

**Orden de 10 de Octubre de 1985,
de la Consejería de Agricultura
por la que se determina la tempora-
da de recolección de trufas ne-
gras de invierno dentro del terri-
torio de la Comunidad Autónoma
de Castilla-La Mancha.**

El Decreto 1.688/72 de 15 de junio, en su artículo segundo, apartado 1, dispone que la temporada de recolección de las trufas negras de invierno es la comprendida entre el 1 de diciembre y el 15 de marzo siguiente. Sin embargo, el apartado 2 del citado artículo faculta al Ministerio de Agricultura para modificar las fechas de recolección a propuesta del Instituto nacional para la Conservación de la Naturaleza.

Por Real Decreto 1676/84 de 8 de febrero (B.O.E. núm. 225 de 19 de septiembre de 1984) sobre traspaso de funciones y servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, se transfiere a esta Comunidad entre otras funciones "El desarrollo de la legislación básica sobre montes, aprovechamientos forestales y vías pecuarias, en lo que se refiere a protección de la Naturaleza".

En su virtud, a propuesta de la Dirección General de Estructuras Agrarias, tengo a bien disponer:

Primero.—La temporada de recolección de trufas negras de invierno en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, queda fijada entre el 15 de Noviembre y el 15 de Marzo del siguiente año.

Segundo.—En ningún caso podrán desenterrarse trufas que no hayan alcanzado un grado de madurez suficiente.

Dado en Toledo, a diez de octubre de mil novecientos ochenta y cinco.—El Consejero de Agricultura.—Fdo.: FERNANDO LOPEZ CARRASCO.

Sanidad, Bienestar Social y Trabajo

**Orden de 15-X-85 por la que se
crea la guía de unidades infanto-
juvenil de atención a la salud
mental.**

Por Decreto 53/1985 de 16 de abril de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo se reorganizan los Centros de Diagnóstico y Orienta-

ción Terapéutica en unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil.

Es necesario la creación de una Guía de Unidades Infanto-Juveniles de atención a la Salud Mental, cuya actuación debe entenderse desde una doble perspectiva:

a) Como un subsistema dentro del sistema general de Atención a la Salud; en el sentido en que la O.M.S. define la salud "como el estado de bienestar físico, psíquico y social". Desde esta perspectiva la Administración Pública debe hacer un esfuerzo para que la vertiente psíquica de la salud se contemple en todas las actividades de promoción, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, contrarrestando la tendencia permanente a separar "lo somático", "lo psíquico" y "lo social".

b) Como una actuación sanitaria especializada, llevada a cabo por profesionales especializados en este área, que actúan preferentemente sobre la vertiente psíquica, siempre desde la perspectiva globalizadora mencionada en el punto anterior.

Es obvio que ambos enfoques tienen elementos comunes y superpuestos que aquí se separarán sólo para alcanzar una mayor claridad expositiva.

Su acción se desarrollará en las líneas de la atención comunitaria, lo que supone la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada, para tratar de alcanzar el máximo de Salud Mental de sus integrantes.

Esta actuación global de la comunidad en beneficio de su propia salud mental, delimita unos campos de acción específicos para los equipos especializados en Salud Mental comunitaria, reservando otros para distintos agentes de salud (dispositivos de atención primaria de salud, de bienestar social, pedagógicos, etc.) incluyendo acciones directas de los propios usuarios del Servicio de Salud, como pueden ser los grupos de auto ayuda. Pero igualmente este concepto de acción comunitaria exige de los equipos especializados el que su actuación se produzca lo más cercana posible, y en la más estrecha relación posible, con el ciudadano a cuyo servicio están.

Existe una continua situación dialéctica entre ambas líneas de actuación (la especialización y la acción en la comunidad) que exigirá soluciones distintas en cada momento y lugar, procurando siempre delimitar al máximo las funciones y competencias de cada equipo en busca del mayor grado de operatividad.

Artículo 1º.—Definición.

El equipo de salud mental comunitario es el conjunto de técnicos de las distintas áreas de salud mental, que, asumiendo la asistencia psiquiátrica global de un área de población, actúan coordinadamente para la consecución de un ob-

jetivo común, la salud mental, empleando para ello los distintos métodos y técnicas que la especialización de sus miembros supone.

Artículo 2º.-Características

Las características que definen este equipo son:

a) Ser único en cada área territorial determinada aunque en ocasiones se encuentre formado por diferentes subequipos (territoriales o funcionales). En este caso es necesaria una estructura superior de integración y coordinación para todos los subequipos, de manera que su actividad esté siempre dirigida hacia unos objetivos comunes y concretos claramente definidos.

b) Ser multi e interdisciplinado:

-Multidisciplinario por la existencia de múltiples factores en el desarrollo de la salud mental y en la aparición y tratamiento de la enfermedad.

-Interdisciplinario: lo que permite superar la clásica separación entre profesionales, la tradicional relación interpersonal médico-enfermo. En este sentido los roles tradicionales tienden a desaparecer y a ser sustituidos por otros más delimitados en lo técnico puramente. Únicamente en lo más específicamente técnico no puede haber invasión de rol.

c) Mantener una continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso terapéutico, una vez que el paciente entre en la red especializada y hasta que pase de nuevo, si lo necesita, a la red de Atención Primaria.

Artículo 3º.-Composición

a) Se considerará como equipo mínimo el formado por:

- Un médico psiquiatra.
- Un psicólogo clínico.
- Un A.T.S o Diplomado en Enfermería.
- Un Asistente Social.
- Un Administrativo.

b) Todo el personal ha de estar suficientemente capacitado para la atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil. Cuando esto no ocurra la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo habilitará las medidas necesarias para el reciclaje y formación de dichos profesionales.

c) Considerando la demanda media de servicios especializados en 11 primeras consultas/año por 1.000 habitantes infantiles y juveniles, el equipo mínimo atenderá a una población de 40.000 habitantes de 0 a 17 años.

Cuando la población a atender sea superior a la cifra indicada y/o cuando un aumento cualitati-

vo o cuantitativo de la morbilidad así lo indique se aumentará el equipo mínimo con la adscripción de nuevos profesionales. En el segundo supuesto se adscribirá un profesional más por cada 9.000 habitantes infanto juveniles que supere a la cifra fijada por el equipo mínimo.

d) En el caso de nuevas adscripciones, el equipo propondrá la categoría profesional de la nueva persona o personas a contratar. Dicha propuesta, con el informe preceptivo del Delegado Provincial, será elevado al Director General de Salud Pública.

e) Cuando el equipo considere necesario efectuar actuaciones específicas, que no pueden ser asumidas por los profesionales del mismo se procederá igual que en el artículo 3. apartado d), siempre que no exista personal cualificado en otras instituciones que actúen en el área. De existir estos profesionales se procederá previamente a intentar coordinarse con estas Instituciones y sólo si esto no fuera posible se propondría la contratación de personal propio.

f) Los índices de números de profesionales/1.000 habitantes serán revisados anualmente de acuerdo a los datos epidemiológicos remitidos en la memoria anual a la Dirección General de Salud Pública para establecer las correcciones oportunas.

Artículo 4º.-Ámbito de Actuación.

Las presentes Unidades extenderán su ámbito de actuación a la población con edad inferior a 18 años del área geográfica que tengan asignadas.

Artículo 5º.-Locales:

Cada Unidad dispondrá, en la cabecera del Área Sanitaria que se le asigne de un local que cuente, como mínimo, con:

- a) Tres despachos polivalentes.
- b) Una sala para reuniones y terapias de grupo.
- c) Una sala de espera.

Artículo 6º.-Material:

Dispondrá del material necesario de pruebas psicológicas que contendrán, como mínimo, lo especificado en el Anexo I.

Pudiendo ser completado con otras de acuerdo a las apreciaciones del equipo.

Igualmente dispondrá del material de juegos necesario, tanto para las sesiones de juego como las de psicoterapia. Este, por su diversidad no puede ser definido, ni aún como mínimos, y tendrá que definirlo el equipo en cada caso.

Dispondrá igualmente del material de oficina y equipamiento necesario para el desarrollo de sus actividades.

Artículo 7º.—Transporte:

Siendo esencial el trabajo en la Comunidad, la Unidad dispondrá de un vehículo para sus desplazamientos. En su defecto se estará a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de desplazamientos.

Artículo 8º.—Funciones de la Unidad:

8.1.—Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

a) Indirecta a través de otros agentes de salud:

Equipos de Atención Primaria de Salud, servicios de Bienestar Social y pedagógicos, fundamentalmente. Esta actuación es de máxima importancia y se le debe prestar una gran atención dentro de las actividades del Equipo, entendiendo que, como tal grupo especializado, su acción sólo será suficientemente eficaz si consigue el elemento multiplicador que supone la sensibilización y capacitación de los agentes de salud de primera línea en acciones de promoción de salud mental y prevención de la enfermedad.

Un apartado diferenciado es el de la prevención de las drogodependencias. En esta área la Unidad infanto-juvenil, y en especial aquellos profesionales de la misma que puedan dedicarse más intensamente al área juvenil, deben establecer actuaciones preventivas en estrecha coordinación con la Unidad de atención a las drogodependencias del equipo de salud mental comunitaria del que forman parte, desde esta concepción global de un único equipo de salud mental, que cubre un área de población determinada, y cuyos miembros se agrupan en unidades específicas para tareas determinadas. Los aspectos específicos de tratamiento de las drogodependencias, aún en sujetos comprendidos en las edades que cubre las unidades infanto-juveniles, deben ser responsabilidad de las unidades especializadas en atención a las drogodependencias salvo casos excepcionales que puedan asumir las unidades infanto-juveniles.

b) Actividades directas sobre la población.

De escasa intensidad en cuanto a actividades específicas como charlas, etc., pero de una gran importancia sobre las personas que acuden a la Unidad, con las que, junto al tratamiento propiamente dicho, hay que efectuar actividades de promoción y prevención.

8.2.—Actividades curativas y rehabilitadoras:

a) Indirectas:

A través de los equipos de atención primaria de salud quienes deben estar capacitados para asumir el tratamiento de una gran parte de estos casos. Las Unidades infanto-juveniles de atención a la salud mental intervendrán facilitando el reciclaje de los equipos de atención primaria y desarrollando un sistema de interconsultas con los mismos que facilite su actuación. Por ello es

indispensable el desplazamiento periódico de estos profesionales especializados en salud mental a las Zonas Básicas de Salud, así como la realización de programas de actividades formativas.

b) Directas:

Cuando la complejidad de los casos excedan las capacidades técnicas de los Equipos de Atención Primaria. En este sentido, y de forma progresiva, hay que tender a que todos los pacientes que sean atendidos por este nivel especializado vengán remitidos por los Equipos de Atención Primaria no aceptando, más que en casos excepcionales, la demanda directa del paciente o su familia a los profesionales de la unidad.

8.3.—Actividades Formativas:

a) Del propio Equipo:

—Intercambio de información entre los propios miembros de equipo: charlas, coloquios, sesiones clínicas.

—Intercambio de información con otros profesionales implicados en la atención a la salud infanto-juvenil.

—Asistencia a cursos, symposium, etc.

b) Del equipo sobre otros agentes de salud:

El equipo, a través de las interconsultas periódicas y los programas de formación continuada para agentes de salud de primera línea, debe colaborar para que estos profesionales adquieran una cada vez más completa capacitación en este área. Estos programas han de ser lo más descentralizados posible y llevados a cabo por los propios profesionales del equipo en el área sanitaria que le corresponda, sin menoscabo del apoyo que se pueda efectuar desde los niveles centrales.

8.4.—Actividades Epidemiológicas:

Efectuarán la toma, ordenación y evaluación de los datos correspondientes, a su actividad especializada y al área geográfica asignada. Para ello actuarán en coordinación y con el asesoramiento técnico de los epidemiólogos de las Delegaciones Provinciales. El propio equipo debe utilizar estos datos para la autoevaluación de su propia actividad, independientemente del uso posterior que se haga de los mismos por parte de la Delegación Provincial correspondiente y de la Dirección General de Salud Pública, para facilitar el análisis de datos tanto a nivel Provincial como Regional, la Dirección General de Salud Pública procederá a elaborar una ficha de registro de pacientes así como protocolos epidemiológicos unificados para todas las Unidades.

8.5.—Actividades de Investigación:

a) Propias del equipo:

Enfocados fundamentalmente a la investigación básica dentro del área sanitaria que le corresponda desde la perspectiva de la salud pública. Estos estudios serán propuestos a la Dirección General de Salud Pública para:

-Unificación de criterios con otros estudios similares que se puedan estar realizando en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

-Posible financiación de los mismos.

-Apoyo metodológico y logístico desde el servicio de Documentación y Bibliografía de la Dirección General de Salud Pública si fuese necesario.

b) Estudios Multicéntricos:

Participarán en trabajos de investigación que se realicen coordinada y simultáneamente en la Región y/o en el País.

Artículo 9º.-Organización de Actividades.

9.1.-Encuadre General:

a) Reuniones de equipo:

Son el eje sobre el que pivota toda la estructura de las Unidades. Su frecuencia debe ser definida por el propio equipo, pero nunca debe ser inferior a una semanal.

En ella ha de tratarse tanto los aspectos generales de coordinación, organización y autoevaluación del trabajo, como aspectos eminentemente clínicos para el abordaje multi e interdisciplinario de las actividades a desarrollar.

Es igualmente en ellos donde se desarrollarán las actividades de trasvase de información técnica de unos miembros del equipo a otros.

Estas reuniones deben aportar un suficiente intercambio de opiniones e información que permita a todos los miembros del equipo desarrollar sus actividades de forma coherente con los objetivos generales.

b) Actividad Programada:

El equipo debe proceder a programar su actividad teniendo en cuenta la coordinación con los restantes elementos especializados de atención a la salud mental (unidad de atención a adultos, a drogodependientes, etc) con quienes formará el equipo de atención a la salud mental del área sanitaria que se le encomiende.

En las actuaciones puramente asistenciales la programación del trabajo debe permitir la adecuada atención a los pacientes en el menor tiempo posible y con la colaboración de todos los elementos del equipo. Es función de ellos programar las citas, sesiones de terapia, etc, de manera que se aproveche al máximo el tiempo disponible y el potencial terapéutico de todos los miembros del equipo. Igualmente han de pro-

gramar su actividad para poder atender inmediatamente las urgencias que se presenten, valorando como urgencias no sólo aspectos eminentemente clínicos sino también otros de tipo social tales como (largos desplazamientos del paciente para ser atendido). En esta actuación de asistencia programada resulta fundamental llevar a la práctica lo especificado en el artículo 8.2.b.

En las actuaciones no directamente asistenciales (programación, prevención, formación e investigación), el equipo, siguiendo las instrucciones de la Dirección General de Salud Pública, elaborará anualmente los programas a desarrollar. Estos programas serán autorizados por el Jefe de Área de Salud provincial correspondiente, siempre que cumplan las instrucciones marcadas por la Dirección General de Salud Pública.

9.2.-Distribución temporal de las actividades:

La Unidad distribuirá su tiempo de trabajo de acuerdo a los siguientes baremos:

a) Promoción, prevención y apoyo a agentes de salud y bienestar social, 25%.

-Acción directa sobre población, 5%.

-Acción indirecta a través de otros agentes, 20%

b) Actividad terapéutica, 35%.

-Programada, 25%.

-De urgencia, 5%.

-Pruebas complementarias diagnósticos, 5%.

c) Actividades de formación, 10%.

d) Reuniones de equipo, 15%.

e) Otras actividades, 15%.

Epidemiología, funciones administrativas, redacción de memoria, etc.

Estos baremos podrán flexibilizarse por el jefe de Área de Salud correspondiente, a petición del equipo o cuando el propio Jefe de Área estime que es necesario para un mejor funcionamiento del mismo.

Anualmente la Dirección General de Salud Pública estudiará las posibles modificaciones a establecer en estos baremos de acuerdo a las experiencias de los equipos en el año anterior, expresados en la memoria resumen anual.

9.3.-Indicadores del rendimiento:

El equipo debe de poder llevar adelante los programas que anualmente se han fijado y han sido aprobados por el Jefe de Área de Salud correspondiente siempre que cumplan las instruc-

ciones marcadas por la Dirección General de Salud Pública con la distribución temporal de actividades expresada en el punto 9.2.

Dentro de estos programas se contemplarán actividades no directamente terapéuticas y actividades directamente terapéuticas. En las actividades directamente terapéuticas se considera que un equipo mínimo a pleno rendimiento está en condiciones de efectuar: 428 primeras consultas/año, y 2.572 revisiones y/o sesiones de psicoterapia/año. Utilizando un promedio de 1 hora para las primeras consultas y 45 minutos para las siguientes, considerando que cada primera consulta genera un promedio de 6 consultas subsiguientes.

Estas cifras son orientativas pudiendo aumentar la cobertura al introducir técnicas psicoterapéuticas de grupo con el ahorro de tiempo que ello supone sin disminuir su potencialidad terapéutica.

Con independencia de la remisión de los datos epidemiológicos (con la frecuencia que decida la Dirección General de Salud Pública), cada Unidad elaborará un informe trimestral sobre el desarrollo de los programas que está llevando a cabo, en el que se incluirá:

—Nº de primeras consultas.

—Nº de revisiones y/o sesiones de psicoterapia que remitirá al Jefe de Área de Salud correspondiente.

Con estos informes, más los datos complementarios que se consideren pertinentes, se elaborará una memoria anual que se remitirá al Jefe de Área de Salud. Este, junto con el Delegado Provincial, harán una evaluación de la misma remitiendo ambos documentos a la Dirección General de Salud Pública, para su estudio y las pertinentes adaptaciones de esta guía a los datos recabados.

9.4.—Distribución de funciones:

Dentro de las actividades de un equipo comunitario de Salud Mental pueden distinguirse tres tipos de funciones, de acuerdo a la cualificación profesional de sus componentes.

9.4.1.—Funciones en las que salvo circunstancias excepcionales han de intervenir todos los miembros del equipo de forma simultánea o secuencial:

a) Planificación:

—Determinación de objetivos.

—Determinación de programas.

—Evaluación epidemiológica, análisis de demanda y recursos necesarios para atenderla.

b) Autoevaluación actividad del equipo.

c) Evaluación de los pacientes que son remitidos a la Unidad:

—Diagnóstico.

—Indicación terapéutica.

—Indicación del o los profesionales que han de llevar a cabo el tratamiento.

d) Todas aquellas otras que el equipo considere necesarias para su funcionamiento.

9.4.2.—Funciones propias:

Son aquellas específicas de la formación técnica de cada persona, y determinadas en el artículo 10.

9.4.3.—Funciones preferentes:

Son aquellas que pueden asumir varios profesionales del equipo pero que, salvo circunstancias especiales (que el propio equipo debe valorar) deben ser asumidas por los miembros del equipo con una determinada cualificación profesional, que se especifican en el artículo 10.

9.4.4.—Funciones que pueden asumir indistintamente cualquier miembro del equipo:

Estas funciones engloban todas las no mencionadas específicamente en los apartados anteriores. No deben ser confundidas con las definidas en el punto 9.4.1. Aquí se trata de aquellas funciones que individualmente pueden efectuar cualquier miembro del equipo.

Artículo 10.—Funciones de los miembros del Equipo.

10.1.—Médico Psiquiatra:

10.1.1.—Son funciones propias:

a) Coordinar las actuaciones del equipo, tomando las decisiones urgentes que sean necesarias, mediando entre los otros miembros y tomando las decisiones finales cuando no se pueda llegar a un consenso entre todos, asumiendo en estos casos, (siempre que no se produzca colisión con su responsabilidad como médico) la opinión de la mayoría.

En el caso de existir en el equipo más de un médico psiquiatra, sólo uno asumirá esta función de coordinador.

El coordinador en caso de ausencia podrá delegar sus funciones en otro médico psiquiatra o si no existiese en él, en uno de los psicólogos de la Unidad. Para ello deberá ser autorizado por el Jefe de Área Provincial correspondiente.

b) Supervisar la coordinación de la Unidad con los distintos dispositivos y agentes de salud existentes en su área de actuación con otros exteriores a ella.

c) La indicación y control de los tratamientos farmacológicos.

10.1.2.—Son funciones preferentes:

a) Los tratamientos psicoterapéuticos.

b) La interconsulta con los equipos de Atención Primaria y otros agentes de salud.

10.2.—Psicólogo clínico

10.2.1.—Son funciones propias:

a) Evaluar los estudios psicológicos que el Equipo considere oportuno. Efectuar directamente las pruebas que por su complejidad así la exijan y supervisar aquellos que no sean realizados por él directamente.

10.2.2.—Son funciones preferentes:

a) Los tratamientos psicoterapéuticos.

b) La interconsulta con los Equipos de Atención Primaria y otros agentes de salud.

10.3.—A.T.S. o Diplomado en Enfermería

10.3.1.—Son funciones propias:

a) La administración de tratamientos psicofarmacológicos o la supervisión de dicha aplicación, cuando ésta pueda ser efectuada por personal auxiliar de enfermería, así como las restantes funciones propias de los A.T.S. básicos o Diplomados en Enfermería no especializados.

b) La valoración inicial de los usuarios que acuden por primera vez a la Unidad, lo que incluye:

—Toma de los datos personales y clínicos que el Equipo haya establecido para esta primera toma de contacto.

—Valoración de la urgencia del tratamiento y remisión del paciente al profesional correspondiente si fuera necesario.

—Derivación de los usuarios que no corresponda atender en esta Unidad al dispositivo competente.

c) Primera orientación a su nivel profesional a los familiares sobre la situación del paciente y pautas a seguir hasta ser atendido por él o los terapeutas correspondientes.

10.3.2.—Son funciones preferentes:

a) La coordinación con los Equipos de Atención Primaria de salud y con los profesionales implicados en los programas del niño, adolescente y mujer del Área.

b) Actividades específicas de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad.

c) Será el responsable de la toma de datos

epidemiológicos de la Unidad, así como de aquellos otros que se consideren necesarios para estudiar los niveles de rendimiento y eficacia.

d) Efectuar las actuaciones psicoterapéuticas que encomiende el equipo con la supervisión técnica del psiquiatra o psicólogo.

10.4.—Asistentes Sociales

10.4.1.—Son funciones propias:

a) La actuación especializada sobre los factores sociales que incidan en la patología de los pacientes tratados.

b) La valoración inicial de los usuarios que acudan por primera vez a la Unidad, en términos similares a los especificados para el A.T.S., desde su formación como trabajador social.

10.4.2.—Son funciones preferentes:

a) La coordinación con los equipos pedagógicos y de Bienestar Social del área.

b) Actividades específicas de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad especialmente en los aspectos sociales y familiares de la misma.

c) Será la responsable de la toma de datos sociales del área que complementen los recogidos por el A.T.S.

d) Efectuar las actuaciones psicoterapéuticas que le encomiende el equipo con la supervisión técnica del psiquiatra o psicólogo.

10.5.—Administrativo.

10.5.1.—Son funciones propias:

a) Fijar fecha y hora de consulta.

b) Pasar a máquina los trabajos o anotaciones clínicas que el equipo le encomiende.

c) La cobertura administrativa del proceso de funcionamiento y coordinación de la Unidad.

10.5.2.—Son funciones preferentes:

a) Rellenar las fichas de seguimiento de los usuarios que acuden a la Unidad y mantener en orden el fichero.

b) Mantener en orden el fichero de historias clínicas.

c) Colaborar con el A.T.S. y la Asistente Social en la ordenación de los datos epidemiológicos y sociológicos del área.

10.6.—Ausencias

En caso de ausencia justificada de cualquiera de los profesionales de la Unidad, el coordinador establecerá las medidas oportunas para el

normal desarrollo de las funciones de la misma de acuerdo a los principios de esta guía.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA

Los equipos actuales de las Unidades atenderán inicialmente, como mínimo, la demanda existente en la población de menos de 14 años del área geográfica que tengan asignada.

Aquellas Unidades que dispongan de personal suficiente, de acuerdo a los baremos explicitados en la presente orden, atenderán también a la población comprendida entre los 14 y 18 años (esto es hasta el cumplimiento de los 18 años). De acuerdo a la demanda, característica de la misma, número de persona, etc., podrán organizarse en un único equipo o dividirse en dos grupos funcionales (uno para atender el área infantil y otro al juvenil), debiendo en el segundo caso mantenerse adecuadamente coordinados. Tanto una como otra solución deberán ser propuestas por el equipo y autorizadas por el Jefe de Área de Salud Provincial.

SEGUNDA

El ámbito geográfico de actuación de cada Unidad será delimitado por la Dirección General de Salud Pública. Este ámbito se adaptará a los acuerdos de coordinación que se vayan realizando o a cualquier otra circunstancia especial.

Toda la ordenación queda supeditada a la ordenación general del territorio a la que deberán adaptarse estas Unidades de acuerdo a los principios generales, expuestos en la introducción.

DISPOSICION FINAL

La presente orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Dado en Toledo a quince de Octubre de mil novecientos ochenta y cinco.- El Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.- Fdo.: JUAN JOSE DE LA CAMARA MARTINEZ.

ANEXO I

PRUEBAS PSICOLOGICAS MINIMAS NECESARIAS

a) Para 0-14 años:

- Escala de Desarrollo de Gessell
- Escala de madurez mental de Columbia. CMMS
- Test de matrices Progresivas RAVEN (Escala Especial)

-Escala de Inteligencia Terman-Merrill

-Test de Inteligencia Infantil figura humana GOODENOUGH.

-Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria WPPSI.

-Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC.

-Test de Apercepción Infantil CAT (CAT-A y CAT-H)

-Patte Noire

-Fábulas de Luisa Düss

-Psicodiagnóstico de RORSCHACH

-Test Z de Zulliger

-Test giestático Visomotor (L. BENDER)

-Inventario de adaptación de conducta (12 años en adelante) de Cordero

-E.P.G.-J. cuestionario de personalidad (8-15 años) de Eysenck.

-Escala de Inteligencia Sensorio-Motriz de Piaget.

-Test de Esquema Corporal

b) Para 14-17 años:

-Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC (hasta 15 años)

-Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos WAIS (de 15 años en adelante).

-Test de matrices progresivas de RAVEN

-Escala de Inteligencia de Terman-Merrill

-Tolerancia a la frustración de ROSENWEIG

-Dibujo de árbol de KOCH

C.E.P. Cuestionario de personalidad para adultos Pinillos.

-Psicométricos:

-Inventario Multifásico de personalidades MMPI.

-Test de factores primarios de Cattell 16 PF.

-Proyectivos:

-Test de Apercepción Temática TAT.

-Psicodiagnóstico de RORSCHACH.

-Test Z de Zulliger.