto con el Vicepresidente del Gobierno Abril Martorell. Dimisión de Abril Martorell.		Creación del Colegio Oficial de Psicólogos y de la Facultad independiente de Psicología. Centro Especial de Medicina Comunitaria del 1º de Octubre. Centros Municipales de Salud/Centros de Promoción de la Salud de los Ayuntamientos. Mesa Redonda Psicología y Salud. Se crea el Centro de Orientación Infantil CEHIME. Jornada sobre Grupo Operativo (Venecia). I Encuentro sobre "Situación y perspectivas de la Psicología Social en España". Barcelona. Semana de Salud Mental de la Fundación Hogar del Empleado. Mesa redonda sobre Terapia de Conducta en el XV Congreso de la AEN. XV Congreso de la AEN celebrado en Madrid. Se publica la Revista de la AEN. Se crea el Centro Social de Hortaleza.
Año 1981		
Dimisión de Adolfo Suárez. Intento de Golpe de Estado. Gobierno de Calvo Sotelo. Proposición No de Ley de creación de Servicios de Psiquiatría en las Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social (PSOE). Moción de censura al Gobierno de UCD. Crisis del PCE. Expulsiones del Comité Central.	I Jornadas Socialistas de Salud Mental. 34ª Asamblea de la OMS. Salud para todos en el año 2000. Expediente a Ramiro Rivera y expulsión del PSOE de Carlos Revilla, primer presidente de la Diputación de Madrid. Síndrome Tóxico. Creación del INSAM. Cumbre de Ministros europeos de Sanidad en Madrid.	Primera Junta electa de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Se publica la Revista Papeles del Colegio. I Jornadas de Trabajo sobre Psicología y Municipios (COP). Creación de la Comisión de Psicología y Municipios. Fundación del CIR (Milán). Seminario en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo sobre "Orientaciones y tendencias en la psicología social contemporánea". II Encuentro de Psicología Social "Historia y problemática de la psicología social". Madrid. Se crean las Unidades del Síndrome Tóxico.

Año 1982		
Segunda moción de censura al gobierno de Calvo Sotelo (UCD). Dimisión de Nicolás Sartorius como vicesecretario General del PCE. Primer triunfo del PSOE en las Elecciones Generales con mayoría absoluta. Ernest Lluch, ministro de Sanidad. Pedro Sabando, subsecretario de Sanidad. Matilde Fernández, psicóloga, es nombrada ministra de Asuntos Sociales. Gloria Martínez Tellería, también psicóloga, es nombrada Directora General de Asuntos Sociales. Ciriaco de Vicente dimite de la Comisión redactora de la Ley General de Sanidad.	Jornadas sobre salud organizadas por la Diputación de Madrid con el asesoramiento de Vicente Navarro. Primeras Jornadas Socialistas sobre Atención Primaria de Salud. Documento del PSOE Bases para una política sanitaria en salud mental. Jornadas del Centro de Medicina Comunitaria del 1º de Octubre. Ramiro Rivera presidente de la Organización Médica Colegial (OMC). II Jornadas Sanitarias del PCE.	Taller de Educación Sanitaria de la Diputación de Madrid. II Jornadas sobre Psicología y Municipios: Salud y Educación en el campo comunitario (COP). Creación de 20 Unidades Piloto de Medicina Familiar y Comunitaria, 2 en Madrid: el Centro de Salud de Pozuelo de Alarcón y el Centro de Medicina Comunitaria del 1º de Octubre (en marcha oficiosamente desde 1980). Temario elaborado por el Colegio de Psicólogos para oposiciones de los Centros de Promoción de Salud del Ayuntamiento de Madrid.

Año 1983		
Creación de la Comunidad de Madrid. Primer Gobierno socialista. María Gómez de Mendoza, consejera de salud y Bienestar Social. Se aprueba la Ley de Reforma Universitaria. Segundas elecciones democráticas a los Ayuntamientos. Gana el PSOE por mayoría absoluta. Primer Borrador del Proyecto de Atención Primaria del Insalud. Se publica en el BOE la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud. Ley de Servicios Sociales	Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y Reforma Psiquiátrica organizadas por el Mº de Sanidad y Consumo.	Comienzo del primer Programa de Formación para Psicólogos Internos y Residentes (PIR) en la Comunidad del Principado de Asturias. Posicionamiento del COP acerca del Proyecto de la Ley de Bases de la Sanidad. Conflicto en el Centro Municipal de Salud de San Fernando de Henares. III Encuentro Nacional de Psicología Social. Las Palmas. XVI Congreso de la AEN celebrado en Oviedo. Entran en vigor los nuevos estatutos que permiten la incorporación de otros profesionales de salud mental. Se incorpora una psicóloga como secretaria general de la AEN.

Año 1984		
Pacto Ernest Lluch-Ramiro Rivera. Constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.	Se ponen en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria del Insalud. Centros de Orientación Familiar del Insalud. Salud para Todos en el año 2000 en la Región Europea (OMS). Creación del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. Creación del Instituto Regional de Estudios (IRES).	Conferencia de R. Loureau en el Ateneo de Madrid organizada por el CIR. I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Oposiciones CPS Ayuntamiento de Madrid. I Seminario Internacional de Psicología de la Salud en La Habana (Cuba).

Año 1985		
Dimisión de Pedro Sabando. Se regula el tercer ciclo de estudios universitarios. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local. Plan Nacional sobre Drogas. Plan Regional sobre Drogas.	Guías para la Atención Primaria. Conferencia de políticos y expertos: estrategia socialista ante las drogodependencias. Programa servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica dentro del plan cuatrienal de servicios sociales.	Aparece la Revista de Psicología Social. Se publica un A Fondo sobre grupos en Papeles del Colegio. Seminario sobre "Perspectiva de la intervención en Psicología Comunitaria". Universidad Complutense. Creación de Centros de Día. Se crean las Unidades de Salud Mental del Insalud. I Congreso Nacional de Psicología Social. Mesa: Comunidad y salud. Centros de Atención a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid. Se crea el Colectivo Psicólogos 2000.

Año 1986		
Aplicación de las Incompatibilidades en el Sector Público. Segundo Gobierno del PSOE con mayoría absoluta. Ley General de Sanidad. España entra en la Comunidad Económica Europea. Transferencia de los centros del AISNA a la Comunidad de Madrid. Convenio de coordinación para la integración funcional de sus recursos entre la Comunidad y el Insalud. Se forma un Comité de Enlace y coordinación. Integración funcional dentro de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de los equipos de salud mental del Insalud y algunos psiquiatras fruto del desdoblamiento de la especialidad de neuropsiquiatría.	Conflictos sanitarios. La Coordinadora de Hospitales. Plan de Salud Mental para Madrid. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud La Carta de Ottawa.	Curso de postgrado y doctorado en Psicología de la Salud en la Universidad Autónoma de Madrid. Informe del COP sobre el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Seminario Internacional sobre Psicología de la Salud. Perspectivas en Europa (Roma). Jornadas sobre La Praxis grupal organizadas por el CIR. XVII Congreso de la AEN. Se mantiene un psicólogo como secretario general. Creación del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud en la Universidad Autónoma de Madrid. Se funda la Sociedad Europea de Psicología de la Salud. Se publica el libro Salud Comunitaria. Se publica un A Fondo sobre Salud Mental en Papeles del Colegio. Se publica un A Fondo sobre Drogodependencias en Papeles del Colegio.
Año 1987		
Nuevos Planes de Estudio. Las Áreas de conocimiento. Creación de la Consejería de Integración Social por desdoblamiento de la Consejería de Salud y Bienestar Social. Elena Vázquez, psicóloga, nueva consejera. Convenios entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad para la puesta en marcha de la Educación para la Salud en la Escuela.	I Conferencia Europea de Educación para la Salud organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo bajo los auspicios de la Unión Internacional de Educación para la Salud. Huelga médica convocada por la coordinadora de médicos de hospitales.	Jornadas de formación en psicología de la intervención social. Colegio de Psicólogos, Cruz Roja Española y Ayuntamiento de Madrid. Encuentro-Debate sobre “La situación actual de la salud mental en Madrid” organizado por la AEN. Creación de la Asociación Madrileña de Salud Metal (AMSM). Encuentro Internacional de Psicología Social en Barcelona. I Escuela de Verano de Psicología.

Año 1988		
Acuerdo para el desarrollo de la Atención Primaria en Madrid (Comunidad de Madrid e Insalud). Nombramiento de Julio Álvarez, psicólogo, responsable del Plan Regional sobre Drogas. Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios sociales en las Corporaciones Locales. Plan Municipal contra las Drogas en el Ayuntamiento de Madrid. Emiliano Martín, psicólogo, responsable municipal. Incorporación del Ayuntamiento de Madrid a la integración funcional de sus recursos de salud mental en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Real Decreto sobre Normas de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Programa Regional de acciones sanitarias contra el alcoholismo de la Comunidad de Madrid. Programa de Alternativas Sociales a la Institucionalización Psiquiátrica. Primera Huelga General con un Gobierno del PSOE.	Se pone en marcha el Centro de Salud Vicente Soldevilla del Insalud en Vallecas. Creación del Centro Universitario de Salud Pública mediante convenio entre la Comunidad y la Universidad Autónoma de Madrid.	Jornadas sobre “Psicoterapia en instituciones públicas” organizadas por la Asociación Madrileña de Salud Mental y el COP. A Fondo sobre Psicología y Salud en Papeles del Colegio con el estudio El rol del psicólogo de la salud y el documento de la OMS Psicología y Salud. La Revista Clínica y Análisis Grupal cambia el título de Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada, que había mantenido desde su fundación en 1976, por el de Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo. Primera Asociación española de Psicología de la Salud (Sociedad Valenciana de Psicología de la Salud). IV Congreso del CIR sobre Concepción Operativa de Grupo y transdisciplinaridad. Realizado en Madrid con la colaboración del COP. Documento base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR (COP). Centros de Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid (CAD). Se ponen en marcha los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad de Madrid. Aparece la Revista de Psicología de la Salud.

Año 1989		
Decreto de Universalización de la Asistencia. Tercer triunfo del PSOE que gobierna con mayoría relativa. Moción de censura contra el PSOE en el Ayuntamiento de Madrid. Gobierno del PP y del CDS.	Jornadas sobre Reforma/ No Reforma de la Asistencia Psiquiátrica en España organizadas por la AEN. Simposium Regional de la World Psychiatric Association (WPA) de Granada. Comienzan a crearse los Servicios de Salud Pública de Área en la Comunidad de Madrid. I Promoción del Master de Salud Pública en el CUSP.	Documento marco para la formación posgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR . COP, AEN y algunas Comunidades Autónomas. II Junta Directiva de la AMSM. Primer curso Básico de Servicios Sociales organizado por el Colegio de Psicólogos de Madrid. Jornadas de Trabajo sobre La Psicología Clínica en España como Área científica y profesional: realidad actual y perspectivas (COP).

Año 1990		
Caso Juan Guerra. Protocolo en base al Acuerdo para el desarrollo de la Atención Primaria en Madrid (Comunidad de Madrid e Insalud).		II Jornadas Internacionales sobre Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia organizadas por la SEGPA sobre Modelos grupales en psicoterapia: aspectos teóricos y técnicos. XVIII Congreso de la AEN. Ponencia de la Concepción operativa de Grupo. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Fundación de la Revista Clínica y Salud del Colegio Oficial de Psicólogos-Madrid. Se constituye la Conferencia de Decanos de Psicología. Elecciones a la AEN estatal con dos candidaturas por vez primera desde 1977. Convocatoria de 4 plazas 'PIR' en la Comunidad de Madrid.

Anexo 2

ELECCIONES DEMOCRÁTICAS (1982-1989)

Año	Ámbito	Resultados
1982	Elecciones Generales	Gana el PSOE por mayoría absoluta
1983	Elecciones Municipales	Gana el PSOE por mayoría absoluta
	Elecciones Autonómicas en Madrid	Gana el PSOE por mayoría absoluta
1986	Elecciones Generales	Gana el PSOE por mayoría absoluta
1987	Elecciones Municipales	Gana el PSOE por mayoría relativa
	Elecciones Autonómicas en Madrid	Gana el PSOE por mayoría absoluta
1989	Elecciones Generales	Gana el PSOE por mayoría relativa
	Moción de censura en el Ayuntamiento de Madrid	Gobierno del PP y del CDS

Anexo 3

CENTROS RELACIONADOS CON LA SALUD COMUNITARIA (1980-1988)

Año de puesta en marcha	
1980	Centros Municipales de Promoción de la Salud
1984	Servicios (Centros) de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid
	Centros de Planificación Familiar del Insalud
	Centros de Salud del Insalud
1985	Unidades de Salud Mental del Insalud
	Centros de Atención a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid
1988	Centros de Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid
	Centro Universitario de Salud Pública. Comunidad de Madrid-Universidad Autónoma
	Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad de Madrid

Anexo 4

TEMARIOS PARA OPOSICIONES DE LOS CENTROS DE PROMOCIÓN DE SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

En este anexo incluimos tres temarios relacionados con las oposiciones de los Centros de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid de 1984.

4.1. Programa para psicólogos municipales.

(Es el temario que tenía preparado el Ayuntamiento para las oposiciones y que entregó al Colegio de Psicólogos para su revisión).

1. Psicologías no científicas. La Psicología científica (Hª, objeto y método). Análisis de los elementos de la conducta (estímulos y respuestas).
2. La evolución (biopsicosociogénesis). El origen de la vida. Teorías clásicas de la evolución. Teoría sintética. El origen del hombre.
3. La sensación. Concepto. El proceso sensorial. Cualidad y cantidad sensorial. Clasificación de las sensaciones. Los sentidos como órganos de la percepción.
4. La percepción. Concepto. El proceso perceptual. Leyes de la percepción. Tipos de percepciones. Ilusiones perceptuales. Determinantes de la percepción.
5. La emoción. Concepto. Clasificación. Teorías de la emoción.
6. La motivación. Concepto. Clasificación. Teorías de la motivación. Motivación y otras conductas (rendimiento, etc.).
7. Estados de conciencia. Activación e inhibición. Atención. Vigilancia y sueño como estados de conciencia.
8. Conducta no aprendida. Tropismos. Kinesias. Taxias. Reflejos. Conducta de troquelado. Los instintos.
9. Aprendizaje y memoria (I): Procesos sensorio-motores. Concepto. Teorías. Condicionamiento clásico. Condicionamiento operante.
10. Aprendizaje y memoria (II): Procesos senso-sensoriales. Concepto. Teorías. Conducta aferencial. Condicionamiento de orden superior. Aprendizaje perceptivo. Aprendizaje discriminativo. Aprendizaje vicario. Otros aprendizajes de orden superior.
11. Procesos cognitivos. Concepto. Procesos cognitivos superiores. Pensamiento y lengua. Teorías.
12. Psicología matemática (I). La medida en psicología. Ordenación de datos. Valores estadísticos fundamentales. Correlaciones. Teoría de la probabilidad.
13. Psicología matemática (II). Error muestral. Significación y fiabilidad de los valores estadísticos. Teoría de muestras pequeñas. Análisis de varianza. Análisis factorial. Elaboración de programas computarizados.
14. Teoría de tests (I): Tests psicométricos. Concepto. Clasificación. Fiabilidad. Validez. Tipificación. Aplicación.
15. Teoría de tests (II): Tests proyectivos. Concepto. Tests proyectivos infantiles. Tests proyectivos para adultos. Crítica a los tests proyectivos desde el marco de la psicología científica.
16. Metodología en investigación psicológica. Concepto. El método científico en Psicología y sus fases. Diseños experimentales. Diseños correlacionales.
17. Técnicas psicofisiológicas. Técnicas de registro de respuestas centrales, autónomas y esqueléticas.

Técnicas de estimulación. Técnicas de inhibición. Otras técnicas psicofisiológicas.

18. La célula nerviosa. Concepto. Clasificación. El potencial de acción. La sinapsis.
19. Sistema nervioso periférico. Concepto. Clasificación. Fisiología y funciones del sistema nervioso autónomo. Fisiología y funciones del sistema nervioso somático.
20. Sistema nervioso central (I). Concepto. Organización general. Fisiología de la médula espinal, tronco cerebral, cerebelo, mesencéfalo y diencefalo.
21. Sistema nervioso central (II). Fisiología del sistema límbico. Fisiología de los hemisferios cerebrales. Localizaciones cerebrales. Áreas funcionales de la corteza cerebral.
22. Sistema endocrino. Concepto. Clasificación. Fisiología de las glándulas endocrinas.
23. Sistema neuroendocrino (I). Concepto. Sistema nervioso y sistema endocrino. Comunicación neuroendocrina. Sistema de autorregulación.
24. Sistema neuroendocrino (II). Sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Sistema hipotálamo-hipófiso-sexual. Sistema hipotálamo-hipófiso-tiroideo. Otros sistemas neuroendocrinos.
25. Psicofisiología de los procesos sensoriales (I). Concepto. Clasificación. Codificación de estímulos. Sistema visual.
26. Psicofisiología de los procesos sensoriales (II). Sistema auditivo. Sistema somatosensorial. Los sentidos químicos.
27. Psicofisiología de los procesos motores. Concepto. Clasificación. Fisiología. Percepción e integración sensitivomotora.
28. Psicofisiología de la emoción. Concepto. Clasificación. Teorías fisiológicas de la emoción.
29. Psicofisiología de la motivación. Concepto. Clasificación. Teorías fisiológicas de la motivación. El hambre. La sed. Conducta materna. Autoestimulación cerebral.
30. Psicofisiología de los estados de conciencia. Concepto. Clasificación. Fisiología de los estados de conciencia. Teoría generalizada de la activación.
31. Psicofisiología del aprendizaje y memoria. Localización cerebral del aprendizaje. Control cerebral del aprendizaje. Hipótesis del engrama. Hipótesis química. Hipótesis neuroendocrinas.
32. Psicofisiología de los procesos cognitivos. Concepto. Corteza cerebral y procesos cognitivos. Control psicofisiológico del lenguaje. Control psicofisiológico del pensamiento.
33. Herencia y medio. Concepto. La herencia humana. Influencia de la herencia sobre la inteligencia y personalidad. Influencia del medio sobre la inteligencia y personalidad. Diferencias raciales. Interacción herencia-medio.
34. Procesos evolutivos (I): Etapa prenatal. Concepto. Desarrollo y diferenciación del sistema nervioso. Interacción prenatal madre-hijo. Prevención psicológica prenatal.
35. Procesos evolutivos (II): Etapa infantil. Concepto. Experiencia temprana. Estadios del desarrollo psicológico durante la infancia.
36. Procesos evolutivos (III): Adolescencia y madurez. Concepto. Cambios somáticos, fisiológicos y psicológicos de la adolescencia. Iniciación a la madurez.
37. Procesos evolutivos (IV): La vejez. Concepto. Cambios psicofisiológicos durante la vejez. La familia y la vejez. Vejez. Jubilación y ocupación.
38. La inteligencia. Concepto. Estructura y teorías de la inteligencia. Inteligencia y rendimiento.
39. La creatividad. Concepto. Teorías sobre la creatividad. El superdotado.
40. La personalidad. Concepto. Teorías psicobiológicas. Teorías factoriales. Teorías funcionales. Teorías psicosociales. Otras teorías sobre la personalidad.

41. Conducta agresiva. Concepto. Psicofisiología de la agresión. Aprendizaje y agresión. Técnicas de control de la agresión.
42. Conducta sexual (I): Diferenciación psicofisiológica. Concepto. Diferenciación de las estructuras genitales. Diferenciación del sistema nervioso.
43. Conducta sexual (II): Conducta sexual. Concepto. Conducta sexual masculina. Conducta sexual femenina. Componentes biológicos, psicológicos y sociales de la conducta sexual.
44. Conducta sexual (III): Diferencias sexuales en conductas no sexuales. Concepto. Diferencias sexuales en inteligencia. Diferencias sexuales en personalidad.
45. Conducta sexual (IV): Alteraciones sexuales. Concepto. Clasificación. Diagnóstico y tratamiento.
46. El estrés. Concepto. Teorías. Estrés y coping. Estrés y ansiedad.
47. Enfermedades psicosomáticas. Concepto. Génesis. Clasificación. Diagnóstico y tratamiento.
48. Conducta neurótica (I). Concepto. Génesis. Clasificación.
49. Conducta neurótica (II). Incidencia. Diagnóstico y tratamiento.
50. Conducta psicopática. Concepto. Génesis. Diagnóstico y tratamiento.
51. Conducta psicótica (I): La esquizofrenia. Concepto. Génesis. Diagnóstico y tratamiento. El autismo infantil.
52. Conducta psicótica (II): Alteraciones maniaco-depresivas. Concepto. Génesis. Diagnóstico y tratamiento.
53. Las toxicomanías (I): Alcoholismo. Concepto. Génesis. Diagnóstico y tratamiento.
54. Las toxicomanías (II): Otras toxicomanías. Clasificación. Génesis. Diagnóstico y tratamiento.
55. Las epilepsias. Concepto. Génesis. Clasificación. Diagnóstico y tratamiento.
56. Las oligofrenias. Concepto. Génesis. Clasificación. Diagnóstico y tratamiento.
57. Alteraciones psicoendocrinas. Concepto. Génesis. Clasificación. Diagnóstico y tratamiento.
58. Trastornos del comportamiento. Alteraciones sensoriales. Alteraciones psicomotoras. Alteraciones del control de esfínteres. Otras alteraciones comportamentales.
59. Trastornos del aprendizaje. Alteraciones de la atención y memoria. Alteración del lenguaje (afasias, dislexias, disgrafías y tartamudeos).
60. La entrevista psicológica. Concepto. Clasificación. Reglas. Investigaciones experimentales.
61. Análisis y diagnóstico funcional de conducta. Concepto. Modelos. Aplicación.
62. Técnicas psicoterapéuticas. Concepto. Desensibilización sistemática. Biofeedback. Autocontrol. Otras técnicas.
63. La prevención psicológica.
64. Comunicación no verbal. Concepto. Utilización psicológica del espacio. Comunicación feromonal. Densidad de población y conducta social.

4.2 Temario Borrador.

(Es la propuesta borrador de temario para oposiciones de los CPS enviado por Carlos Camarero como presidente de la Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos al Delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid (6 de febrero de 1981). Elaborado por la Comisión de Psicología Clínica de la Delegación de Madrid del COP cuyas vocales era Mariana Segura y Pilar Arránz).

1. Análisis funcional de la conducta. Su aplicación al caso clínico.
2. La entrevista. Metodología. Funciones de evaluación y terapéuticas.
3. Metodología de la relación terapéutica.
4. Observación y registro del comportamiento.
5. Diseños experimentales y tratamiento estadístico. Aplicaciones prácticas.
6. Diagnóstico de la inteligencia y de las aptitudes específicas. Aplicaciones prácticas.
7. Diagnóstico de la personalidad. Su vertiente aplicada.
8. Evaluación del comportamiento. Métodos e instrumentos. Hipótesis diagnóstica.
9. Aprendizaje por condicionamiento pavloviano. Implicaciones prácticas.
10. Aprendizaje por condicionamiento operante. Implicaciones prácticas.
11. Aprendizaje vicario. Implicaciones prácticas.
12. Procesos cognitivos. Pensamiento y lenguaje. Implicaciones prácticas.
13. Los procesos perceptivos. Alteraciones de la percepción. Implicaciones prácticas.
14. Memoria. Alteraciones de la memoria. Implicaciones prácticas.
15. Personalidad. Teorías. Aplicaciones prácticas.
16. Cerebro y conducta: organización funcional del SNC. Repercusiones prácticas.
17. Sistema nervioso vegetativo. Implicaciones conductuales y psicosomáticas.
18. Alteraciones cerebrales y sus repercusiones en el comportamiento y en el aprendizaje. Aplicaciones a la educación especial.
19. Estimulación química del sistema nervioso. Psicofarmacología. Drogas. Implicaciones prácticas.
20. Cerebro interno y conducta. Implicaciones prácticas.
21. Embarazo y parto psicoprofiláctico. Factores de riesgo.
22. Desarrollo temprano. Alteraciones. Alternativas terapéuticas. Estimulación temprana.
23. Desarrollo del lenguaje. Alteraciones y tratamiento.
24. Desarrollo perceptivo motor. Alteraciones y tratamiento.
25. Desarrollo cognitivo. Alteraciones y tratamiento.
26. Desarrollo de la socialización. Alteraciones. Alternativas terapéuticas.
27. Adquisición y desarrollo de la lectoescritura. Alteraciones y tratamiento.
28. Motivaciones sociales. El proceso de comunicación social. Repercusiones prácticas.
29. Actitudes sociales. Métodos de investigación. Proyección práctica.
30. Programa de comportamiento interpersonal. Comunicación verbal y no verbal. Proyección práctica.
31. Psicología del comportamiento interpersonal. Autoimagen. Autoestima. Proyección práctica.
32. Estructura y dinámica de los grupos. Aplicaciones en Psicología asistencial y comunitaria.
33. Alteraciones en el comportamiento infantil. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
34. Estados de ansiedad. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
35. Fobias y obsesiones. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
36. Depresiones. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
37. Esquizofrenias. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.

38. Terapia de pareja.
39. Disfunciones sexuales. Aspectos psicológicos. Tratamiento.
40. Dificultad en la relación interpersonal. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
41. Drogodependencia. Consideraciones psicológicas. Tratamiento.
42. Metodología en Psicología Comunitaria.
43. Diseños de investigación.
44. Prevención psicológica. Educación para la salud en la comunidad.
45. Psicología familiar comunitaria. Los padres como agentes de salud. Problemática de pareja. Aspectos preventivos.
46. Psicología escolar. El psicólogo en la comunidad escolar.
47. Funciones del psicólogo en los Centros de Promoción de la Salud.
48. Comportamientos asociales. Aspectos preventivos y terapéuticos.
49. Predelinquencia y delincuencia juvenil. Consideraciones psicológicas. Epidemiología. Acciones preventivas y terapéuticas.
50. Drogodependencias. Epidemiología. Acciones preventivas.
51. Tercera Edad. Consideraciones psicológicas.
52. Población y Ecología. Repercusiones en la comunicación social y en la salud comunitaria.
53. Medios de comunicación de masas. Aspectos psicológicos. Repercusiones en la salud comunitaria.

4.3. Temario definitivo.

(Es el temario elaborado a partir del temario borrador durante los meses siguientes por el Colegio de Psicólogos en sucesivas reuniones de la Subcomisión de Reforma Sanitaria y de Psicología y Municipios, contando con el asesoramiento de psicólogos expertos).

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 socialización. 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.

Anexo 5

PROYECCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE LOS CPS/CMS DE MADRID

1980	La Sanidad en el barrio y los Centros de Salud. Asociación de Vecinos de Vista Alegre (Madrid) ¹ . Participa Arturo Pérez Mota y Juan Carlos Duro. Director y Psicólogo del CMS de Getafe (Madrid).
1981	Semana de Psicología en la U.A.M. Participan Arturo Pérez Mota y José Francisco Durán. Director y Psiquiatra del CMS de Getafe (Madrid).
	Jornadas de Salud Mental Infantil. Consejería de Sanidad. Murcia. Participan Demetrio García de León. Subdirector, Juan Carlos Duro. Psicólogo. CMS de Getafe (Madrid), Antonio Díaz y Laura González. Psicólogos del Servicio de Psicopedagogía y Salud Mental de San Fernando de Henares (Madrid).
	Participación de la Comisión de Psicología y Municipios de la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos en las Jornadas de Salud Mental y Comunidad celebradas en Barcelona.
	Una experiencia concreta: Los Centros Municipales de Salud organizada por el Colectivo Entaban. Facultad de Medicina. Zaragoza. Participan Demetrio García de León. Subdirector y Juan Carlos Duro. Psicólogo. CMS de Getafe (Madrid).
1982	Situación actual de los Servicios Municipales en Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Galicia. Participa Juan Carlos Duro. Psicólogo. CMS de Getafe (Madrid) y Begoña Olabarria. Psicóloga CPS de Carabanchel. Ayuntamiento de Madrid.
1983	La situación del psicólogo en los Centros de Salud. Diputación General de Aragón y Colegio Oficial de Psicólogos. Zaragoza. Participa Juan Carlos Duro. Psicólogo. CMS de Getafe (Madrid).
1984	Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud en La Habana (Cuba). Participan Juan Carlos Duro. CMS de Getafe (Madrid) y Miguel Costa. CPS Tetuán. Ayuntamiento de Madrid.
1985	Perspectivas de la Intervención Comunitaria. Algunas experiencias de Madrid y su Área, presentados en el Seminario de Psicología Comunitaria del Departamento de Psicodiagnóstico de la Facultad de Psicología de la UCM que impartió Alejandro Ávila. Varios psicólogos de CMS/ CPS.
	El psicólogo en los Centros de Salud. León. Colegio de Psicólogos. Participan Juan Carlos Duro. CMS de Getafe (Madrid), Emilio Irazábal. Centro de Medicina Comunitaria del Hospital Primero de Octubre y Miguel Costa. CPS. Ayuntamiento de Madrid.
	La Reforma de la Salud Mental. El rol del psicólogo. La Rioja. Logroño. Participa Juan Carlos Duro. CMS de Getafe (Madrid).

¹ Recordamos que también participó en calidad de responsable del PCE Francisco José (Pachi) Catalá que luego sería director de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada.

Anexo 6

Talleres en las Escuelas de Verano relacionados con la salud comunitaria (1987-1989)

1987	I Escuela de Verano
	• Procesos terapéuticos grupales. A. Bauleo y E. Irazábal • La psicología en la salud mental en Atención Primaria. B. Olabarría y S. Carballo. • SIDA: aspectos psicológicos. Prevención e intervención. A. Iglesias y M^a V. Fernández • Prevención y tratamiento en alcoholismo. R. García y M^a T. Pérez. • La Psicología Comunitaria aplicada al ámbito de la salud. M. Costa y E. López. • Atención materno-infantil. Experiencia de trabajo grupal en Atención Primaria. E. Vázquez. • Medicina Conductual. J.A. Carrobles. • Intervención psicológica en Planificación Familiar. Toma de decisiones en situaciones de riesgo. M^a Luz Rubí. • Educación para la Salud en el ámbito escolar. Programación y técnicas de intervención. A. Benito. • El Equipo de Atención Primaria en los programas de atención a la salud. L. Lorenzo. • Entrenamiento en entrevista clínica. A. Ávila. • Técnicas psicodramáticas en psicoterapia infantil. F. Muñoz. • Aportaciones de la Psicología de la Salud a la problemática del SIDA. P. Arránz y R. Bayés. • Salud comunitaria con vejez. R. Busturia. • Área de intervención psicológica en rehabilitación y reinserción comunitaria en salud mental. T. Pallarés, M. Álvarez, J. Pérez y E. Bodega. • Aproximación sistémica al tratamiento infanto-juvenil desde Servicios Públicos. P. Rodríguez y P. Vázquez. • Grupo Familiar. Intervenciones terapéuticas. S. Amilivia. • La atención ambulatoria de adultos desde un Servicio de Salud Mental Comunitaria. M^a L. Ibáñez y R. Vignale. • Tratamientos terapéuticos infantiles. Estrategias de intervención en la institución escolar. F. García Villanueva y L. Chávez. • El trabajo comunitario desde un Servicio Psicopedagógico Municipal. J. L. Esteban, A. Santos, M^a J. Romo y A. Cabello. • La función del psicólogo en los lugares de inserción social: la escuela y la comunidad. M. Moreno y C. Monedero. • La institución escolar desde la Psicología Comunitaria. C. Escudero. • Formación de padres. M. Castellana y Equipo del Servicio Psicopedagógico Municipal de Móstoles. • Habilidades básicas de comunicación en el trabajo social. A. Puerta. • Programas de prevención en drogodependencias. E. Martín y C. Aguado. • Intervención del psicólogo en los Servicios Sociales Comunitarios. R. Navarro, O. Luque y J. M^a Rueda. • Proceso socioterapéutico del politoxicómano actual. F. Pérez y J. M. Uréndez.

1988	II Escuela de Verano
	• La Psicología de la Salud ante el problema del SIDA. García Huete, E. e Iglesias, A. • Intervenciones psicológicas en salud mental comunitaria. Duro, J.C. • La asistencia psicológica en el Hospital General. Pérez García, P. • Técnicas de Educación para la Salud en instituciones escolares. Benito, A. • Entrenamiento en habilidades sociales con enfermos mentales. • Dispositivos terapéuticos grupales. Ibáñez, M^a. L. y Vignale, R. • Salud Laboral: modelos de intervención psicológica en prevención de accidentes de trabajo. • Metodología de intervención comunitaria. Cucco, M.
1989	III Escuela de Verano
	• Atención temprana del niño normal y el niño con deficiencias. Vidal, M. y Díaz Curiel, J. • Prevención educativa de drogodependencias: Estrategias de intervención en el medio escolar. Higuera, A. y Ruíz, I. • Adicción a las drogas: prevención y tratamientos de recaídas. Pérez Martínez, M.T. y De Pablo, M. L. • Aspectos básicos en drogodependencias y Educación para la Salud. Sanz, M. y Carlos, J. • Intervención diagnóstica interdisciplinar en familia e infancia. López Esteve, A. • Psicología del deporte y su aplicación en programas de salud. Cerezo, J. J. • Utilización de estrategias de enfrentamiento al estrés. Muñoz, M. • Grupos terapéuticos en salud mental comunitaria. Ibáñez, M^a. L. y Vignale, R.

Anexo 7

Revistas relacionadas con la Psicología y la Salud

	CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL
1980	Editor director: Alejandro Ávila. Comité de Redacción: Pilar Alonso, Isabel Bombín, Carlos Cabello, Antonio García de la Hoz, José Miguel Marinas, Alicia Martínez Muñoz, Eduardo Paolini y Juan José Rueda.
1985	Director: Nicolás Caparrós. Comité de Redacción: Alejandro Ávila, José Antonio Reguilón, Pilar Alonso, Isabel Bombín, Carlos Cabello, Ignacio Gárate, Antonio García de la Hoz, Hernán Kesselman, Teodora Liébana, M ^a Luz Rubí, Isabel Sanfeliu, Fernanda Revilla y Antonio Caparrós.
1987	Director: Nicolás Caparrós. Comité de Redacción: Alejandro Ávila, José Antonio Reguilón, Pilar Alonso, Isabel Bombín, Carlos Cabello, Ignacio Gárate, Antonio García de la Hoz, Hernán Kesselman, Teodora Liébana, M ^a Luz Rubí, Isabel Sanfeliu, Fernanda Revilla, Antonio Caparrós y Carlos Rodríguez Sutil.
1988	Director: Nicolás Caparrós. Comité de Redacción Secretaria: Isabel Sanfeliu. Vicesecretario: José Antonio Reguilón. Vocales: Pilar Alonso, Oscar Álvarez, Isabel Bombín, Carlos Cabello, Juan Campos, Francisco Chicharro, Ignacio Gárate, Antonio García de la Hoz, Teodora Liébana, M ^a Luz Rubí, Fernanda Revilla y Carlos Rodríguez Sutil.
1989	Director: Nicolás Caparrós. Comité de Redacción Secretaria: Isabel Sanfeliu. Vicesecretario: Francisco Chicharro. Vocales: Oscar Álvarez, Isabel Bombín, Carlos Cabello, Juan Campos, Ignacio Gárate, Antonio García de la Hoz, Carmen Hirt, M ^a Luz Rubí, Carlos Rodríguez Sutil y Teresa Santías.

	REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
1980-1983	Director: Manuel Desviat. Consejo de Redacción: Juan Casco, Fernando Colina, Valentín Corcés, Juan Antonio Fernández Sanabria, Alfredo Fierro (psicólogo) y Carmen Sáez Buenaventura.
1983-1987	Comité de Publicaciones: Valentín Corcés, Juan Antonio Fernández Sanabria y Manuel González de Chávez. Director: Manuel Desviat. Subdirector: Fernando Colina. Secretario de Publicaciones: Alberto Fernández Liria. Consejo de Redacción: Félix Bermejo, Pilar de Pablo, Francisco Pereña, Ana Romero y María Redondo.

1987-1990	Comité de Publicaciones: Manuel González De Chávez, Santiago Lamas, Francisco Vaz, José Jaime Melendo y José Luís Buelga. Directora: Teresa Suárez. Subdirector: José Luís Pedreira. Consejo de Redacción: Alfonso García-Ordás, Consuelo Escudero (psicóloga), Félix Bermejo, Félix López Sánchez, Félix García-Villanova (psicólogo) y Rinaldo Nordarse.
------------------	---

	PAPELES DEL COLEGIO
1983-1988	Consejo Editorial: Junta de Gobierno de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos. Director: Adolfo Hernández Director adjunto: Carlos Camarero Redacción: Alfredo Fierro, Fernando Gállico, Ricardo Lucas y Daniel Iribar (redactor jefe).
1988-1989	Consejo Editorial: Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos. Director: Adolfo Hernández. Director adjunto: Carlos Camarero. Redacción: Alfredo Fierro, Fernando Gállico, Ricardo Lucas y Daniel Iribar (redactor jefe).
1989	Consejo Editorial: Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos. Director: Carlos Camarero Redactor jefe: Daniel Iribar.

	PSIQUIATRÍA PÚBLICA
1987	Director: Manuel Desviat Director Adjunto: Alberto Fernández Liria Consejo de Redacción: Ángel Arribas, Manuel Delgado, Carlos González, Mercedes Hellín y Josefina Mas

Anexo 8

Juntas directivas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1980-1990)

1980-1983	Presidente: Manuel González de Chávez. Vicepresidentes: José García González, Víctor Aparicio Basauri y Felipe Reyero. Secretaria General: Carmen Fernández Rojero. Vicesecretaria: Isabel Rodríguez Gorostiza. Tesorero: José Susperregui. Director de Publicaciones: Manuel Desviat.
1983-1987	Presidente: José García González. Vicepresidentes: Fernando Marquínez, Carmen Sáez Buenaventura y Julián Espinosa. Secretaria General: Begoña Olabarría (psicóloga). Vicesecretaria: Julia Menéndez del Llano (asistente social). Tesorero: Félix Blanco. Director de Publicaciones: Manuel Desviat.
1987-1990	Presidente: Víctor Aparicio Basauri. Vicepresidentes: Tiburcio Angosto, Fernando Gracia e Ignasi Pons (sociólogo). Secretario General: Serafín Carballo (psicólogo). Vicesecretaria: Rosa Gómez Esteban. Tesorera: Dolores Aparicio (enfermera). Directora de Publicaciones: Teresa Suárez.

Anexo 9

Juntas directivas de la Organización Colegial

	DELEGACIÓN DE MADRID DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
1980-1982	(Continúa la Junta de la Sección de Psicología modificada) Presidente: Carlos Camarero Vicepresidente: Rafael Burgaleta Secretario: Adolfo Hernández Tesorero: César Gilolmo Vocales: Mario Carretero*, Celedonio Martín, Mariana Segura, José M ^a . Prieto*, Alberto Rosa* y Dositeo Arteaga. * De nueva incorporación

1982-1985	Presidente: Carlos Camarero Vicepresidente: Alejandro Ávila Secretario: Adolfo Hernández Vicesecretario: José M^a. Prieto Tesorero: Antonio Pérez Vocales: Julio Álvarez*, Juan Carlos Duro, Consuelo Escudero, Luis Llavona*, Víctor Pérez, Pablo Del Río, Mariana Segura* y Encarnación Vázquez. * Dimitieron en 1984
1985-1988	Presidente: Adolfo Hernández Gordillo Vicepresidente: Alejandro Ávila Espada Secretario: José M^a. Prieto Vicesecretario: Víctor Pérez Tesorero: Dositeo Arteaga Vocales: Pilar Ballester, Juan Carlos Duro, Manuel Berdullas, Serafín Carballo, Adolfo Fernández, Emiliano Martín, Carmen Monedero y Ángel Puerta.
1988-1991	Presidente: Manuel Berdullas Temes¹ Vicepresidente: José M^a. Prieto Zamora Secretario: Fernando Chacón Fuertes Vicesecretario: Víctor Sancha Tesorera: Pilar Merlo Vocales: Antonio González, M^a. Luz Ibáñez, Miguel López Cabanas, Gloria Martínez Tellería, Pedro Rodríguez, Carlos Rodríguez Sutil, M^a Luz Rubí y Luis M^a. Sanz.

	JUNTAS DE GOBIERNO ESTATAL-COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA
1980	Junta Provisional de Gobierno (Formada por representantes de las Delegaciones. Por Madrid participaban: Rafael Burgaleta, Carlos Camarero, César Gilolmo, Lázaro González, Adolfo Hernández y Mariana Segura) Comisión Permanente: Decano: Carlos Camarero Sánchez Vicedecana: Mercè Pérez i Salanova Secretario: Adolfo Hernández Gordillo Tesorero: Vicent Bermejo Frigola Vocales: César Gilolmo López y Jordi Bajet
1981-1987	Junta de Gobierno Estatal Decano: Carlos Camarero Sánchez Vicedecano: Mercè Pérez i Salanova Secretario: Adolfo Hernández Gordillo Vicesecretario: Vicent Bermejo Frigola Tesorero: César Gilolmo López Vocales: Carmen Amorós, Rafael Burgaleta, Itziar Cableces, Alfredo Fierro, Alfons Icart, Miguel Ángel Martín Soler, Miguel Pérez Pereira y Nuria Silvestre.

¹ Se presentó otra candidatura encabezada por Fidel Sandoval. Ganó Berdullas por 338 a 317.

1987-1990	Decano: Adolfo Hernández Gordillo Vicedecano: Joan Huerta Secretaria: Begoña Olabarría González Vicesecretario: M ^a Del Valle Laguna Tesorera: Adelina Lorenzo Vocales: Mauricia González Priego, José M ^a Gutiérrez Gutiérrez, José M ^a Peiró, Jesús Rodríguez-Marín, Encarna Sánchez Espinosa, Alejandro Torres y Juan de Dios Uriarte.
------------------	---

Anexo 10

El programa de especialidad en Psicología Clínica (PIR)

1977	“PIRES” en la singular convocatoria de 1977 Saturio Ballesteros Ramos en Clínica Puerta de Hierro, Fidel Delgado y Elena Laguna en Ciudad Sanitaria La Paz, Pilar González en Clínica Infantil La Paz, Adela Alonso Abolafia en Hospital Ramón y Cajal y Elisa Mendoza Berjano en Hospital Infantil Niño Jesús.
	Grupo de expertos de Madrid para la elaboración del programa PIR: Pilar Ballesteros, Serafín Carballo y Juan Carlos Duro (responsables del Área de Salud de la Delegación de Madrid), Alejandro Ávila, José Antonio Carrobles, Emilio Irazábal, Ana Lapeña, Begoña Olabarría, Teresa Pallarés y Pedro Pérez.
1986-87	Grupo de expertos para la elaboración del programa PIR estatal: Begoña Olabarría y Alejandro Torres, (responsables de la Junta de Gobierno Estatal), Alejandro Ávila, J.A. Carrobles, Juan Carlos Duro y Pedro Pérez de Madrid. Francisco Estévez y M ^a Eugenia Díez de Asturias. Concepción Rivas y Felipe Vallejo de Andalucía y Teodoro Marcos de Barcelona.

Anexo 11

Profesionales de centros y asociaciones relacionadas con la salud comunitaria de Madrid

1981	INSAM
	Gerente: Alfonso Calvé. Director Técnico: Pedro Enrique Muñoz. Psiquiatras: Enrique Baca y Luis Prieto. Psicólogo y sociólogo: Benjamín González. Asistentes Sociales: Elia González Gaitán y Montserrat Castanyer.

1984	CENTROS DE ORIENTACIÓN FAMILIAR DEL INSALUD
	Emilio Irazábal y Ángeles Lassaleta.

1985	COLECTIVO PSICÓLOGOS 2000
	Máximo Aláez, M ^a . Antonia Álvarez-Monteserín, Amado Benito, Manuel Berdullas, Miguel Costa, Rafael Díaz, Francisco Gómez y Violeta Suárez.

1985	UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL INSALUD
	Luis Miguel Rodríguez González (Alcobendas), Carmen Monedero Mateo (Coslada), Rosario Benítez (Fuenlabrada), Pilar Collado (Orcasitas), Carmen Varela García (Parla), Wences Molina Ruiz (San Blas), Saturio Ballesteros (Vallecas) y Ángeles Castro (Villaverde).

	SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD
1989	Alcorcón: Rosario Benito.
	Aranjuez: Rosa Álvarez Peré y Federico Blanco Vicario.
	Chamartín: M ^a José Álvarez de Miranda y Juan Carlos Azcárate.
	Ciudad Lineal: M ^o . Luisa Alfaya, Ismael Sancho.
	Colmenar Viejo: Teresa Pallarés Soubier y Margarita Álvarez Prieto.
	Fuencarral: M ^a Ángeles de los Reyes López y Bernardino Martín Alonso.
	Getafe: Juan Carlos Duro, Consuelo Escudero, Félix García-Villanueva, Juan González Rojas, Mar Goñi, M ^a . Luz Ibáñez y Rosina Vignale.
	Hortaleza: Rosario de Frutos y Concepción Rueda Juan.

	Leganés: Camino Díez Díez, Carmen García Alba, Yolanda Espino, Concepción Sendín y Eva Useros.
	Majadahonda: Lola Lorenzo, Rosario Busturia y Violeta Suárez.
	Moncloa-Latina: Juan Carlos Fernández Castrillo, Isidoro García Manzano, M ^a José Hernández del Río e Inmaculada Vázquez.
	Moratalaz: Eloisa Basallo y Ana Fernández.
	Móstoles: Concepción Pérez Salmón, Pedro Rodríguez Sánchez y Pilar Vázquez.
	Navalcarnero: Pilar Pascual
	Parla: Rosario Lastra Ormazábal.
	Salamanca: Ana Loriga Méndez.
	Vallecas: Jesús Cerdán Victoria, Ana M ^a García Olmos, Francisco Lago, Carmen Solano y José Yela.
	Villaverde: César Gilolmo y Angélica Esteban.
	San Blas: Teresa Benito Gómez y Paz Campano Mendaza.
	Tetuán: Eloy Albadalejo, Nelly Carrillo Huerga, M. Amor Fernández Álvarez, Teresa Monsálvez, Pilar Jimeno, Dolores Ramírez Cutillas y Victoria Zubeldía.

Anexo 12

UNIDADES DE SALUD MENTAL: NORMAS DE FUNCIONAMIENTO. INSALUD (1985)

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

- a) una concepción más ecológica de la Salud Mental.
- b) la necesidad de desarrollar unos patrones de actuación enmarcados en el ámbito de la Psiquiatría comunitaria.

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

1 Psiquiatra, 1 Psicólogo, 1 A.T.S.,

Estas unidades reúnen las siguientes características:

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

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

I. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

1º Asistencial

- a) En los consultorios.

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

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

- d) Domiciliarias.

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

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

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

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

- Realización de interconsultas hospitalarias, en aquellos centros que carezcan de unidades de psiquiatría.
- Colaboración en guardias psiquiátricas.

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

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

- clínica y formativa.

g) Aplicación de técnicas que faciliten la rehabilitación y la reinserción social de estos pacientes.

Este tipo de actividad debería realizarse a través de programas conjuntos desarrollados por las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales comunitarios.

Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos:

A. Elevación del nivel de Salud Mental del área.

B. Mejora global de la atención al enfermo mental.

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

D. Drástica reducción del número de reingresos.

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

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

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

2º. Apoyo a los Equipos de Atención Primaria

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

La función de apoyo se ejercerá:

A) A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria, con los siguientes objetivos:

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

- Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

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

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

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

a) Educación para la Salud Mental.

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

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

b) Colaboración en programas preventivos específicos.

4º. Investigación

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

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

II. METODOLOGIA DE TRABAJO

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

a) Diagnóstico de la situación de salud del área

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

b) Formulación de un plan, que incluye:

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

c) Abordaje integral del problema salud-enfermedad.

d) Situación enmarcada en el seno de la comunidad.

Esto implica la participación del ciudadano en las tareas de planificación, organización, funcionamiento y control de la Unidad.

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

A. Funciones del Psiquiatra.

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

B. Funciones del Psicólogo.

- 1º. Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológicos, psicodiagnóstico.
- 2º. Desplazamiento a otras localidades del Área de Salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.
- 3º. Colaboración en las interconsultas con los Equipos de Atención Primaria.
- 4º. Intervención en las tareas de prevención y promoción de la Salud Mental.
- 5º. Realización de los estudios epidemiológicos y otras labores de investigación desarrolladas por las Unidades de Salud Mental.
- 6º. Participación en las reuniones de las Unidades de Salud Mental y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

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

C. Funciones del A.T.S.

- 1°. Establecer el primer contacto con el usuario, a través de la elaboración de la historia psicosocial (según modelo), valorando la urgencia de la demanda y estableciendo la citación.
- 2°. Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos por la Unidad, mediante visita domiciliaria o desde la propia Unidad.
- 3°. Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.
- 4°. Administrar tratamientos en la Unidad de Salud Mental.
- 5°. Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en la Unidad.
- 6°. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación, a los Equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y promoción.
- 7°. Impartir formación de Enfermería en pregrado y postgrado, dentro de la Unidad de Salud Mental.
- 8°. Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y científicas que se desarrollen en la Unidad.
- 9°. Realizar actividades de educación en Salud Mental, y participar en programas preventivos.

IV. DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES

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

- 1°. Actividad Asistencia: la actividad asistencial ocupará el mayor porcentaje de tiempo del horario laboral, siguiendo la distribución siguiente: Psiquiatra 45%, Psicólogo 45%, A.T.S. 40%

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

- 2°. Funciones de apoyo a los Equipos de Atención Primaria y de promoción de la Salud Mental: Psiquiatra 20%, Psicólogo 15%, A.T.S. 15%
- 3°. Investigación y Estudios Epidemiológicos: Psiquiatra (Coordinación) 10%, Psicólogo 20%, A.T.S. 20%
- 4°. Reuniones de la Unidad de Salud Mental y reuniones de coordinación con los Equipos de Atención Primaria y con otras Unidades psiquiátricas: Psiquiatra 15%, Psicólogo 10%, A.T.S. 10%
- 5°. Funciones administrativas, elaboración de informes, estadísticas, memorias: Psiquiatra 10%, Psicólogo 10%, A.T.S. 15%

V. OTRAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

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

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

VI. HISTORIA CLINICA Y FICHAS

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

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

Ficha de identificación (Anexo 2): Se rellenará cada vez que un paciente acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental.

Ficha de asistencia (Anexo 3): En ella se recoge el diagnóstico y cada una de las actuaciones efectuadas por los profesionales que componen la Unidad, así como el tipo de atención prestada que se clasificará de la siguiente forma:

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

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

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

VII. HOJA DE EVALUACIÓN

Tiene dos objetivos básicos:

- Conocer el grado y las características de la demanda asistencial
- Evaluar la actividad desarrollada por cada una de las Unidades de Salud Mental.

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

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

Juan Carlos Duro Martínez (Albacete, 1954) es licenciado en Filosofía y Letras (Sección de Psicología) por la Universidad Complutense de Madrid, Especialista en Psicología Clínica y Doctor en Sociología por la Universidad Autónoma de Madrid.

En los años 70 y 80 fue uno de los impulsores de la Psicología de barrios y de los Centros Municipales de Promoción de la Salud, siendo el responsable del Área de Salud en el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1982-1988). Miembro de la Asociación Española de Psiquiatría (AEN) y del Centre International de Recherches en Psychologie Sociale et Groupale (CIR) participa activamente en los procesos de cambio en salud mental comunitaria desde los Servicios de Salud Mental de Getafe (Madrid).

En los años 90 forma parte del Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) de la Comunidad de Madrid y la Universidad Autónoma de Madrid para la formación continuada y de postgrado donde pone en marcha y dirige el Diploma de Promoción y Educación para la salud. Fundador y primer director de la Revista *Clínica y Salud* (1990-1993) dirige *Papeles del Psicólogo e Infocop* (1992-2004).

Durante la primera década del siglo XXI se ocupa en la Agencia Laín Entralgo de la formación continuada en Salud Pública, Investigación y Salud Mental de los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Actualmente es Psicólogo clínico del Servicio Madrileño de Salud encargado de la formación continuada en Salud Mental en la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias de la Consejería de Sanidad y profesor asociado del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid. Dirige el programa de Formación Continuada a distancia en Psicología (FOCAD) del Consejo General de la Psicología de España y es vocal de Psicología clínica y de la salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.