

45 AÑOS DE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

María Isabel García Alonso
Universidad de Burgos
igarcia@ubu.es

Received: 12 marzo 2024
Revised: 13 marzo 2024
Evaluator 1 report: 17 abril 2024
Evaluator 2 report: 28 abril 2024
Accepted: 03 mayo 2024
Published: junio 2024

RESUMEN

El desarrollo de los conceptos psicológicos y la forma de entender las problemáticas de las personas han estado y están determinadas por las distintas disciplinas que lo abordan. Los avances llevados a cabo por los diferentes modelos explicativos psicológicos en las últimas cuatro décadas han posibilitado que los psicólogos dispongamos de un cuerpo de conocimiento que nos proporcionan evidencia científica, mayor seguridad en las intervenciones y más tranquilidad en el trabajo realizado. Cada una de las especialidades de la psicología han aportado y siguen aportando un sinfín de avances conceptuales, metodologías, recursos, estrategias, campos de acción, etc. de los que se nutre el gran ámbito psicológico. Por otro lado, la colaboración con otras ciencias cercanas también ha ayudado a aunar conocimientos, modificar planteamientos, proponer nuevos retos e intereses profesionales. Todo esto ha posibilitado que hoy en día, nuestra profesión tenga un buen estatus y esté claramente posicionada en nuestra sociedad.

Palabras clave: avances en psicología; desarrollo de la psicología clínica; posición de la psicología

ABSTRACT

45 years of history of clinical and health psychology. The development of psychological concepts and the way of understanding people's problems have been and are determined by the different disciplines that deal with them. The advances made by the different psychological explanatory models in the last four decades have made it possible for psychologists to have a body of knowledge that provides us with scientific evidence, greater security in interventions and more peace of mind in the work performed. Each of the specialties of psychology has contributed and continues to contribute endless conceptual advances, methodologies, resources, strategies, fields of action, etc. from which the great psychological field is nourished. On the other hand, collaboration with other nearby sciences has also helped to pool knowledge, modify approaches, propose new challenges and professional interests. All of this has made it possible for our profession to have a good status today and to be clearly positioned in our society.

Keywords: advances in psychology; development of clinical psychology; position of psychology

Para contextualizar y poder plasmar en este artículo algunos de los grandes avances o hitos de estos últimos 45 años, me centraré en gran parte de mi propia historia profesional y bajo este prisma, es preciso comentar que,

45 AÑOS DE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

en 1974 comenzó en la Universidad Civil de Salamanca la primera promoción de psicología y con ella mi andadura por esta maravillosa carrera.

En los primeros años de la carrera las bibliotecas disponían de muy pocos libros, manuales y materiales de estudio. El profesorado solicitaba a las bibliotecas las publicaciones que se editaban en el extranjero y a las imprentas copias de algunos materiales de trabajo. Sin embargo, en poco tiempo, este hecho comenzó a cambiar cuando los profesores universitarios comenzaron a escribir manuales y documentos científicos, observándose que las bibliotecas y librerías año a año multiplicaban en sus estanterías los textos de psicología.

Los modelos psicológicos que se estudiaban en aquellos años de estudiante era principalmente el modelo médico y el psicoanalítico, aunque en alguna asignatura se trabajaba y se explicaban las situaciones con el conductismo y comenzaba a intuirse algo del modelo social. Para expresar alguna nota concreta, decir que Piaget estuvo presente en mis apuntes de desarrollo evolutivo en página y media mientras que Freud y el psicoanálisis ocupaba horas y horas de impartición y de estudio en la carrera, aunque su asignatura más representativa era una optativa.

EN LA BUSCA DE UN MODELO DE TRABAJO. NECESIDAD DE SEGUIR APRENDIENDO

Una vez terminados los cinco años de licenciatura, 1979, me encontré con una gran preocupación que me invadía, necesitaba más conocimientos y saber centrarlos en un modelo que me guiara en mi trabajo como psicóloga, no fue fácil. En mi tierra natal había muy pocos psicólogos trabajando de la psicología, existía muy poca información académica en texto o en revistas y muy pocas personas con las que compartir mis inquietudes. Durante los primeros años, formamos en Burgos un grupo de recién licenciados y, gracias a ellos y al Colegio de Psicólogos que acababa de crearse, nos fuimos apoyando y consultando casos a los que teníamos que dar respuesta, las reuniones eran muy frecuentes y los momentos de encuentro muy provechosos.

La necesidad formativa ha sido una constante en mi profesión, siempre me he sentido bien trabajando con grupos de psicólogos, profesionales allegados a mí, que me han proporcionado reflexiones muy valiosas y conocimientos e inquietudes de saber constantes. Bajo estas necesidades de formación estuve haciendo prácticas en la diputación de Burgos, curse la especialidad de clínica, y realice los cursos de doctorado mientras trabajaba en los equipos de orientación del MEC, La terminación de estos cursos posibilitó la entrada en la Universidad en el área de PETRA, el área clínica de la psicología e hice la tesis doctoral al amparo de muy buenos profesores.

INSTITUTO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PROFESIONAL

El quehacer psicológico al terminar esta carrera, 1979, tenía pocos campos abiertos en las pequeñas ciudades. La demanda de la sociedad tenía que ver con la educación especial, las consultas privadas y algo, muy poco, del ámbito laboral y sanitario. Una institución que llevaba décadas funcionando en España (aunque a menudo sin psicólogo) fue el Instituto de Orientación Educativa y Profesional (anteriormente denominado Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia), al que me incorporé en su Delegación de Burgos desde septiembre de 1981 hasta febrero de 1983 (fecha que se cerró su actividad). Se trabajaba con materiales traducidos de evaluación psicológica, se llevaba a cabo la selección profesional a través de la revisión de las condiciones psicofísicas de los conductores y cazadores y se proporcionaba orientación vocacional y profesional al alumnado de los centros públicos rurales de la provincia.

Conviene señalar la temprana existencia de esta Institución. Se constatan referencias desde 1917 en Barcelona y de la década de 1920 en Madrid (Monteagudo Soto y Chisvert Tarazona, 1997) y fue dotada de competencias en 1934. Su red nacional fue expandiéndose poco a poco y sus laboratorios fueron pioneros en el ámbito de la psicología española, si bien la guerra civil supuso una interrupción en su actividad. Sus últimas competencias quedaron expresadas en el reglamento del 20.03.1964 del Ministerio de Educación Nacional (Ozcoidi Val y Serra I Jubal, 2001).

PRIMERAS DEMANDAS DE PSICOLOGOS EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO

Las primeras demandas de nuestra profesión se presentaron en el servicio público educativo y sanitario. creándose los equipos multiprofesionales del MEC y los equipos de psicólogos clínicos en atención primaria sanitaria.

En paralelo, estas mismas demandas se crearon en el sector privado, en las asociaciones, por entonces recién creadas, de las distintas entidades de discapacitados que demandaron los primeros psicólogos, p.e. en La Asociación Aspanias para las personas con discapacidad intelectual; en los centros de Autismo Burgos; en Apace y su atención en las personas con discapacidad motora o en el Centro Estela para personas con síndrome de down, entre otras.

DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN CENTROS ORDINARIOS A LA INTEGRACIÓN E INCLUSION SOCIAL

El Plan Nacional para la Educación Especial, Real Patronato de Educación y Atención al Deficiente(1979) y la ley de Integración Social de los Minusválidos, LISMI, (Jefatura de Estado,1982) posibilitaron la integración escolar y la creación de los Equipos Multiprofesionales. La Orden del 9 de septiembre de 1982 (MEC, 1982), reguló su composición y las funciones de los equipos dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial. La creación de estos Equipos del MEC (básicos y especializados) y el Servicio de Orientación Educativa y Vocacional acercó a Burgos a diversos psicólogos de otras provincias. La puesta en marcha de la integración escolar (Jefatura de Estado, 1985), hizo que muchos de los conceptos y los planteamientos educativos cambiaran, pasando de un sistema caritativo y de beneficencia en la atención a los alumnos "disminuidos" a reconocer el derecho de todos a la educación y a la integración. todos iguales, todos diferentes.

Durante esta década de los años 80 tuvo lugar el asentamiento de la integración educativa en los dos primeros ciclos, transformando las aulas de educación especial de los centros ordinarios. Se divulgaron ampliamente las teorías piagetianas. El conductismo y el cognitivismo comenzaron a tener un mayor peso en las explicaciones y en los tratamientos educativos de los alumnos con necesidades educativas especiales.

A lo largo de estos años, en educación mejoró la precisión de los conceptos empleados, las actitudes hacia las personas, anteriormente llamadas minusválidas, fueron cambiando y los avances en su comprensión han sido constantes. Los cambios de paradigmas de atención a las personas con discapacidad dan buena cuenta de ello, proporcionando nuevas perspectivas de abordaje de las necesidades educativas específicas y de la discapacidad en general.

LOS PARADIGMAS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

Una de las influencias primeras en la psicología ha sido la medicina, su modelo médico y el paradigma de la rehabilitación. Los cambios sucesivos de paradigmas fueron expuestos a nivel internacional por De Jong y Glen Guy (1991) y en España por Puig de la Bellacasa (1987) y Demetrio Casado (1991). Los tres autores usan una terminología distinta para nombrar a estos paradigmas pero, en esencia, son muchas las similitudes. Por ej. Puig de la Bellacasa habla del paso del paradigma tradicional al de la rehabilitación y en los últimos décadas al de autonomía personal. Glen Guy y de Jong del de rehabilitación al de autonomía personal y Demetrio Casado de la integración sanitaria a la exclusión aniquiladora, la atención especializada y tecnificada para finalmente, llegar a la accesibilidad. Todos los cambios acaecidos se han producido gracias a las demandas de las propias personas con discapacidad que ven favorecidos sus intereses y por ende, el de la población en general. Todos estos aspectos se hacen evidentes si analizamos nuevas terminologías que son ya de uso cotidiano. Por ejemplo, calidad de vida, grupos de autoayuda, participación, responsabilidad personal y social, igualdad de oportunidades, inclusión, etc. Uno de los términos actuales más relevantes que ha proporcionado la accesibilidad es la no dependencia, en contraste con el modelo previo rehabilitador. La importancia de estos cambios es extrema y afecta a normativas legales, instituciones públicas, privadas, servicios comunitarios y familias. Desde todos los ámbitos se potencia uno de los grandes dominios de la conducta adaptativa: el funcionamiento independiente de las personas con discapacidad. (García Alonso, 2006).

45 AÑOS DE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Resulta evidente que potenciar la vida independiente previene situaciones y conductas de dependencia que tanto preocupa a familiares y a las entes sociales. Consecuencias de estas nuevas formas de entender la discapacidad son las tendencias actuales a implantar servicios, tales como los grupos de autogestores, cuyos principales objetivos están encaminados a potenciar las destrezas de los discapacitados para lograr una mayor autonomía en sus actuaciones. El diseño para todos y la plena igualdad de oportunidades. Otros ejemplos donde podemos ver la trascendencia de estos cambios son sin duda las legislaciones, normativas y planes de acción que el gobierno de la nación o las entidades que se preocupan por las personas con discapacidad han elaborado en los últimos años.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. LOS P.I.R. LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

La psicología clínica entró de lleno en el ámbito sanitario español, al amparo del debate de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983) y la Ley General de Sanidad, (Jefatura de Estado, 1986) en la que se incluye, en el capítulo III, la salud mental. Esta ley expresa la importancia de la atención en el ámbito comunitario, la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, potenciando, en aquel momento, los recursos asistenciales del psicólogo a nivel ambulatorio, en la atención primaria. En esta ley general se consideró importante, entre sus avances, la prevención primaria o la coordinación de los servicios sociales. Las normativas comunitarias que siguieron a estas leyes y el quehacer de todos estos profesionales fue poco a poco ajustándose a la relevancia que la psicología tenía en otros países de nuestro entorno, potenciando y ampliando a su vez las demandas y posibilidades de trabajo de psicólogo en nuestra sociedad.

En la década de los 80 la especialidad de psicología clínica se obtenía con un curso específico que algunas universidades ofertaban. En 1988, a propuesta de la Junta del Gobierno del COP comenzó su andadura una nueva forma de obtención de esta especialidad, se redactó un informe que recogía las líneas que debían marcar las bases de la formación de especialistas en psicología clínica (Fernández Molina, 2003). Algunas comunidades lo pusieron en marcha, pero el proceso no se culminó hasta 20 años después, en 1998, tras superar muchas dificultades, lo que permitió unificar criterios y realizar convocatorias nacionales. El Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre creó y reguló el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, P.I.R. (Ministerio de la Presidencia, 1998).

Desde esta fecha El P.I.R. (psicólogo interno residente) se convierte en la formación postgraduada de formar especialistas en Psicología clínica. Aunó la parte teórica y práctica de la psicología clínica y supuso en su momento, algo tan importante como el reconocimiento de la psicología como profesión sanitaria. El diseño de su formación fue interprofesional, lo que permitió ir cubriendo las necesidades vinculadas a las prestaciones de la red pública sanitaria, incrementando el número de psicólogos en el campo sanitario y sus competencias.

Gracias al propio desarrollo de las técnicas de tratamiento y a los derechos de las personas, los avances producidos en el campo de los tratamientos de los trastornos mentales han sido enormes. La investigación ha permitido recopilar los tratamientos basados en la evidencia, la eficacia y la eficiencia de las terapias psicológicas según las diferentes problemáticas. Esto ha sido un gran paso, resultado de los estudios de los profesionales, manifestando en esta trilogía el estado del arte de la psicología clínica como ciencia y como profesión (Pérez, Álvarez y cols, 2003).

LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La psicología clínica se centra en la patología mental. La forma de evaluación y diagnóstico más común de estas enfermedades es a través de los sistemas descriptivos de clasificación de las enfermedades mentales médicas, (las clasificaciones internacionales de las CIE publicadas por la OMS y los manuales DSM, editados por la APA), que constituyen las guías para esta labor. Estos sistemas se han convertido en una referencia internacional para la actividad clínica e investigadora del psicólogo (García Zabaleta, (2019). Es preciso recordar que El DSM I y II tenían una marcada supremacía del modelo psicoanalítico. El cambio llegó con el DSM III, esta edición de 1980 y las siguientes aumentaron, en gran medida, la descripción del número de patologías (de 106 a 216) y

supusieron un cambio hacia el modelo biomédico, dando importancia a la medicación y las empresas farmacéuticas. Para los psicólogos, estas guías descriptivas tienen ventajas y desventajas. Para algunos críticos el aumento de patologías disminuyó la amplitud de la normalidad, desfavoreciendo la diversidad y diferencias propias del ser humano. Hasta la edición del DSM-5 TR (APA, 2022), el número de patologías ha seguido creciendo, y con esta última publicación, que mantiene su modelo biomédico, da por hecho causas biológicas o disfunciones del individuo e iguala los trastornos mentales a las enfermedades médicas. Las últimas ediciones han provocado numerosos detractores y críticas (García Zabaleta, (2019). Para algunos la historia de los DSM es la historia de un fracaso, no tienen en cuenta las características personales y está desprovisto de conexión con la situación. Las CIE, aunque poseen un carácter algo más orientativo, tampoco están exenta de estas críticas. Las últimas ediciones de ambos sistemas tienden a ser cada vez más parecidas. Las ventajas de estos sistemas son claras, sirven de vehículo de comunicación entre profesionales y unifican criterios diagnósticos, pero no debemos olvidar que para el psicólogo clínico, el diagnóstico resultante no es suficiente, faltaría conocer muchas más cosas, entre ellas, los análisis de sus conductas y su topografía, la entrevista con la persona afectada, etc. y, todo ello, bajo el paraguas de un enfoque multidimensional.

LA CIF Y EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

Con la entrada en vigor de la CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y los Estados de Salud (OMS, 2001), que sustituyó a la Clasificación Internacional de las Deficiencias Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, se dio un giro importante hacia la comprensión de las variables que afectan a las diferentes problemáticas de las personas. El propósito fue ofrecer un marco de referencia conceptual que sirviera como herramienta en investigación, en la clínica y en la política social y educativa. Su estructura hizo patente las interacciones entre las dimensiones del funcionamiento y los factores contextuales. Al hablar de funcionamiento se refería tanto a las estructuras y funciones corporales como a las actividades y participación de las personas y los factores contextuales, también los subdivide en ambientales y personales. Todos los conceptos y terminologías son tratados desde el enfoque del modelo biopsicosocial.

Esta clasificación se centró en las personas, en sus capacidades y en la función social de complementar las limitaciones del individuo para optimizar su autonomía. Esta forma de valorar tanto las capacidades como las limitaciones ha sido especialmente importante también en las personas con trastornos mentales, ya que precisan eliminar el estigma social y el acompañamiento en un verdadero proceso de adaptación de itinerarios personales, sociales y laborales conforme a sus necesidades (Lastra y Martínez, 2004).

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

El campo del psicólogo de la salud es muy prometedor y muy atractivo pero es importante señalar que la psicología de la salud no debe concebirse sin tener en cuenta las aportaciones de la psicología clínica. La psicología de la salud, constituye una línea innovadora cuyos antecedentes se encuentran en la relevancia que tiene la conducta de las personas. Numerosos comportamientos sociales y personales tienen correlación con la salud y con las enfermedades, interviniendo en la prevención de problemáticas, en la aparición y en los tratamientos. Cuando la psicología comprendió que las actitudes, las ideas, las conductas de las personas constituyen variables que favorecen o desfavorecen los estados de salud y el éxito de los tratamientos, el campo del psicólogo se amplió y se potenció, facilitando la comprensión de la importancia que tienen los hábitos cotidianos, las rutinas, las adicciones, las actitudes. Se sabe que cuando el psicólogo interviene y es capaz de transmitir todo esto a la persona con problemas de salud mental, consigue que esta tome las riendas de su vida, se informe, reconozca y ponga los remedios conductuales necesarios para su mayor bienestar y un mejor estado de salud.

LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Centrada en la promoción de la salud, la psicología positiva es un paradigma de reflexión teórica y metodológica en psicología que propone estudiar las dimensiones positivas o salúgenicas del comportamiento humano

45 AÑOS DE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

(Mariñelarena-Dondeña y Gancego, 2011). Siendo Martin Seligman presidente de la Asociación de Psicólogos Americanos (APA, en su discurso inaugural habló de la importancia que tenía la psicología positiva, cuyos antecedentes hay que buscarlos en los pensadores de modelos humanistas, tales como Maslow, Erickson, Alport, Rogers, Fromm, Buhler o Laing entre otros. Seligman en los primeros días del año 2000, coordinó y editó un número especial de la revista *American Psychologist* reuniendo artículos científicos relacionados con la felicidad, la motivación intrínseca, y el desarrollo humano óptimo .

La psicología positiva engloba sus ideas en un corpus teórico que básicamente incluye conceptos tales como fortalezas y virtudes humanas, se centra en aquellos aspectos de la condición humana que buscan la prosperidad, la felicidad y la completud de la personas, Seligman (2000 y 2005).

A MODO DE CONCLUSIONES

En este trabajo se ha intentado plasmar algunos de los grandes hitos que han posibilitado los enormes avances que ha dado la psicología en nuestro País. La psicología, hoy en día, es una profesión con relevancia, estatus y un peso muy importante en la sociedad. Los progresos se han debido principalmente, al buen hacer de los psicólogos, a la colaboración de otras ciencias afines y a las demandas sociales. Existen indicadores que lo demuestran y, aun a expensas de quedarnos muy cortos, podemos nombrar, por p.e., la amplia variedad de trabajos propios de nuestra disciplina; la increíble mejora formativa en los planes de estudio de nuestra profesión; los nuevos retos investigadores que la psicología se propone; el aumento del número de revistas científicas sobre psicología clínica y de la salud; el aumento de universidades públicas impartiendo la titulación de psicología (Hace ya unos cursos que en la Universidad de Burgos se imparte este grado oficial y un máster en ciencias de la salud) todo ello constituye un reconocimiento clarísimo de los avances conseguidos, una lanza imparable que manifiesta la gran importancia que tiene para la sociedad y la salud el mundo de la psicología.

Es preciso reconocer que los avances deben seguir produciéndose. Solo por nombrar algunos que estamos esperando, citamos al CERMI, que considera necesario: -un mayor número de psicólogos clínicos y de la salud en el ámbito público (6 por cada 100.000 habitantes son muy pocos, en nuestro entorno europeo el número es mucho mayor); -que el psicólogo se establezca también en la atención primaria (1 de cada 4 pacientes de atención primaria acuden a estos servicios por problemas de salud mental, -ansiedad y estados deprimidos mayoritariamente-); y -Mayor implicación del psicólogo clínico en temáticas que no acaban de zanjarse, tales como la salud mental y las mujeres discapacitadas; la violencia de género y su alto impacto social, la violencia vicaria; las barreras invisibles; el estigma; los asistentes personales para las personas con trastornos mentales, etc.

Sigue siendo necesario que la psicología siga avanzando junto a las personas hacia una sociedad mejor, sabiendo que una buena salud mental es fundamental para desarrollar los proyectos de vida y para disfrutar de los derechos humanos, CerMI (2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (2022). *Manual diagnóstico y estadístico d los trastornos mentales. DSM-5 TR*. texto revisado. Ed. Panamericana.
- Angosto Saura, T. (1990). El sistema P.I.R. como especialidad en Psicología Clínica (reflexiones). *Papeles del Psicólogo* V. 43, 41-42.
- Carpintero, H. (1996). *Historia de la ideas psicológicas*. Madrid. Pirámide.
- Casado, D. (1991): *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona: Colección INTRESS.
- CERMI (2024). *Derechos humanos y discapacidad. Informe España 23*. Colección Convención, ONU. Grupo editorial Cinca.
- Fernández Molina, M.N. (2003). *La psicología clínica en España*. Tesis doctoral bajo la dir. del Dr. Heliodoro Carpintero. ISBN: 84-669-2368-3.

- García Alonso, M.I. (2006). Evolución del concepto de discapacidad a través de los paradigmas de atención de las últimas décadas. El papel de las familias. En *Orientación familiar. Familias afectadas por enfermedad o discapacidad*. Universidad de Brugges. Congresos y cursos, n 39, 89-96.
- García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico, *Revista de teoría, historia y fundamentos de la ciencia*, V. 34, (3), 441-460.
- González Ordi, H. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: Entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, V. 19, (1), 121-129.
- Guy, G. (1991): La Atención basada en la comunidad: ¿desinstitucionalización o transinstitucionalización?. *Siglo Cero*, 133, 42-47.
- Jefatura de Estado (1985). Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del *Derecho a la Educación*. BOE 159, de 04/07/1985. Ref. BOE-A-1985-12978. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/03/8/con>
- Jefatura del Estado (1982). Ley 13/1982, de 7 de abril, de *integración social de los minusválidos*. Publicado BOE de 30 de Abril de 1982.
- Jefatura de Estado (1986). *Ley General de Sanidad*. BOE núm. 102, de 29/04/1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/>
- Lastra, I. y Martínez Chamorro, M.J. (2004). Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación. *Informaciones psiquiátricas*, 175, 19.
- Mariñelarena-Dondeña, L. y Gancego, M. (2011). La psicología positiva. Su primera década del desarrollo. *Revista científica de psicología, Ciencias sociales, humanidades y ciencias de la salud*, V.2, 67-77.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1982). Orden de 9 de septiembre, por la que se regula la *composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial*. BOE nº221 de 15 de septiembre, 24894-23304 [https://www.boe.es/eli/es/o/1982/09/09/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1982/09/09/(1))
- Ministerio de la Presidencia (1998). Real Decreto 2490 de 20 de noviembre por el que se *crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica*, PIR. BOE 288, de 2 de diciembre, 39538-39542. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, (1983). *Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. BOE 196, de 17 de agosto, p. 22596. [https://www.boe.es/eli/es/o/1983/07/27/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1983/07/27/(2))
- Monteagudo Soto, M.J. y Chisvert Tarazona, M.J. (1997). El Instituto Nacional de psicología aplicada y psicotecnia a través de la revista *Psicología General y Aplicada* durante la década de los 60: un análisis de contenido. *Historia de la Psicología*, V. 18, (1 y 2), 205- 214.
- OMS (2001). *Clasificación Internacional de la Discapacidad y los Estados de Salud*. CIF. Madrid: Imerso.
- Ozcoidi Val, M. y Serra y Jubal, J. (2001). Instituto de psicología aplicada y psicotecnia de Huesca. *Historia de la psicología* V. 22, (3-4), 457-463.
- Pérez, Alvarez, M.; Fernández Rodríguez, C.; Amigo Vázquez, I y; Fernández Hermida, JR . (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, II, III*. Pirámide.
- Puig de Bellacasa, R. (1987): *Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad*. En D. Casado y cols. (1987): *Discapacidad e información*, (53-66). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía. Serie Documentos Nº. 14.
- Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes e Instituto Nacional de Educación Especial (1979). *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid: Real Patronato de Educación y Atención al Deficiente.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M.E.P.; Steen, T. A.; Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(10), 874-884. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>

