

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DOCTORES Y LICENCIADOS  
EN FILOSOFIA Y LETRAS Y EN CIENCIAS DEL DISTRITO  
UNIVERSITARIO DE MADRID

Madrid, 13 de Septiembre de 1.976

Estimado compañero:

Como acordamos en la última Reunión Estatal, os enviamos algunos documentos de interés con respecto al área de la Psicología Clínica, los documentos son:

- 1.- Bases legales de la asistencia al enfermo mental.
- 2.- Posibilidades de organización de la asistencia psiquiátrica en España.
- 3.- Post Graduate Clinical Conference.
- 4.- Department of Health and Social Security Consultation Document.
- 5.- El futuro de la Psicología Clínica.
- 6.- La función del psicólogo en los servicios de salud mental.
- 7.- Estructura de los servicios de salud mental en el Reino Unido.
- 8.- Delincuencia juvenil (O.M.S.)
- 9.- Relación de centros de Diagnóstico y Orientación terapéutica (Psiquiatría Infantil).

Un saludo,



PRICA MELLIC

POSIBILIDADES DE ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA.

SITUACION ACTUAL.

1.- MORBILIDAD. La morbilidad de las enfermedades mentales, según estadísticas y criterios generalmente aceptados y difundidos por la O.M.S., es la que se indica:

	<u>‰</u>	<u>Prevalencia</u>	<u>Tendencia</u>
Enfermedades mentales graves	1	350.000	Estable
Deficientes mentales	1	350.000	Ascendente
Epilépticos	1	350.000	Estable
Alcohólicos	2,5	650.000	Ascendente
Dependencia de otras drogas	0,1	35.000	Ascendente

Consultas médicas con componente psíquico predominante. El 30%

Consultas médicas con componente psíquico secundario. El 20%.

Y además habrá que tener en cuenta también la morbilidad (lesiones) por accidentes debida habitualmente a factores psicofísicos y que generalmente figuran como causa predominante, tanto en los accidentes de tráfico, como en los laborales, así como en algunos homicidios y agresiones.

## ESTUDIO CRITICO DE LA MORBILIDAD DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

En términos absolutos los dos millones de enfermos que requieren atención especializada y la cantidad total no cifrable que significa que el 50% de todas las consultas ambulatorias tengan un componente psíquico predominante o secundario hablan por sí mismas.

Debe destacarse la prevalencia del alcoholismo, 850.000, con una mortalidad de 1% bien directamente -delirium tremens- o indirectamente -cirrosis hepática-, y la tendencia ascendente de la dependencia de otras drogas.

Si se relaciona la morbilidad psiquiátrica con la asistencia sanitaria que se le presta, el juicio ha de ser francamente negativo. En efecto, ante el problema se ha respondido con unas simples medidas custodiales del enfermo mental alejadas de una actitud no ya terapéutica sino simplemente humana. Faltan acciones preventivas específicas de diagnóstico precoz, de tratamiento ambulatorio, de integración social del enfermo.

## LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

En el siguiente cuadro se contempla la situación de los no socomios psiquiátricos en nuestro país:

### HOSPITALES PSIQUIATRICOS

<u>Dirección General</u> <u>de Sanidad</u>	<u>Número</u>	<u>Nº Camas</u>	<u>T.O.</u>
	7	2.289	77,71
Mº Justicia	1	198	31,61
Diputación	37	23.592	91,40
Municipios	2	174	105,40
Iglesia	20	11.385	93,47
Particular	50	5.219	76,49
<b>TOTALES</b>	117	42.858	91

A estas cifras hay que sumar 2.997 camas de Hospitales Generales destinadas a Psiquiatría.

### INDICES FUNCIONALES

Nº de ingresos .....	74.937	(incluye camas de H. Generales)
Nº de estancias .....	15.218.550	
Nº consultas externas .....	309.972	
Rotación enfermo/cama .....	1,28	
Personal/cama .....	0,30	

Otros datos: 34 Hospitales tienen más de 500 camas  
14 " " " 1.000 "  
50 " " menos de 100 camas

24.784 camas tienen más de 50 años.

El 25% de las camas están ocupadas por subnormales.

## ESTUDIO CRITICO

El análisis de los datos disponibles sobre Hospitales Psiquiátricos permite obtener las siguientes conclusiones críticas:

El índice de camas psiquiátricas por 1,000 h. es de 1,23, lo que resulta algo insuficiente. Pero la insuficiencia real es mucho mayor debido al escaso dinamismo de estos Centros, que viene reflejado por su bajo índice de rotación enfermo/cama, que es de 1,28. Se calcula que solo el 25% de las camas rotan en los Centros más dinámicos.

Es decir, en general los Hospitales Psiquiátricos están llenos (91% de ocupación), cerrados en sí mismos, atascados de enfermos crónicos y subnormales, y adoptan el funcionamiento propio de los asilos. El personal se ha adaptado a estas circunstancias.

Por otra parte, un gran número (34) son maxihospitales completamente deshumanizados. Y 50 son minihospitales de escaso rendimiento; aunque hay que señalar que en general éstos pertenecen al sector privado. Y más de la mitad de las camas fueron construídas antes de 1920, situándose muchas de ellas en zonas extraurbanas por lo que resulta completamente inútiles para una asistencia psiquiátrica comunitaria.

Todo ello es consecuencia del rechazo tradicional del enfermo mental por parte de la sociedad, que ha querido resolver el problema a través de un sistema custodial extrasocial de asistencia, que todavía pervive. A lo cual contribuye, en gran parte, la escasa formación psicológica y psiquiátrica de las profesiones sanitarias que sostienen, una situación de segregación asistencial con respecto al resto de la asistencia médica, siendo muy escasos los Hospitales Generales, que cuentan con Servicios Psiquiátricos.

La situación se cierra por la ausencia de canales de salida especialmente de Centros de empleo protegido, de residencias para enfermos mentales, de colonias agrícolas y por la inexistencia de Centros de precara y de postcara (Dispensarios, Hospitales de Día, Hospitales de noche, etc.) que puedan encargarse de la asistencia ambulatoria, que naturalmente es la que presenta mayor demanda.

Finalmente es necesario mencionar el problema que plantean los enfermos ingresados por orden judicial, que no podrán salir hasta que se les certifique su "curación".

## LOS SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS

Los Servicios extrahospitalarios son muy insignificantes, fragmentados e incoordinados. Existen consultas ambulatorias en la S.S. (pocas, con poco personal y con poco tiempo de dedicación) y dispensarios diversos en hospitales o Jefaturas de Sanidad. No hay apenas Centros intermedios (hospitales de día, centros psicosociales etc.). De esta manera la asistencia precoz- que es fundamental- está insuficientemente dotada cuantitativa y cualitativamente. Es por esto que los pacientes acuden a los Centros asistenciales cuando el problema se hace dramático y el internamiento es la única solución viable.

Practicamente no existen un dispositivo rehabilitador ni en los hospitales ni extrahospitalario.

No existe una programación nacional de acción sanitaria para satisfacer necesidades de salud mental. En algunas provincias- hay intentos valiosos no plenamente satisfactorios.

## COMPETENCIA

No hay ningún Organismo que tenga atribuida la competencia y la responsabilidad de la asistencia psiquiátrica de la población.

Las Instituciones que vienen impartiendo asistencia en régimen de internamiento en el sector público lo hacen con carácter benéfico-asistencial. Este carácter ha contribuido bastante a deteriorar las instituciones de internamiento y a la marginación con respecto a otras Instituciones o redes sanitarias.

Joe Carter

3

POST GRADUATE CLINICAL CONFERENCE

NEWSLETTER

CHRISTMAS 1974

CONTENTS

Editorial . . . . .	page 1
Current Issues . . . . .	page 2
All Our Future . . . . .	page 3
The Secretary . . . . .	page 5.
Problems of Training . . . . .	page 6
Correspondence and the Like . . . . .	page 9

Editor: Richard J. Adams,  
 Psychology Department,  
 Harperbury Hospital,  
 Harper Lane,  
 Shenley,  
 Radlett, Herts.,  
 WD7 9HQ

Tel: Radlett 4861/6 Ext. 32.

Chairman:  
 Bernard Kat,  
 Psychology Dept.,  
 Springfield Hospital,  
 Manchester 8.  
 Tel: 061-740-4501

Secretary:  
 Malcolm Adams,  
 25 Leazes Terrace,  
 Newcastle-upon-Tyne,  
 NE1 4LY



## EDITORIAL

### The Good Things in Life.....

Messrs. Sellers and Yeatman, in their book "1066 and All That", found that any historical event could be readily classified as either a Good Thing or a Bad Thing. The same system ~~may~~ be conveniently applied to this history of the BPS Diploma in Clinical Psychology. Now it seems to be unanimously agreed that the existence of a Diploma per se is a Good Thing. The initial syllabus was most definitely a Bad Thing, and was duly replaced by the present one, which is generally considered to be a fairly Good Thing. However, argument raged lengthily over the conditions of entry for the Diploma, and the lack of explicit criteria was with the passage of time, increasingly felt to be a Bad Thing. Accordingly, a new set of regulations was drafted, making the requirements much more explicit. The initial response to the draft regulations implied that they were considered to be a Good Thing, but recently opinions have been voiced to the effect that flexibility is much more of a Good Thing than knowing what you're supposed to do. The old regulations were flexible, certainly - so flexible, in fact, that some people's employers and supervisors felt that no training at all was fine: after all, they could still just about scrape into the Diploma.

The PGCC put a lot of effort into getting the regulations changed, for the very reason that people were either not being trained, or worse, were being put on the rack because of their supervisors' lack of interest and foresight. While it is clear that the proposed regulations have certain faults, we must remain aware that close contact with the DCP and the Board of Examiners is necessary if we want to bring about change. Open condemnation of the new regulations may lead to a degree of alienation, and thus retard progress: the regulations will be a welcome salvation to many trainees and we cannot afford to forget that even though we may wish to press for further revisions.

### Acknowledgements

The Editor's wish is becoming fact: this issue is almost over-subscribed. It's very gratifying to have so many contributions flowing in. The Newsletter is beginning to fulfil its true function rather than providing an outlet for the Editor's megalomania (see Editorial, Christmas 1972). This is the fourth issue: the way things are coming in, it looks like four per year at least, are going to be necessary to meet the flood. If this goes on, the Editorial chair will have to become a salaried post in the BPS.

- 2 -

## CURRENT ISSUES

### 1. Conditions of Training

You are probably aware that Dr. John Teasdale has been working on a document for the Clinical Division, setting out minimum conditions for in-service training. This is still in draft form, and is therefore not published here, but its broad aims are to specify standards for supervision, placements, study leave, academic teaching, etc. It was circulated to Regional reps for discussion, and in general the response was favourable. (see also Correspondence).

### 2. Clinical Training

Many words have been bandied around on the subject of psychotherapy/clinical skill training. Unfortunately most of the words have been at best ill-defined and at worst incomprehensible. However, the training committee in South Wales have been looking toward the practical business of training in these skills, and a document was circulated in that region in May this year, discussing such training in quite specific terms. It is not possible to reproduce the paper here, but it was good to see something concrete happening in this field.

### 3. BPS Diploma Regulations

The new regulations have been published.

### 4. When You Apply for the Diploma...

Bernard Kat has prepared some notes advising prospective candidates about the problems that have been encountered in entering for the BPS Diploma. Even if you are 18 months away from the exam, it is worth writing to him for a copy so that you can be prepared and not make the same mistakes as some of your predecessors (e.g. the editor). Bernard's address is on the front page.

### 5. BPS Diploma Booklist

Dr. Gordon Claridge has been revising the Diploma booklist, and the PGCC was invited to make suggestions. As well as suggesting a considerable number of specific books, the following general suggestions were made:

1. More emphasis on journal articles
2. More books dealing with therapy and therapeutic procedures.
3. The concept of "essential" items should be reviewed, and perhaps replaced by some indication of the quality and scope of books, in order to facilitate a realistic choice among alternatives.
4. Rearrangement under subject headings to facilitate selection of topics.

### 6. Perennial Problems

Correspondence has been continuing on the subject of supervision, availability of tuition, etc., and there are still plenty of probationers

3  
getting a raw deal. If you're in a spot, write to Bernard or Malcolm or even Richard. Nobody has any answers, but history has a way of repeating itself and we may be able to make some suggestions. In any case, the more horror stories come to light, the sooner will deficiencies be eliminated.

### ALL OUR FUTURE

The report of the Trethowan Committee, if it is implemented by the D.H.S.S. will set the pattern of Clinical Psychology for many years to come. Since whatever is going to happen will start happening in less than six months, on April 1st next year, it is important that everyone should inform themselves about what is going on. Many probationers and trainees are not members of the Division of Clinical Psychology or even the B.P.S.; they are at a considerable disadvantage because that is the main channel through which the profession has expressed its wishes about reorganisation and through which information is disseminated.

At the time of writing (early October) the Trethowan Committee hasn't reported. However, for those who got lost when reading the B.P.S. Memorandum to the Committee or those who have never read it, I thought it would be useful to bring together all the points which directly affect us. In particular, the B.P.S. proposed various committees which we as trainees, should be represented.

Most psychologists work in hospitals at present. So far as hospitals are concerned, the change is:-

D.H.S.S.	)	(	D.H.S.S.
Regional Hospital Board	)	will (	Regional Health Authority
Hospital Management Comm.	)	become (	Area Health Authority
Hospital	)	(	District
			Hospital

If you don't know about the wider significance of this, you should find out since it is important.

Except for a number of people on M.Sc. courses who receive a grant from the Medical Research Council or a similar body, probationers are currently employed by Hospital Management Committees. The B.P.S. suggested that from April 1st probationers should be employed by Regional Health Authorities - "their training requirements transcend area boundaries."

However, qualified psychologist would be employed by Area Health Authority.

cont...

It was suggested that psychological services should be organised by Areas. The Area Psychological Service would be headed by a Director of Psychological Services (possibly each of these will be Top Grade jobs). For example there will be eleven Areas in the North Western R.M.A.; each Area will be composed of one or more Districts which will each serve a population of up to 250,000 people. It has been proposed that for each District jobs should be established for 2 Principals, 1 Senior and 1 Basic Grade. If this comes about, some 1,000 psychologists will be required throughout the country, twice as many as exist at present - and that is only to provide psychological services for a basic mental health team, not a comprehensive psychological service.

The only specific statements about the organisation of training refer to the appointment of a Clinical Psychology Tutor at each Regional Health Authority and the responsibility of the Regional Psychology Advisory Committee to advise the R.H.A. about training matters.

The Clinical Psychology Tutor's responsibilities "would be to co-ordinate postgraduate training in clinical psychology in his region to meet current professional requirements, to arrange continued educational facilities and refresher courses for trained clinical psychologists, to organise the teaching of psychology to other professions and to maintain liaison with University Departments. The Tutor would normally be a clinical psychologist practising within the region with sessions arranged for his work as tutor. In some cases this might be a full-time post." Postgraduate trainee psychologists could have their work supervised by the Clinical Psychology Tutor. (I wonder what this means).

There are two levels of Advisory Committee envisaged in the B.F.S. document and how trainees are represented on them is unclear.

"Each A.A. would have a professional advisory committee for clinical psychology. This advisory committee should include the Area's Director of Psychological Services and representatives of the main psychological specialities and/or Departments in the Area, and of postgraduate trainees in the Area, (comment: this is curious since the trainees will have been appointed at Regional level, but worth nothing). Research Psychologists' interests should also be represented on this committee. The Committee, like other professional advisory committees at A.A.A. level, would be the channel through which the collective advice of psychologists in the Area would be made available directly to their A.R.A."

The R.M.A. Psychology Advisory Committee "would advise the R.H.A. on matters such as postgraduate professional training including placement of trainees, establishments, deployment and forward planning of services between areas, and research functions. The committee should include the Clinical Psychology Tutor; Directors of Area Psychological Services and Chairmen of A.A.A. Psychology Advisory Committees within the region.

cont...

The Chairmen of this Committee might be designated Regional Adviser... Clinical Psychologists involved in University teaching of clinical psychology, whether to postgraduate training courses for clinical psychologists or others such as medical undergraduates and nurses, should be represented so that training arrangements made with the R.H.A. would be co-ordinated adequately with the psychological services for the region". (Comments it would appear that they forgot to mention representatives of the Region's trainees in that list). This committee would be responsible "along with others for the appointment of Directors of Area Psychological Services and Regional Clinical Psychology Tutors."

It is possible that a Regional Psychology Advisory Committee may set up a Standing Sub-Committee on Training, since it will not necessarily wish to concern itself with the details of course management. Since it is not entirely clear whether the Tutor will actually be responsible for the detailed planning and organisation of courses, one cannot really speculate what role such a sub-committee would play. However, there are some qualities which one might think about it having: - a formal constitution stating the membership and how this is to be determined. This might be no more than a record of the resolution setting the sub-committee up. But, for instance, if the number of trainees was unspecified this could lead to future misunderstanding or discontent. Whether the trainees on the sub-committee are there as representatives, delegates or individuals might also be considered.

- executive power: this means it has the power to take decisions and have them implemented. Whether this should be a characteristic of a sub-committee is a point to discuss. If the answer is Yes, this has the advantage that the trainees on the sub-committee not only contribute to decisions but are seen to be doing so. One would expect this to be good for morale and encourage confidence in the decisions taken.

- an emphasis on planning and deciding the content and methods of the course and associated matters like placements. Construing the effects of decisions on the local political scene can be fun but is usually time-consuming, sometimes offensive and often ultimately futile, at least so far as trainees are concerned.

This review is based on the BPS evidence to the Trotter Committee. A draft of the Committee's final report is expected soon. I understand that there is no guarantee that the DHSS will implement their recommendations.

Bernard Kat  
Chairman, PGCC.

THE SECRETARY

The secretary of any organisation is usually the unfortunate wretch who gets blamed because things haven't been done. For the last year, however, we have been served by a secretary who might almost be blamed because everything's been done. Tom Zadik has played a very significant part in revitalising the PGCC to the point where it gets asked for its views in a vast number of areas, and represents rather than observes. To say more would be to gild the lily: our most sincere thanks to Tom for his enormous and effective labours. Our very best wishes to Malcolm Adams for the next year: the mass of papers handed over to him was great indeed and I hope won't try to read too much of it.

The following is published in full, partly because a lot of work went into it, but mostly because it makes sense.

### PROBLEMS OF TRAINING (THE IN-SERVICE VARIETY)

The involvement of trainee clinical psychologists in the running of a well-organised training scheme is clearly desirable, but unfortunately even in the "Newsletter" there has been little discussion of what actually is involved in the organisation of a scheme from the trainees' viewpoint. Considering also that the PGCC is alleged to be working out ideas of "ideal training" the lack of public discussion should be remedied, and so unashamedly I present my views on the subject. The motivation to formulate these ideas originally came from the desire to offer some suggestions to the training committee in South Wales. The ideas are from my discussion with other trainees in South Wales and from comments made in reply to a letter I sent to PGCC representatives on training schemes (See "Newsletter", Spring 1973).

To begin with it would seem important to see any scheme as being the result of the interaction of three important elements:

1. The trainees
2. The formal teaching
3. The supervisors.

An early failing of some schemes is for it to be conceived of as just the first two; clearly, however, any training must be seen as a 5-day affair.

#### 1. The Trainees

Obviously there should be a rational form of selection and intake onto any scheme. Unfortunately however this does not seem to take place in some areas where trainees are employed by separate hospitals and at different times of the year. This prevents the formation of group cohesion amongst the trainees which tends to work against morale. Hopefully the various branches of the DCP will be seeking to alleviate this problem within the context of NHS reorganisation.

When trainees are taken onto a course it should be made very explicit as to the exact nature of their appointment. In some cases difficulties have arisen where late in his training a trainee has been told he will be expected to leave after three years even though this was not written into the original contract. Much of this problem appears to centre on the anomalous situation of the Whitley Council title of "Basic Grade (Probationary Period)". This is clearly a legacy from the "Apprenticeship" approach to training in clinical psychology. If the new pattern of training is to be maintained, pressure should be brought to bear via the union to have the position of the training grade and its relation to Basic Grade clarified.

#### 2. The Formal Teaching

Within this context there are two problems: how to prepare trainees to pass the Diploma exam and how to make them competent clinicians. Unfortunately, these are not necessarily the same thing. (perhaps we can look forward to some protracted correspondence on this issue in the columns of the Newsletter). There does seem to have been a tendency for the formal teaching to be very heavily biased toward the dispensing of pure academic knowledge;



this may be one of the casual factors of low morale amongst trainees.

One way to tackle this problem is to attempt to make a large part of the formal teaching operate within a "clinical seminar" framework in which both case discussion and the theoretical issues are combined. This should allow trainees to bring their own experience to bear on any theoretical discussion; this is particularly important as "treatment" now occupies a substantial proportion of psychologists' time and effort.

### 3. The Supervisors

All the replies I received to my letter dealt emotionally and at length with the inadequacies of supervision. It is however quite difficult to actually conceptualise the problems faced with supervision because of the difficulties in specifying what is entailed in it. Dr. John Teasdale has at the request of the DCP's Training Subcommittee circulated a draft document outlining minimum conditions of adequate in-service training; although this is useful at no point does it attempt to define what clinical supervision actually is. The following "ideal type" model would appear to cover the major points:

- A. The supervisor should display and instruct in the necessary skills in any area.
- B. The supervisor should select appropriate tasks for the trainee.
- C. The supervisor should monitor the trainee on these tasks.
- D. The supervisor should be available to allow the trainee to discuss any problems that might arise following self-monitoring.

These steps should of course be seen in the context of personal as well as professional growth. As training proceeds the earlier steps become less important until hopefully one is left with the last step developing into a professional relationship between colleagues that is essential throughout one's career.

Following from this model one can easily see the ways in which supervision can and does break down. Beginning with step A. If the trainee is unaware of the skills related to any problem then he undoubtedly will approach the problem in an unconfident manner. This aspect is clearly important early in training so that "presentation-of-the-self-in-clinical-settings" skills can develop. This step must presuppose that the supervisor has knowledge of the necessary skills and this may not be the case.

With step B there are two separate issues. Firstly there is the crucial question of the "appropriateness" of the tasks, which returns us to the well-known issue of THE ROLE. Some supervisors may see themselves as performing a different role to the one accepted by most psychologists and so the trainee will be set tasks which conform with the "deviant" role. It would seem absolutely essential that the training scheme and the supervisors are in agreement about the role. Trainees become very frustrated and later disinterested when they are introduced to skills which they will not have the opportunity to develop on their placements.

The second problem with step B is the supervisor not setting tasks at all and leaving the trainee to fend for himself. A common occurrence associated with this problem is the trainee disagreeing about the appropriateness of a task which has been requested by others and finding that the supervisor's indifference leaves him without support. The feelings of social exposure and isolation are very frequent amongst trainees.

Step C points to the fact that as with any person in training a trainee clinical psychologist needs feedback on his performance. In itself, clinical psychology faces a problem in that the situation in which it operates offers minimal feedback, therefore it becomes all the more necessary for a trainee to receive some from his supervisor.

A breakdown of step D occurs when the supervisor is not present (be it mental or physical presence). This point is covered in John Teasdale's document.

With all these potential problems there is a need for supervising Seniors to become an integral part of the training scheme. A first step to guarantee this would be for all Seniors to specify what the placement he supervises has to offer, what is the best method to obtain the benefit of the placement and how supervision is to be planned. This would have the effect of firstly making Seniors a little more reflective as to what they actually do and it would make public their own conception of supervision. It has the added advantage of setting expectations for the trainee to which he can refer if they are not met. The fact that most trainees are forced to go to a placement with ill-defined expectations is often the root of much

Another useful strategy is to try to get every supervising senior to give several clinical seminars. The advantage of seniors meeting trainees as a group should not be underestimated and seniors may also become motivated to keep abreast of new developments. The refusal of a senior to take part in the scheme at a formal level should clearly be seen as a refusal to supervise at all.

The three component parts of any training scheme obviously need to be linked together and this is best done by a Course Tutor who should be responsible for the organising of the teaching and setting of the placements. He should be someone who can facilitate useful interaction between components of the course and should have the ability to act as a therapeutic agent among trainees. Even if no formal appointment exists, trainees should press for one individual to be nominated with whom they can discuss training problems.

Many of the points I have raised may seem rather obvious to most, but I am always surprised by a general lack of appreciation by our senior colleagues as to what it actually feels like to be on a training scheme. In these circumstances a statement of the obvious is never misplaced. As Bernard Kat stated in the Summer 1973 Newsletter, it may be that everyone is thinking along the same lines although there is so little intercommunication. The PGCC will have much more to offer if it clarifies what the consensus about training is amongst trainees. Hopefully many of the issues I have touched on will be taken up by others and I am sure the editor of the Newsletter will welcome correspondence on any point. (He will! - Ed.)

Eddy Street,  
All Saints Hospital, (formerly at Cefn Coed Hospital, Swansea)  
Birmingham.

As well as comments from trainees, the views of senior psychologists, course organisers, etc. will be welcomed and published - Editor.

.....



CORRESPONDENCE AND THE LIKE...

The following has been happening in the S.W. Metropolitan Region (items of local interest *only* have been edited out).

Minutes of meeting held at Bexley Hospital on 6th Sept 1973 (Editorial apologies for being vastly out of date)

Psychotherapy Training

Bias. A number of orientations are wanted. Perhaps four over two years. Specifically mentioned were Interpersonal/group and Analytic, Rogerian, Personal Construct and Gestalt. Amount dependent on availability. Concurrent groups? with geographical splits!

Assessment of Supervision in Placements

a) "Evaluation of clinical progress report" (sounds intriguing? - Ed.) was discussed. Maudsley students have their own method of rating supervision. J. agreed to organise one for us - to be partly based on "ECPR".

Third Year Training

a) B. doesn't like being dumped over the side whilst still having trainee status. b) What is training about - the Diploma or clinical competence? Desire not to split the two as has apparently happened in some regions. c) Clinical skills should dominate third year training. Trainee-organised seminars seem a good deal. Also group discussion of research topics and designs.

Changes in BPS Diploma Regulations

a) Changes strongly disapproved of due to reduction in flexibility and consequent lack of room for specialisation of even a minimal nature. Four placements of six months with research work as well leaves little change out of three years. Agreed that experience in all areas suggested was desirable but not in such big and our opinion unrealistic doses. Too much uniformity! b) Paediatric services are scarce commodities. May also be problems finding sufficiently supervised subnormality placements.

Centralisation

Passing of hospital-based trainees regretted by some as it reduced flexibility and "attentive training".

Housing

Why not more hospital accommodation? Is essential for success of rotation. In some institutions psychologists are not mentioned on accommodation priority lists.

Moving Expenses

Time and money. May be a union matter.

Cars

Essential in many hospital groups and for regional courses. Social service trainees get low interest loans etc. Again may be union affair.

Richard Pemberton. (S.E. Met Regional rep.)

Particular concern is felt in this region about the revised Diploma regulations. At the time of going to press, these have been published. Views will be appreciated - Editor.

From East Anglia...

Child and Family Psychiatry,  
2, Brookside,  
Cambridge CB2 1JE.

Dear Mr. Kat,

The probationers in Cambridge and Peterborough discussed the prepared alternatives to the Diploma regulations and John Teasdale's suggested requirements. The following points were raised:-

1. In relation to the Diploma regulations:

- (a) It was felt that there seemed to be a disparity between the requirements for people undertaking their training on a full-time as opposed to a part-time basis. This disparity seems apparent in the number of days spent working in different fields and also in the specification that the part-time probationers should work in "one relevant area rather than the previous three". In addition it is not clear what sorts of work this "other area" may include, e.g. does work in psycho-geriatrics count as adult psychiatry or not? Depending on this definition the requirement may be totally unrealistic as the areas in which supervision is available in most districts is limited.
- (b) The terms "work in adult psychiatry" and particularly "work with children" were regarded as rather blanket ones. Work with children can cover different areas, educational, psychiatric, neurological, etc., and recognition of the fact that a person may wish to undertake extra work in one of these areas.
- (c) It would be helpful if some indication were given as to what is meant by "other relevant fields".

2. In relation to John Teasdale's requirements:

- (a) The term "general medicine and surgery" (3.2) needs further explanation. Demand for experience in this area seems somewhat unrealistic as little supervision is available in it.
- (b) The term "same work setting" in 2.3 is very ambiguous, e.g. it could mean hospital or ward and in large hospitals wards may be very disparate.

I feel that some of the paragraphs included in John Teasdale's document are requirements and others recommendations, e.g. 4.1, 4.3. I think that the Board of Examiners should set out minimum requirements but also publish recommendations which would be of use to probationers in improving their conditions.

It is not clear to whom John Teasdale's minimum requirements apply. Many are irrelevant as requirements for sitting the Diploma. Are they designed as requirements for a post to be called a training post, or are they to be requirements for the employment of a probationer?

Yours sincerely,

(Mrs) E. J. Nuers.

I know editors don't usually write to themselves, but I thought it would be an idea to describe the training scheme which has developed in the N.W. Metropolitan region over the last two years. I am no longer part of it, and it is now one term in of its second two-year run.

The scheme originally covered formal lectures only, and is organised by a senior psychologist in the role of honorary course tutor. Negotiations are in progress to establish the tutorial post as a part-time, regionally financed principal psychologist appointment. The content of the lectures was based on a content analysis of the BPS Diploma syllabus, and instead of asking local senior psychologists to mug up topics they weren't interested in, lecturers were engaged from Teaching hospitals, London University, and other institutions. The teaching was thus of a high academic standard but it was quite difficult to relate much of the content to the clinical work. The trainees included requests for more clinical seminars in their reports to the training committee but the proportion of such sessions was not increased, and it is likely that this problem will recur since having a large number of different lecturers gives one a slightly schizoid response after a while. Apart from this difficulty the course was well-organised, including travelling expenses and a library of basic necessary texts.

The training scheme has now been extended to include more centralised monitoring of placements - these were previously arranged by individual departments and clashes were beginning to occur over one or two of the more desirable placements - more money, and 3 regionally-financed trainees (who remain hospital-based, however). The future of the scheme is potentially very good, since there are a number of specialist hospitals in the region and close links with academic institutions. However there seems to be some political wrangling going on at the present time - the exact nature of this is not clear to me, being an outsider - and the trainees have undertaken the organisation of the next series of lectures. While the participation of trainees in the design and organisation of training is highly desirable, such participation should ideally be (a) to obtain maximum benefit from training and (b) genuine co-working, not simple division of labour. It is hoped that the present difficulties will soon be resolved and the full potential of the region realised effectively.

Ricard Adams,  
Harperbury Hospital.

.....

The editor will be delighted to receive contributions about anything - the Newsletter depends on you, and I'm glad to say that you are responding, but it's not yet what one might call over-subscribed. This is your paper - it exists primarily for you to inflict your views on everyone else.

7 March, 1974.

4  
THE ROLE OF PSYCHOLOGY SERVICES - BASIC PRINCIPLES

1. It is clear from the evidence we have received that psychology has an increasingly important contribution to make in many fields of health care. There can be no once for all definition of the particular role of psychologists in the health services which, like that of all other professions, is the subject of a continuous evolutionary process. The general direction of this process is nevertheless apparent. From a beginning in which a limited number of psychologists functioned primarily as teachers whose skills were employed in response to specific medical requests, the profession has developed its own distinctive approach for applying the body of knowledge developed in the discipline of psychology generally to the particular problems of patients in the health services, in a way which can complement and inform the perspectives of other professions.
2. Not only has the range of patients assessed by psychologists greatly broadened; in addition an increasingly important element of their work has been directly concerned with therapy and its evaluation. This has involved both the application of psychological knowledge to the evaluation of care and treatment generally, and the development and practice of new forms of treatment and rehabilitation.
3. The contribution of psychology in the fields of mental illness and mental handicap is now well established. It has been strongly argued, also, that psychology has much to offer in a wide range of other fields of health care and, assuming a sufficient expansion of the numbers of the profession, this is a view to pursue.
4. The question of how the further development of psychology in the interests of the service can best be encouraged is not a question only of function, training or formal organisation; it inevitably involves judgement about the nature of the relationships between psychologists, members of the other professions involved, and patients. We recognise that it is only at the operational level, and among individual members of the various professions, that such matters can be settled. We hope nevertheless that our suggestions will be of some help in pointing the way to a structure in which co-operating relationships can exist for the benefit of the service generally.
5. Psychologists have demonstrated that they have a distinctive contribution to make to the National Health Service and in our view their full potential will only be realised if their independent professional status is fully recognised - as increasingly it now is. The implication of this is that psychology should not be regarded as an adjunct of any other profession, and that psychologists should be recognised as constituting a separate and independent group having specific skills to contribute to patient care as well as to other professional groups.
6. The interests of patients clearly come first. A decision to use a psychological procedure cannot be taken without reference to the patient's overall condition and to the possible need for medical forms of intervention either concurrently or as an alternative. If one of the cardinal principles for determining the place of psychology in the health services is the need for the degree of independence which allows the professions full contribution cannot be realised, another is that any referral of a patient to a psychologist must also involve a doctor who can take responsibility for the full and proper consideration of the patient's medical needs.



7. In underlining the importance of this we do not wish to imply any undue formality, or any rigid demarcation of functions, in the relationships between psychologists and their colleagues in other professions. On the contrary, in a service which increasingly rests on the principle of multidisciplinary teamwork, it is only by participation as members of a team that any profession can play a fully effective part. In the context of such a team, with close working relationships between the members of the different professions, there should be no question of an absolute handover of responsibility for the patient from one member of the team to another. It will be natural to regard the psychologist as the expert within the team on the appropriateness of using psychological assessments or procedures. Equally, if a need is identified for a particular procedure or programme which the psychologist is best equipped to apply, it seems to us right that he should be recognised as carrying the primary responsibility, within such limits as may be agreed with other members of the team, for that aspect of the patient's treatment and care.

8. We have already emphasised the importance of the patient's medical interests being properly safeguarded at the point where the initial need for psychological intervention is considered. The medical aspect of the patient's care is of course a continuing one which cannot be terminated or interrupted at the point where a psychological service is introduced. The multidisciplinary team again proves the mechanism for ensuring that there is at all times a medically qualified member with whom resides the medical responsibility for any patient. Thus there should be a division of responsibility within the team for the exercise of the skills peculiar to each profession, but a sharing of responsibility for the treatment and care of any individual patient.

9. It has been suggested in some of the evidence submitted to us that, given the degree of responsibility which psychologists may exercise in relation to the care of patients, they should be required to take out indemnity insurance. We have been advised that, in the event of a successful claim against a health authority on the grounds of negligence on the part of a psychologist, the authority is in theory entitled to seek a contribution from him. In practice, however, the policy of the Department is that an authority should not seek a contribution from its professional staff other than doctors. We do not, therefore, feel it necessary to recommend any general requirement that psychologists should insure themselves in this way. We are aware that at present some of them do so voluntarily and, of course, it is for the individual psychologist to consider the need for insurance against claims which might arise, say, from private practice.

#### PROPOSALS FOR THE ORGANISATION OF SERVICES

10. We have identified the need, as we see it, for psychology in the health services to have the status of an independent profession whose members are accountable within their own profession (and to their employing authority) for the way in which they exercise their professional skills. Psychologists are a scarce resource. While in many parts of the health services there are patients whose treatment might benefit from a greater degree of psychological involvement, to bring this about would require a substantial increase in the size of the profession. In the face of competing claims it is essential that the development of psychology services should be properly controlled, and in our view this calls for psychology in the health services to be organised as a distinct service, in which there is a defined point of responsibility for considering priorities as between different fields of work. Moreover a profession which is at the base of so small and scattered needs some organisational coherence if its members are not to become isolated. However the concept of a department of psychology presents some difficulties. The day-to-day work of health service psychologists takes place largely in the context of multidisciplinary teams concerned with particular clinical fields. At present the great majority of the profession are concerned with the fields of mental illness and mental handicap, but our deliberations, and the evidence submitted to us, have brought to light considerable scope for the development of psychology services in other fields.

notably physical handicap, child and adolescent health problems, neurology and neuro-surgery, general medicine, geriatrics and psychogeriatrics, and community medicine (including the field of general medical practice). A close working relationship is needed in these fields between psychologists and those who work in a wide range of medical specialities and other professions. The possible danger of remoteness from the operational needs of the service can only be obviated, we think, if a department of psychology is founded on a strong organisation in each of the individual fields and if lines of responsibility in the department do not conflict with the responsibilities of psychologists to their colleagues in the multidisciplinary teams.

11. We have also thought it right to consider at what level in the new National Health Service structure psychology services should be organised. For the majority of the health services with which psychology is associated the focus will be at District level and there would be obvious advantages if psychology could fit into this general pattern. Unfortunately the relatively small size of the profession for the time being rules this out as a general solution. The number of National Health Service districts is about 200 while, at the latest date for which figures are available, there were only 578 clinical psychologists employed in the service as a whole. We have therefore concluded that for the time being it is at the Area level that departments of psychology will need to be organised. In single District Areas the two levels will of course be identical, and in addition we see scope for some flexibility even in Areas with more than one District (see paragraph 19).

12. We have already stated as one of the basic principles for determining the internal organisation of a department of psychology that it should have a firm base in the individual fields in which psychologists work. At present the great majority of psychologists are working in the fields of mental illness and mental handicap, and in our view the first priority for an Area department given the present scarcity of numbers, should be the development of an adequate service in fields such as these where the profession is already relatively well-established. But if the numbers of psychologists increase steadily - as we think they should - there will be scope for the department to expand into new fields. In this situation we envisage that the Area department would be subdivided into a number of specialist sections corresponding to the different clinical fields (or groups of related fields) in which psychologists are working. One of the psychologists in each specialist section would have overall responsibility, under the head of the department, for the general development in the Area of that element of the service. In a fully developed Area department the specialist groupings of psychologists might be on something like the following pattern:

1. Physical Handicap: working in close liaison with Occupational and Educational Psychologists.
2. Mental Handicap: working in close liaison with Educational Psychologists.
3. Child Health: (child psychiatry and paediatrics) working in close liaison with Education Psychologists.
4. Neurological Sciences: (Neurology and Neurosurgery)
5. Mental Illness: (including forensic psychiatry)
6. Geriatrics and Psychogeriatrics.
7. Adolescent Services: (Adolescent Psychiatry, Round Homes etc.) working in close liaison with Educational and Occupational Psychologists.
8. Primary medical care



The above is only one possible pattern, and we would emphasise the need for flexibility and for local arrangements to take account of local needs. We have not included a section with specific responsibility for general medicine; this specialty may well be the responsibility of a particular section according to local circumstances. Ideally the head of each of these sections would be a psychologist at Principal level, but we realise that the manpower situation may, of course, make this difficult to achieve at first. Nevertheless we think it important that junior psychologists should not have to work in isolation and in our view a psychology service should not be developed in any field unless a psychologist of at least Senior grade is able to take charge of it. The establishment of a comprehensive psychology service on these lines should in our view be concentrated initially in teaching Areas, or other Areas with a well-established service, where it can make the maximum teaching and research contribution in the interests of the service as a whole.

13. The psychologist at the head of the Area department would have the major responsibility for its overall co-ordination and development and we would expect him to be regarded as the spokesman for the profession in the Area. It would be important in our view for him to retain a commitment to professional practice and we would expect the duties of the head of department to be combined with work in one or other specialised field. The Area Administrator should be expected to provide the supporting services required for the organisation of the department. Although the head of the department would have important responsibilities of a managerial nature we would not expect its members to have to account to him on matters of purely professional judgement; in our view this is ruled out both by the relative remoteness of the Area level from the clinical situation and by the responsibilities of the psychologists towards their colleagues in the various multi-disciplinary teams.

14. A structure of this kind should foster the close working relationship which is needed between psychologists and their colleagues in other health service disciplines. (In this connection we think it important also, that psychologists should have a place on those health care planning teams to which they can make a contribution.) But at the same time the existence of a department with broad responsibility for psychology services should encourage a wide exchange of ideas between psychologists working in different fields, should ensure their deployment in accordance with agreed overall priorities within the Area, and should ensure the availability of a varied range of training and career experience.

15. Although many psychologists are based at a variety of locations, such as mental handicap or mental illness hospitals, there should be a defined base for an Area department, preferably associated with a district general hospital. The building should include library facilities, laboratories, seminar rooms and space for secretaries, technicians and equipment. Some of the accommodation might be shared with an existing academic medical department or postgraduate centre. The existence of such a base should facilitate liaison with the educational psychologists from the local authorities and with the Department of Employment's Occupational Psychologists. It should serve as a meeting place for all concerned, including clinically trained research psychologists working in the health services. The existence of the department may provide scope for some centralisation of technical services and the establishment should include technicians and technical assistants.

16. With the development of local authority social services departments and of the services they provide for disadvantaged groups in the community there is a growing need for the involvement of clinical as well as other psychologists, particularly in relation to homes, hostels and day centres. With services organised at Area level it should not be difficult to arrange the provision of psychological advice to social service departments. This might be a specific responsibility of the head of one of the specialised groups of psychologists, perhaps the one concerned with mental illness services.

17. The suggestion has been made that Area Psychological Advisory Committees should be established to advise Area Health Authorities on the development of their psychology services, and we have considered this carefully. It seems to us that the existence of a department whose head is clearly recognised as the spokesman for the profession in the Area obviates the need for a statutory advisory structure. The head of the department should be answerable to the Area Team of Officers. It would be one of his responsibilities to make whatever arrangements were necessary for informing himself of the views of clinical psychologists in the Area, and to represent those views to the ATO as appropriate. He would also need to see that agreed channels of communication existed with educational and occupational psychologists. It is at the Regional level that we see a need for more formal advisory machinery, and we discuss this in paragraph 20.

18. Although we have recommended the Area level as the main focus of the psychology department, we think that in Areas with more than one District there would be some advantage in having a degree of less formal co-ordination at District level; possibly a psychologist of senior standing in the district could be given specific responsibility for this. Representation of local psychologists on Cogwheel Divisions, in particular the Division of Psychiatry and Division of Medicine would help to achieve interdisciplinary co-operation. The possible scale of such arrangements would however depend very much on the overall level of manpower and its deployment, and the geographical characteristics of the Area.

19. The pattern of organisation proposed here is the one which seems to us best on balance given present circumstances and present needs - though as we have pointed out, we would hope to see it applied flexibly with due account taken of local variations. As the service develops and expands, the scope for alternative arrangements may well increase.

#### FUNCTIONS AT THE REGIONAL LEVEL

20. Given the present scarcity of manpower we think there is a place for psychological advice to be available at the Regional level and for Regional Health Authorities to play some part in assessing priorities for the Region as a whole, and we agree with the view which has been put to us that a Regional Psychological Advisory Committee should be established for each Region and for Wales. Such a committee would also be in a position to advise on the setting up of any specialised psychological services which would cut across Area boundaries. It would, in addition, be able to advise on questions of training; this is clearly one of the keys to the future development of the service and we discuss in paragraph 27 below the part which we see the Region playing. Consideration should be given to the recognition of Regional Advisory Committees by the Secretary of State under Section 8(2) of the National Health Service Reorganisation Act 1973.

21. Apart from its general concern with the overall development and planning of the Service, we think the Regional Health Authority should play a specific part in the selection of psychologists to fill posts graded Principal Psychologist and above.

#### ADVICE AT THE NATIONAL LEVEL

22. We think there is a need for a recognised channel of communication whereby the views of psychologists on matters affecting the National Health Service as a whole can be made known to the Department of Health and Social Security, and we suggest that the Department should consider how this can best be arranged within the framework of the advisory machinery being developed for the National Health Service as a whole.



## REFERRAL OF PATIENTS

23. We have already discussed at some length the nature of the relationship between psychologists and the medical profession, and the existence of an ongoing medical responsibility for any patient who is receiving a psychological service. It will be clear, therefore, that within the National Health Service we see no place for the direct referral of patients to psychologists from non-medical sources unless a medical member of the team is also involved. Arrangements for cross-referrals between psychologists in different health fields, including educational psychologists and others working outside the National Health Service, should be agreed with the medical members of the respective teams. We have indicated that we see scope in the future for psychologists to work directly in the field of primary medical care and in such a situation the medical member of the team would, of course, be the patient's general practitioner.

## CAREER STRUCTURE

24. We have emphasised the importance of the managerial responsibilities which would be exercised by the head of an Area Department and we would clearly expect these to be reflected in the grading awarded to such posts. A number of witnesses have argued that the present career structure offers too little scope for advancement and that a new grade of Senior Principal should be established between the present Principal and Top Grades. It seems to us that there is a need for some form of recognition of work of particular merit at a number of levels above that of Principal and that the Whitley Council should be asked to consider the desirability of establishing a Senior Principal grade. We think it important, also, that psychologists should have the opportunity of attaining Top Grade or similar status on the grounds of outstanding work in a specialised field as distinct from managerial responsibility.

## TRAINING

25. In view of the importance of training to the future development of the service we think that its overall organisation should be a responsibility of the Regional Health Authority (and the Welsh Office in Wales) which would be advised for this purpose by a training sub-committee of the Regional Advisory Committee recommended in paragraph 20 above. We agree with the view put to us by the British Psychological Society and others that there might be merit in the appointment of a regional tutor responsible for arranging placements for trainee psychologists, in consultation with the heads of university-based courses and with individual Area departments of psychology. These duties should not involve a large amount of work but a psychologist appointed to them would need to have sufficient time allocated for the purpose.

26. We also agree with the view which has been expressed by several witnesses that all clinical psychologists should in future be required to obtain a formal qualification and that the present practice whereby some psychologists undergo in-service training not leading to a qualification should cease. The organisation of psychologists in an Area Department should eliminate the possibility of trainee psychologists spending the whole of their three years probation in one hospital under one Senior. It should in the main be possible to provide sufficient placements within an Area, though it may be necessary to use adjacent Areas as well, to enable students attached to a university-based course in clinical psychology or to a training scheme to have the variety of experience they will need in order to meet the university's requirements or to sit for the BPS Diploma in Clinical Psychology.

27. With Area departments it should also be possible to provide all staff with the opportunities of attending refresher courses, conferences, etc. without detriment to the service's needs. In addition a few psychologists - possibly at Senior grade - may benefit

from a longer period of secondment to a unit which could provide very specialised training; e.g. some form of behaviour therapy or psychotherapy. A few special units in England and Wales might be given one or two rotating posts to meet these advanced training needs.

#### RESEARCH

28. The field of research is one in which psychologists have an important contribution to make, often extending beyond the profession's own immediate fields of work. There should be opportunity for all psychologists working in the service to undertake research appropriate to their interests. In addition there is an important place for full-time research psychologists working within the clinical team appropriate to the context of their research. Some such posts might be university appointments while others might be funded by the Area or Regional Health Authority, but in any case all research workers should have some university backing.

#### TRAINING OF OTHER PROFESSIONS

29. We have received clear evidence of the contribution psychologists can make to the training of members of other professions in the health and social services and full account should be taken of this in the overall running of an Area service.

#### MENTAL HANDICAP

30. We have recommended that psychologists working in the field of mental handicap should, along with their colleagues in other sections of the service, form part of the Area-based department of psychology. We recognise that the contribution of psychologists in this field has in many ways developed its own distinctive characteristics, and we appreciate the force of the case which some of our witnesses have put forward for a separate psychological service for the mentally handicapped. Nevertheless we think that on balance the interests of this group will be best served if psychologists working with them can come together with their colleagues in a comprehensive area service and can benefit from the exchange of ideas which this should afford. We do not think that this should work in any way to the detriment of the service. The establishment of a Principal post concerned exclusively with mental handicap, and the opportunity of reaching still higher posts without leaving the mental handicap field, should ensure that career opportunities are satisfactory for those psychologists who have devoted themselves to the problems of mental handicap and wish to continue doing so. At the same time opportunities for cross-posting should enable mental handicap to benefit from a continuing inflow of new talent, and should enhance the range of career opportunities for those psychologists working with the mentally handicapped whose commitment to this particular service is less exclusive.

31. During the last few years there has been a general movement in the field of mental handicap towards greater emphasis on community services and it is becoming increasingly recognised the progress lies mainly in the area of education, training and socially-orientated support services. This suggests a somewhat diminishing role for health services, and in the long term some variation in the pattern of psychological services may be needed to provide for this.

#### SERVICES FOR CHILDREN

32. Our enquiries appear to have prompted a good deal of debate, within the psychology profession and elsewhere, about the kind of psychology services needed for children. Our primary interest lies with psychologists who have received a clinical training and are employed in a clinical setting, usually a hospital. The need for psychological help among children and their families far exceeds what could be provided from the resources of the health service. In addition, those who are professionally involved with children

and adolescents, such as teachers and social workers, may from time to time need ready access to a psychologist for advice and assistance and the normal practice has been for them to seek this from educational psychologists. It has been suggested to us by a number of witnesses that there could be advantage in establishing a new discipline of child psychology which would combine some of the existing attributes of the disciplines of clinical and educational psychology.

33. The development of these two separate disciplines within psychology is historical in origin and we have received evidence which argues that the continued distinction is artificial. Many educational psychologists believe, however, that their role demands an understanding of the school and classroom situation which can only be gained from practical teaching experience. It is also clear that educational psychologists will in future spend more time working in schools and other places where children, including those of pre-school age, gather together, and less time than at present in clinics. They will thus be involved increasingly with children generally, as well as with those who have educational or emotional difficulties, and with their teachers and families in an advisory and preventive role.

34. We have not therefore been able to reach a definite view about the desirability of establishing a new discipline of child psychology at the present time; this seems to us to be a matter to which the profession itself will need to give further thought. We are however convinced of the need for much closer liaison than at present between the health and education services to ensure the availability of a comprehensive service for all children who can benefit from it. It is important that both clinical and educational psychologists should fully understand the different expertise peculiar to each discipline and should be ready to accept that there has to be some overlapping of function. This will be apparent most clearly in work with pre-school children, with the mentally handicapped and in assessment centres where all handicapped children should now receive comprehensive examination. We think it necessary that professional skills, knowledge of individual children and familiarity with local conditions should be shared. Essentially this professional liaison depends on co-operation at the individual level; however, administrative arrangements for the work of both clinical and educational psychologists should be such that co-operation is encouraged and facilitated. This would be assisted if a representative of the local authority's educational psychologists came to sit as a member of the Area Psychological Advisory Committee. Moreover it is important that general practitioners and social workers who are involved with children should have close links with both clinical and educational psychologists and should be alert to the needs of children for help from either source.

EL FUTURO DE LA PSICOLOGIA CLINICA

H. J. EYSENCK and S. RACHMAN

Departamento de Psicología. Instituto de Psiquiatría. Universidad de Londres.

Salta a la vista en los números recientes del boletín y otras publicaciones que muchos psicólogos clínicos están emprendiendo una revalorización de su profesión, -de sus fines y modo de trabajo. Un debate sobre este tema sería bien acogido por todos y las sugerencias que van a continuación las hacemos con la esperanza de que sean de utilidad para el proceso de clarificación y redefinición. Los adelantos mas importantes que nos gustaría estimular son, primero una expansión a los campos no psiquiátricos de la sanidad, y en segundo lugar un cambio de énfasis del trabajo con casos individuales, al desarrollo y puesta en práctica de las técnicas de grupo.

1.- No se puede discutir con la historia. En gran parte la Psicología clínica, se ha desarrollado a la sombra de la psiquiatría, -algunos dirían que como una rama secundaria de esa materia. No cabe la menor duda de que esta relación fue mutuamente beneficiosa, a pesar de las innecesarias limitaciones que supuso para la psicología. Después de haber adquirido un conocimiento considerable sobre comportamiento anormal, sería absurdo que abandonáramos la aplicación de la psicología clínica a problemas psiquiátricos. Lo que nos gustaría proponer sería una expansión más allá de esta preocupación prácticamente exclusiva por los problemas psiquiátricos. Si se tiene en cuenta el hecho de que la psicología es el estudio del comportamiento y de la experiencia, no existe ya razón alguna para que la psicología aplicada, se limite al campo de las anormalidades psiquiátricas, ni tampoco existe ya un motivo satisfactorio para que los psicólogos clínicos eviten, o no hagan caso del enorme número de problemas de comportamiento que surgen en todos los aspectos de los servicios sanitarios. Algunas de estas nuevas posibilidades se tratan mas abajo, pero por el momento todo lo que se necesita es que



formulemos la pregunta: "¿Por qué la psiquiatría?"

2.- La necesidad de un cambio de énfasis de las técnicas individuales a las de grupo tiene su origen en la diversidad de problemas que habrá que atender y de la seguridad de que nunca tendremos el número suficiente de psicólogos clínicos capacitados para tratarlos, mientras retengamos nuestro método actual de concentrarnos en pacientes individuales. La imposibilidad de limitar el trabajo clínico a los pacientes individuales se hará cada vez mas evidente a medida que empiecen a ganar fuerza los adelantos descritos en el párrafo anterior. Una vez más esta sugerencia, ni insinúa, ni pide que se abandone el trabajo con casos individuales. Los psicólogos clínicos tienen mucho que contribuir a este nivel. Por lo sin embargo que un interés exclusivo en los pacientes individuales conducirá rápidamente a una situación poco realista en la que los psicólogos trabajan cada vez más para un número cada vez más reducido de personas, hasta que nos vemos reducidos a una proporción infinitesimal de la población en potencia.

Uno puede intentar ampliar nuestra contribución clínica de dos maneras evidentes. Primero podemos desarrollar procedimientos encaminados a suprimir o evitar el dolor y estos pueden enseñarse a varias personas al mismo tiempo. O, si vamos a continuar utilizando ejemplos psiquiátricos, la introducción de los sistemas de economía de fichas en las secciones psiquiátricas, geriátricas o MS. de los hospitales, nos permite modificar el comportamiento de hasta 40 o 50 personas dentro del mismo programa de dirección. Y segundo, otra manera corriente de que la contribución de los psicólogos clínicos pueda extenderse a una población mayor es por medio de la realización de la investigación relativa a la solución de problemas, cuyos frutos pueden pasarse a miembros de profesiones dependientes para que los administren a sus pacientes. Si por ejemplo los psicólogos clínicos fueran capaces de desarrollar hábitos perfeccionados de higiene dental entre los niños, estos hallazgos podrían pasar a los dentistas, los médicos escolares, el personal de hospitales, visitantes sanitarios, etc.

Si se aceptaran estas dos sugerencias, esto supondría una serie de cambios. La teoría de la psicología clínica tendría que ser ampliada para que la aplicación de la ciencia psicológica comprendiera los problemas de comportamiento que se presentan en personas psicológicamente normales con problemas médicos corrientes. Este cambio de orientación traería consigo muchas consecuencias prácticas, algunas de las cuales se apuntan aquí.

Primeramente, la formación y preparación de psicólogos clínicos tendría que ser alterada de manera que se les diera una educación clínica más general. También resultaría que solo una minoría de psicólogos clínicos continuarían trabajando en hospitales y clínicas psiquiátricas. La mayoría estarían empleados en hospitales, centros sociales, departamentos del servicio social y agencias afines. La práctica clínica actual, que se concentra en las evaluaciones psicométricas, asesoramiento, y modificación de anomalías del comportamiento tendría que tomar nuevas formas. La relativa importancia de las apreciaciones psicométricas disminuiría, mientras que el asesoramiento y las técnicas de modificación tendrían que extenderse más allá de la esfera de las anomalías de comportamiento. Dos tipos de cometido que serían cada vez más importantes son: el establecimiento de nuevos sistemas de dirección y cuidados dentro de los servicios sanitarios; un mayor énfasis en la evaluación de los servicios que se proporcionan; el desarrollo de psicólogos clínicos investigadores de conflictos que podrían ser llamados a cualquier parte del hospital o de los servicios sanitarios dondequiera que una dificultad de comportamiento esté resultando ser un obstáculo para la administración y buena acogida de tratamientos preventivos, que se necesita o se desea poner en práctica. La investigación que llevan a cabo los psicólogos clínicos, tendrá ciertamente que extender su radio de acción y hacer alarde de audacia para entrar en terrenos desconocidos. Quizás el primer paso, y también el más importante, sea cambiar nuestra opinión sobre lo que constituye un problema psicológico. Estamos convencidos de que el ~~mero~~ <sup>mero</sup> ~~nuevo~~ deambular durante unos meses por un hospital general, sacaría a la luz una profusión de problemas a investigar para cual-

quier psicólogo clínico.

Algunas de las posibles aplicaciones clínicas que vamos a mencionar nos las han contado colegas, o han sido el tema con el que se han dirigido a nosotros, o están todavía en la esfera de la especulación. Naturalmente la gama completa de problemas más indicados para los psicólogos clínicos solo surgirá cuando empecemos a extender nuestras actividades mas allá de la psiquiatría.

La acción y el significado de los placebos ha sido naturalmente investigada por los psicólogos dentro de un contexto psiquiátrico y por ésta razón no es un nuevo rumbo sino una extensión de nuestro trabajo. Poco resta decir sobre este tema, sólo que ya es hora de que los psicólogos clínicos estudien las reacciones del placebo de la manera que se presentan en todas las ramas de la medicina, y que como es de esperar, ofrecieran sugerencias prácticas. El tema del dolor es otro conocido ya por los psicólogos. Como probablemente es la mayor fuente de inquietud entre la gente que solicita asistencia en los servicios sanitarios, sería razonable que los psicólogos hicieran un esfuerzo mucho mayor en comprender la naturaleza del dolor y su modificación -y no solo dentro de un contexto psiquiátrico. Un problema relacionado con el anterior pero que es más específico se presenta en la práctica de la cirugía en donde tenemos mucho que aprender sobre como se puede preparar mejor a los pacientes antes de las operaciones y, todavía más interesante, como se los puede ayudar para que se restablezcan de una manera más rápida y satisfactoria.

Otros tres temas de los que, en mayor o menor grado, se han ocupado los psicólogos y a los que correspondería una mayor atención incluyen la orientación matrimonial, la terapia de la palabra y la asistencia dental. De ellas la terapia de la palabra ha sido la que ha recibido una mayor atención y es donde los psicólogos han hecho ya una aportación útil. No debería darse más el caso de que se dediquen a éste tipo de intervención terapéutica sólo dentro del contexto de una incapacidad o asignación psiquiátrica. Ahora que se han liberalizado las leyes en lo que respecta al divorcio, la necesidad de una mayor comprensión y habilidad clínica al tratar problemas

trimoniales es tanto más importante. Además la mayor parte de los problemas matrimoniales ni se remiten a las clínicas psiquiátricas ni de hecho se deberían remitir. La reciente y afortunada utilización de la "economía de fichas" para rehacer matrimonios deshechos es una interesante muestra de los que se podría hacer. De los problemas que plantea la asistencia dental, especialmente entre los jóvenes, se han ocupado desde hace tiempo dentistas y pedagogos, pero ha atraído a pocos psicólogos. Debería ser posible desarrollar técnicas perfeccionadas de enseñanza para crear en los niños hábitos higiénicos de cuidado y prevención. Además es muy probable que las técnicas de reducción del miedo jueguen un papel importante en la disminución y supresión de la ansiedad y la angustia que con frecuencia acompañan a los tratamientos dentales.

Bastante distintos son otros dos problemas que parecen necesitar de la ayuda de la psicología. Los médicos recetan píldoras y medicinas y consideran que sus obligaciones terminan aquí. Y sin embargo se sabe muy bien que muchos, sino la mayoría, de los pacientes de hecho no toman las medicinas como les han sido recetadas. Algunos toman mucho más de lo que debieran (partiendo, sin lugar a duda, de la base de que si un poco sienta bien, mucho sentará bastante mejor), otros no toman nada, y un tercer grupo toma las medicinas de una manera bastante irregular. Parece que no ha sido consultada la opinión de ningún psicólogo sobre la invención de métodos que ayuden a superar esta tendencia a no tomar en cuenta las instrucciones del médico, y sin embargo esto parecería a la vez importante y muy en línea con los métodos modernos de cambio de actitud. El otro problema tiene que ver con el control de la natalidad; aquí de nuevo los médicos recetan la pildora u otros métodos anticonceptivos, por razones médicas, sin tomar normalmente en cuenta importantes actitudes psicológicas que pueden hacer que una mujer no siga las instrucciones. Aquí, de nuevo, la labor no acaba cuando se ha hecho la receta sino que apenas ha comenzado. Nosotros creemos que ésta situación no es solo característica de estos dos ejemplos sino que está bastante generalizada en la medicina; la frase que habla de "tratar al paciente" no



la enfermedad", sugiere que la verdad implícita en esta frase es que empezando a ser más ampliamente apreciado es que el "tratar al niño" en realidad implica la aplicación de principios psicológicos y quién más indicado que el psicólogo para ésta actividad?

Uno de los servicios más comunes y generales que se proporcionan en este país es el de la orientación que se da a las madres de niños pequeños. Estas clínicas para niños normales desempeñan un papel muy importante dentro de nuestros servicios sanitarios pero curiosamente hasta ahora los especialistas en comportamiento les han prestado poca ayuda. Podría parecer que los psicólogos, que están preparados en lo que respecta al desarrollo de los niños, tendrían que haber contribuido desde hace ya mucho tiempo a que ésta preparación se aplicase a la guía de padres y, desde luego, de enfermeras, tocólogos, y visitantes sanitarios.

El conocimiento de las diferencias individuales juega un papel importante en el tratamiento de muchos de los problemas antes mencionados. Algo se sabe ya sobre las diferencias en las reacciones ante el dolor de, pongamos, los introvertidos comparados con los extrovertidos, o de la gente con un M alto frente a los que tienen un M bajo. También las reacciones de placebo están vinculadas a diferencias de personalidad de parecido tipo. Así probablemente pasa con los hábitos de tomar medicinas y la aceptación o rechazo de tipos particulares de métodos que se utilizan para el control de la natalidad. Estas diferencias de personalidad son probablemente la fuente más importante de dificultades en la práctica médica, sin olvidar la evidencia que las parece relacionar con la probabilidad efectiva de contraer ciertos tipos de enfermedades en lugar de otros. También en lo referente al desarrollo del niño, los padres agradecerían que se les informara sobre las múltiples diferencias individuales que se sabe que existen, el importante papel que tiene la herencia en este campo y las reacciones diferenciales que se dan en niños de tipos diversos de personalidad ante tipos diferentes de control parental.

La manera de aplicar los conocimientos psicológicos sobre el

desarrollo de los niños proporciona una manera cómoda de pasar al segundo de los temas tratados en este artículo: la aplicación de las técnicas de grupo. La concentración en el desarrollo aplicado del niño permitirá desde luego a los psicólogos presentar técnicas perfeccionadas de orientación de acuerdo con el personal sanitario que está actualmente suministrándolas. Lo cual ciertamente no requeriría la presencia continua del psicólogo, aunque éste, hasta cierto punto, tendría desde luego que tomar parte en la administración de la técnica. Una de las aplicaciones más prometedoras de las técnicas de grupo hecha por psicólogos ha sido la dirección de secciones de hospitales según el sistema de economía de fichas. Aunque existe una comprensible reserva sobre los logros a largo plazo de la economía de fichas (Rachman, 1971) estos sistemas han demostrado su efectividad al producir mejoras terapéuticas dentro de esas secciones de hospitales. La enormidad de problemas del comportamiento criminal requieren soluciones que serán aplicadas de una manera más extensiva que intensiva, aunque ésta última seguirá ocupando una parte del tiempo que la psicología dedica a este problema. Necesitamos urgentemente comprender mejor este tipo de comportamiento y saber como reducir su existencia. Aquí también los sistemas de economía de fichas van a tener un papel importante. También se necesita urgentemente orientación psicológica sobre como hacer frente mejor a los problemas personales y sociales que resultan de la ejecución de actos criminales por ejemplo: los efectos del encarcelamiento, la eficacia de los servicios de libertad condicional, los efectos psicológicos de los aplazamientos de sentencias, etc.

La utilización de psicólogos en el servicio de prisiones ha sido un buen comienzo, pero las condiciones de trabajo y la paga no son lo bastante atractivas como para que este servicio pueda competir con las otras áreas de la psicología aplicada. Ni tampoco se está utilizando a los psicólogos para investigar estos problemas a una escala lo suficientemente grande como para que tengan posibilidades de éxito.

¿Cuales son los obstáculos que actualmente impiden la extensión de los servicios psicológicos a estos diferentes campos? La gente en general se ha dado cuenta de que los problemas psicológicos reflejan

6

# La función del psicólogo en los servicios de salud mental

Aunque, por su formación básica, el psicólogo está perfectamente capacitado para hacer una aportación valiosa a la acción de los servicios de salud mental, no se ha determinado todavía su función en esos servicios. En mayo de 1973 se reunió en Cracovia (Polonia) un grupo de trabajo de la OMS\* para examinar las funciones encomendadas a los psicólogos clínicos en los diferentes países europeos y para estudiar los problemas de que el equipo de salud mental aproveche lo mejor posible los conocimientos de esta especialidad. En el artículo siguiente se da cuenta de algunas de las conclusiones a que llegó el grupo.

Las actividades y las responsabilidades de los psicólogos clínicos en los servicios de salud mental de Europa varían mucho de unos casos a otros y resulta muy difícil definir con precisión la función de ese personal. La evaluación de los diagnósticos es casi la única característica común de su actividad en los diversos países. Se dispone de pocos datos sobre el número y la distribución de los psicólogos clínicos en la Región y tampoco se conocen con mucha precisión las relaciones entre los especialistas en psicología escolar o en psicopedagogía y los psicólogos clínicos.

Hay diferencias y distinciones básicas en la práctica de la psicología clínica en los países europeos; en la República Federal de Alemania, en Irlanda, en los Países Bajos y en el Reino Unido, por ejemplo, ocupa un lugar destacado la terapéutica conductista. En la República Federal de Alemania, en los Países Bajos y, en menor grado, en Francia y en el Reino Unido, hay personas que se dedican al ejercicio privado de

la profesión, situación poco frecuente en otros países europeos. Parece, sin embargo, que esas diferencias nada tienen que ver con la estructura de los servicios de salud mental en los países mencionados.

En los últimos años han aumentado el número y la variedad de los tratamientos administrados por los psicólogos clínicos; quizá se deba esto en parte al hecho de que se dispone de más medios. La finalidad del grupo de Trabajo de la OMS sobre la Función del Psicólogo en los Servicios de Salud Mental consistió menos en delimitar las funciones de los psicólogos clínicos que en poner de manifiesto la importancia de adoptar en esa cuestión criterios flexibles, en atención a la rapidez actual de la evolución y la multiplicación de las normas aplicables a las actividades profesionales.

## Necesidades de la sociedad

La sociedad desea recibir ciertos servicios pero el psicólogo

clínico tiene que tratar, de descubrir y delimitar necesidades de cuya existencia no se da cuenta la misma sociedad. Mientras no se sepa cuáles son las verdaderas necesidades de la sociedad, resultará difícil decidir qué servicios deben prestarse y qué tipo de programas deben organizarse para la formación de personal. Las necesidades y la demanda aumentan en proporción directa con los servicios prestados, de manera que nunca será posible atenderlos por completo.

En todas las sociedades hay ciertas características estructurales que dan lugar a tensiones y a trastornos mentales. Por eso tiene que estar el psicólogo en condiciones de iniciar con prontitud la acción preventiva y de

\* Miembros: Srta. G. M. Appell, Francia; Dr. S. Benbow, Dinamarca; Sr. B. R. Bracken, Países Bajos; Dr. S. Gudorawski, Polonia; Dr. J. Hoffer, Suecia; Sr. H. Hämmer, República Federal de Alemania; Sr. A. Helmen, Finlandia; Dr. V. B. Jones, Irlanda; Sr. M. Kasser, Yugoslavia; Srta. H. R. Maki, Finlandia; Dr. I. M. Martin, Reino Unido; Dr. J. McKeown, Irlanda; Dr. A. N. Opatowski, Reino Unido (coordinador); Profesor P. Sarnowski, Polonia; Srta. de la OMS: Dr. A. R. May (Secretaría).

aplicar sus conocimientos donde más falta hagan, en colaboración con las instituciones sociales de la colectividad y con las familias y los individuos, sin esperar a que los pacientes acudan al hospital o al dispensario. Es evidente que habrá de investigarse a fondo la influencia de los factores psicosociales sobre la salud; esa investigación podría abarcar un estudio sobre la idea que los pacientes y los representantes de la colectividad se hacen de sus necesidades, de manera que la determinación de éstas no quede reservada exclusivamente a la apreciación de los profesionales de la salud o la asistencia social. Las colectividades tienen derecho a que se hagan estudios para mejorar los servicios de salud mental, trátese de hospitales; de salas de hospital, de dispensarios o de otros centros terapéuticos.

También cabe esperar que los psicólogos clínicos experimentados den una formación adecuada a los futuros profesionales de la especialidad, no sólo en las universidades y en otras instituciones docentes, sino incluso particularmente en el ejercicio de la profesión, y que colaboren en el adiestramiento del personal de otras categorías como los médicos, los psiquiatras, las enfermeras, los asistentes sociales y los funcionarios encargados de las personas en régimen de libertad vigilada.

#### Evaluación del estado del paciente

El Grupo de Trabajo hizo hincapié en que la psicología clínica no debería considerarse como un simple servicio prestado al psiquiatra en su calidad de supremo responsable del diagnóstico definitivo, sino como un servicio prestado al paciente. Habida cuenta del estigma que pesa sobre las enfermedades mentales en algunas sociedades, acaso no convenga que el diagnóstico sea una

especie de «etiqueta» puesta al paciente. Además, un «etiquetado» demasiado rígido del paciente puede favorecer las ideas preconcebidas sobre su comportamiento ulterior, con menoscabo de la posibilidad de que su caso se evalúe y se trate como es debido. El grupo reconoció además que el psicólogo clínico tiene que intervenir en las evaluaciones del estado del paciente, que deben hacerse a intervalos regulares durante cierto tiempo. Los resultados de esas evaluaciones no deben examinarse aisladamente, sino en función de los factores sociales o de otro tipo que puedan influir en el estado del paciente.

Para que la terminología usada en los diagnósticos corresponda a la realidad habrá que tener en cuenta los cambios previsibles, no sólo en lo que respecta a la actitud del paciente en relación con su medio personal o con una institución social determinada (por ejemplo, la escuela), sino también en lo que se refiere a la actitud de esa institución en relación con el paciente.

También examinó el grupo las consecuencias del uso de ordenadores electrónicos para verificar, registrar y evaluar los datos reunidos sobre los pacientes. El empleo de esos métodos no debe dominar el diagnóstico y la terapéutica, aunque puede servir para prescindir de algunas verificaciones sistemáticas y acoso para evitar interpretaciones demasiado subjetivas. Es evidente, sin embargo, que los resultados obtenidos con el ordenador tendrán que ser evaluados y utilizados por personal profesional únicamente.

#### Acción preventiva

El Grupo de Trabajo manifestó su convencimiento de que el psicólogo clínico tendrá en lo sucesivo una función más activa en la prevención. En cuanto a la pre-

vencción primaria, le incumbe la difícil tarea de mejorar la calidad de la vida, modificando las condiciones de las instituciones sociales, de tal modo que haya menos casos de inadaptación social y psicológica. La prevención secundaria abarca la delimitación de los subgrupos vulnerables y la detección de las familias y los individuos necesitados de ayuda, para dársela antes de que las presiones a que están sometidos les causen trastornos graves. En la prevención terciaria, los objetivos son evitar que haya recaídas, que la enfermedad se haga crónica y que el enfermo haya de hospitalizarse durante largo tiempo.

El psicólogo clínico tiene una función precisa que desempeñar como educador médico de la colectividad en relación con toda una serie de problemas de trasfondo psicológico, por ejemplo el abuso de medicamentos, las enfermedades venéreas, la delincuencia y el retraso mental, así también de su incumbencia buscar soluciones distintas del ingreso en instituciones y enseñar a la colectividad a que acepte las deficiencias de algunos de sus miembros y adopte respecto de ellos una actitud más tolerante y más flexible. Pero, dada la compleja etiología de los trastornos mentales, la acción del psicólogo clínico será más eficaz si se desarrolla en colaboración con otros especialistas.

Al elegir las medidas preventivas necesarias en cada caso, el psicólogo clínico no deberá dejarse influir por las presiones sociales. En todos los programas preventivos habrá que prever una evaluación continua de su verdadera utilidad social. La procedencia de encomendar la acción preventiva a los psicólogos clínicos exclusivamente, a los equipos tradicionales de salud mental o a cualquier otro grupo de profesionales es una cuestión de importancia capital.

## Tratamiento

Las funciones del psicólogo clínico en la administración de tratamiento son cada vez más importantes y más variadas. Esto no obstante, hay muchas posibilidades de administrar sólo parcialmente una solución parcial de las necesidades a largo plazo de la colectividad, a menos que se adopten medidas de carácter social.

En algunos países los psicólogos tienen a desempeñar funciones de asesoramiento y prevención, de detección de trastornos incipientes y de investigación, sea en la colectividad, sea en instituciones distintas de los hospitales y los dispensarios. Una tendencia puede dar lugar a la aparición de un nuevo tipo de profesional, distinto del psicólogo clínico tradicional.

El Grupo de Trabajo trató de la divergencia que hay entre los psicólogos clínicos que practican la psicoterapia, la terapéutica de grupo y la terapéutica por métodos dinámicos, y creen en la importancia de la modificación de la personalidad, y los que optan por la terapéutica conductista, o por otros medios de «modificación del comportamiento», y utilizan una serie de técnicas basadas principalmente en la teoría clásica del aprendizaje. Parece que, en general, los criterios biológicos están dejando paso a los sociopsicológicos, no sólo en el tratamiento ambulatorio, sino también en lo que respecta al uso institucional de una especie de «tratamiento de inmersión» en un medio terapéutico, del que forman parte los demás pacientes, y el personal de enfermería y de otras especialidades.

## Problemas interprofesionales

Los psicólogos aspiran a que se les reconozca una categoría profesional superior a la de simples ayudantes o auxiliares de los psi-

quiátricos y que los reconozca más a estos últimos. Una formación profesional está ya formando en el caso de los psicólogos clínicos, que colaboran, sin embargo, a lograr actitudes más flexibles, proporcionar meros al estudiantado y mejorar de mejor grado la ayuda y la colaboración de otros profesionales. Acaso no estuviere de más a este respecto, reformar la composición tradicional del equipo de asistencia psiquiátrica y ampliarla, llegando el caso, dando crédito, por ejemplo, a un número mayor de enfermeras de sala hospitalaria y de especialidad en psicología social. Por otra parte, la organización de los equipos debería estar menos jerarquizada, sin que fuera totalmente el psiquiatra quien ejerciera la autoridad última. Cabe imaginar, por ejemplo, un sistema en el que el psiquiatra fuera un consultor especializado a tiempo parcial. Hay ya servicios dirigidos por psicólogos y lo que de verdad importa es que se constituyan equipos flexibles, de composición variable, según los problemas planteados y según las especialidades del personal disponible para su solución.

Cuando se plantean conflictos profesionales, hay que analizar detenidamente la situación. Entre las causas de esos conflictos están los métodos distintos seguidos para la formación profesional de los psicólogos, y los psiquiatras, la duración del curso de sus estudios y la duración de las situaciones profesionales de unos y otros. En la mayoría de los países, no hay normas expresas de deontología aplicables al trabajo de los psicólogos ni de psicólogos sobre la protección legal de sus pacientes y, en particular, el personal de esa especialidad no ha tenido experiencia de la cooperación con otras profesiones durante los cursos de su formación. Por otra parte, tanto los psiquiatras como los psicólogos tienen una

formación insuficiente en ciencias sociales.

Antes, los psicólogos clínicos tenían el carácter de un especialista profesional, llegando sus aptitudes para la evaluación del diagnóstico; ahora, en cambio, reivindican puestos consultivos, o de dirección, o funciones clínicas invocando su competencia para administrar tratamientos. En algunos casos, el psicólogo obtiene el reconocimiento del estatuto profesional que reivindica y asume la dirección de un taller protegido, de un dispensario de orientación infantil o de un servicio de psicopedagogía. El Grupo estimó, sin embargo, que ese tipo de prestigio puede ir en detrimento de la asistencia a los pacientes.

## Formación profesional

Como es natural, la formación de los psicólogos clínicos debe guardar relación con sus funciones y con el número de puestos de la especialidad que haga falta cubrir en los servicios de salud mental. Convendría, por ejemplo, que se decidiera si debe haber un psicólogo por cada 10.000 personas o uno por cada hospital. El Grupo de Trabajo llegó a la conclusión de que el adiestramiento en el servicio no es ya un medio adecuado de capacitación y de que, en todos los países, los psicólogos clínicos deben recibir una formación profesional adecuada, que se puede dar mediante cursos de especialización para graduados en psicología general. La programación de esos cursos deben ser flexibles y experimentados, y deben abarcar conocimientos teóricos y prácticos de utilidad para la solución de los problemas del país y adecuados al nivel de desarrollo de la colectividad. La instrucción sobre métodos de evaluación del diagnóstico debe seguir ocupando un lugar importante en los planes de estudio, pero

también se enseñarán las técnicas terapéuticas, incluso las de psicoterapia, las de terapéutica de grupo y las de asesoramiento, y se darán a los alumnos conocimientos teóricos suficientes para que puedan adaptar las técnicas antiguas y asimilar las nuevas. El Grupo hizo algunas reservas en cuanto a la utilidad de la terapéutica conductista y de las técnicas de modificación del comportamiento que, a juicio de algunos participantes, no deberían enseñarse a todos los estudiantes mientras no se hubiera demostrado plenamente su eficacia.

Un programa completo de formación de psicólogos debe comprender enseñanzas sobre técnicas de investigación, y enseñanzas elementales sobre administración y gestión, y sobre psiquiatría y psicología infantiles. Respecto de

estas últimas enseñanzas, conviene establecer una distinción entre las necesarias para la formación de psicólogos clínicos y las indispensables para los psicólogos que vayan a asumir funciones didácticas. El grupo deliberó sobre la conveniencia de organizar cursos para la formación de técnicos o psicométristas que pudieran trabajar como auxiliares de psicología, pero la mayoría de los participantes rechazaron la iniciativa considerando que los conocimientos de ese personal quedarían anticuados con mucha rapidez. El Grupo de Trabajo encareció la conveniencia de que todas las enseñanzas de psicología clínica tuvieran un fundamento práctico y no puramente teórico.

A juicio del grupo, las enseñanzas deberían darse en una

universidad, sin perjuicio de organizar debidamente la instrucción práctica de los alumnos y su trabajo en equipo con profesionales de otras especialidades en hospitales y en establecimientos de asistencia social. Hay que instruir a los alumnos de los problemas personales de ansiedad y las dificultades que les acarrearán el establecimiento de la relación terapéutica con los pacientes.

Las enseñanzas de especialización en psicología clínica deberían ser más o menos equivalentes a las de un doctorado y durarían de uno a dos años, después de la licenciatura. Es indispensable que se organicen cursos de repaso y perfeccionamiento para los profesionales que llevan algún tiempo en ejercicio, así como cursos periódicos de actualización de conocimientos.

Prof. Wilkins

Estructura de los Servicios de Salud Mental en el Reino Unido.

En 1946 el Acta de Servicios de Salud Nacional proporcionó al Reino Unido unos Servicios Sanitarios con tres principales divisiones:

1º El Servicio de Medicina General.- Se trata de un Servicio de Médicos de cabecera que proveen una atención médica general para niños y adultos, los cuales pueden registrarse con el médico de su elección.

2º. Servicios de Salud dependientes de las Autoridades Locales Cada "condado" (o municipio), y algunas de las grandes ciudades, tienen sus propios servicios sanitarios dirigidos por un Oficial Médico que a su vez cuenta con un número de especialistas para proporcionar Servicios Preventivos, Asistenciales y de Postcura (servicios de maternidad, pediatría, geriatría, incluyendo hogares para pacientes psicogeriatricos).

3º Servicio de Hospitales.- Inglaterra esta dividada en 14 areas de Hospitales que cuentan con unas Comisiones que administran todos los Hospitales de esta area, aunque existen condiciones especiales para los Centros docentes. Reciben fondos del Departamento de Salud que asesora y aprueba los planes para los Servicios Hospitalarios.

Los Servicios de Salud Mental se llevan a cabo a base de las contribuciones de estas tres divisiones, principalmente por las dos últimas. El médico de cabecera sirve como eslabon de enlace, y provee la continuidad de supervisión médica en todos los estadios, enviando sus pacientes a las Autoridades sanitarias locales o a los Servicios Hospitalarios.

SERVICIOS DEPENDIENTES DE LAS AUTORIDADES LOCALES.- Además de proveer servicios preventivos, asistenciales y de postcura, el Acta de Salud Mental de 1959 dió a estas Autoridades locales la responsabilidad de proveer acomodación o residencia, Centros de formación y Servicios Sociales para los pacientes psiquiátricos (incluyendo además de los enfermos mentales, a los subnormales y aquellos con trastornos psicopáticos de la conducta). Estos Servicios son financiados por la localidad y también por una contribución de fondos centrales. No obstante, corresponde a estas Autoridades locales decidir las prioridades para crear los Servicios de los que son responsables. Algunas emplean un médico, a veces un psiquiatra para dirigir estos servicios de salud Mental.

Describiremos a continuación las funciones más importantes de estos Servicios locales; en tres grupos principales:

1º Servicios preventivos y de detección precoz: en este sentido se lleva un "registro de riesgos" para detección precoz de casos subnormalidad en niños, y donde deben estar registrados todos aquellos embarazos en los que la madre posee el riesgo de dar a luz un niño minuválido (historia de rubéola en el embaraz, partos dificultosos, niños retrasados nacidos en embarazos anteriores). Estos niños son examinados con regularidad por los médicos de estos Servicios Locales que pueden solicitar la consulta del especialista cuando observan rasgos de retraso en el desarrollo.



Así mismo se examinan estos niños para detectar anomalías bioquímicas (fonilectonuria), y una enfermera visitadora aconseja a las madres sobre la atención que debe proporcionar al niño y los signos de desarrollo anormal. En los servicios ambulatorios correspondientes se examina con regularidad la visión y audición de estos niños.

Estos servicios locales se ponen también en contacto con la gente de edad avanzada que vive sola, y que pueden ser "un riesgo" por esta razón.

2º Centros de entrenamiento y rehabilitación.— Para los niños subnormales con un CI de 50 o inferior estas autoridades sanitarias locales crean unos centros de entrenamiento para niños entre las edades de 5 a 16 años, y que en la práctica son unas escuelas especiales donde los niños acuden desde las 9 de la mañana hasta las 3 de la tarde 5 días a la semana.

Algunas de estas Autoridades locales proveen también Servicios para niños profundamente minusválidos que en otras condiciones serían internados en un Hospital, y que funcionan como auténicos hospitales de día, cuidando de los niños durante el día y siendo esta las responsabilidades de los padres durante la noche y los fines de semana.

Para los adultos subnormales estas Autoridades locales poseen Centros de entrenamiento o formación, por lo general situados en áreas industriales, construídos con una orientación de factoría, y que proveen enseñanza laboral y educación en las normas sociales habituales. Estos adultos con más de 16 años asisten a estos centros 5 días a la semana y reciben alguna retribución por el trabajo que realizan, trabajo que se obtiene a través de subcontratos con las industrias locales. Algunos de ellos pueden pasar más adelante a otros talleres protegidos donde encontrarán un tipo más avanzado de trabajo. Por lo general residen en sus hogares o en caso contrario las Autoridades locales les proveen la acomodación necesaria.

Para los enfermos mentales, en su mayoría crónicos o residuales, estas Autoridades poseen Centros de día que son especialmente útiles para los ancianos con síntomas psiquiátricos que de otro modo quedarían aislados en sus hogares.

3º Servicios Residenciales Sociales.— Para aquellos niños y adultos con problemas psiquiátricos que, no requiriendo estar en el hospital, no tienen hogar en que vivir, estas Autoridades les buscan la acomodación e residencia, y que puede consistir desde la asistencia heterofamiliar hasta "hostels" de hasta 25 camas. Los que allí residen pueden ir al trabajo normal o asistir a los centros especiales a que hicieron referencia. Todos estos pacientes y sus familias requieren con frecuencia servicios para recibir consejo, asesoramiento, etc que les es dado por los Asistentes Sociales de Salud Mental (que tienen realizado un curso especial o una formación previa en enfermería psiquiátrica), y que los visitan en sus hogares manteniendo el contacto incluso en el caso de admisión en un hospital.

#### LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Las Comisiones o Cuerpos Regionales tienen distintos hospitales para los enfermos mentales y para los subnormales. No se construyen nuevos hospitales psiquiátricos pero la mayoría de los nuevos hospitales generales tienen unidades psiquiátricas.



Sin embargo la mayoría de nuestros pacientes están en hospitales psiquiátricos antiguos que contratan los servicios de psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y otros terapeutas, y que constan de 3 tipos de servicios:

1º Servicios ambulatorios: los mismos psiquiatras que trabajan en el hospital asisten, como término medio, a dos clínicas ambulatorias a la semana en los hospitales generales donde acuden pacientes enviados por sus médicos de cabecera.

2º Servicio de Hospital de día: al igual que el anterior está en continua expansión, y la mayoría de nuestros hospitales psiquiátricos tienen centros de día asociados o conectados, y que son especialmente útiles cuando el hospital está en un área remota o alejada de la población que atiende. Funcionan 5 días a la semana, y el paciente asiste desde las 9 y media hasta las 4 de la tarde, recibiendo psicoterapia individual y de grupo, tratamientos convulsivos, rehabilitación, etc.

3º. Servicios de Hospitalización: la mayor parte de las camas existen en los hospitales psiquiátricos que tienen más de 100 años y que con frecuencia están aislados de la comunidad empleándose grandes cantidades de dinero en mejorarlos. Sin embargo, nuestra creencia es que todos estos hospitales antiguos tienen a desaparecer y a ser remplazados por unidades psiquiátricas en Hospitales Generales, que existen de un modo cada vez más creciente.

El personal médico, como hemos dicho, participa en los Servicios ambulatorios situados en los Hospitales Generales, y las enfermeras, con frecuencia visitan en sus casas a los enfermos dados de alta. En ocasiones los hospitales psiquiátricos depende de los Servicios de Asistencia Social de las autoridades locales aunque en algunas áreas se está experimentando con Asistentes Sociales que son compartidas por ambos tipos de servicios, y en ocasiones los psiquiatras celebran reuniones conjuntas entre el personal del hospital y las autoridades locales. Algunos hospitales poseen servicios especiales para alcohólicos, toxicómanos, adolescentes y unidades de madres y recién nacidos.

Se coloca una atención especial en el tratamiento y alta precoces y de todos los ingresos en hospitales psiquiátricos el 80 % son dados de alta dentro de los 3 meses a partir de su admisión. El 82 % de estos ingresos lo hacen voluntariamente, y sólo en el 18 % restante ingresa de forma forzosa. Casi el 50 % de nuestros pacientes tienen 65 años o una edad superior.

Los hospitales para subnormales mentales tienen unos servicios ambulatorios menos activos, siendo más bajas las cifras de ingresos y altas. El 40 % de estas admisiones son por períodos de 2 a 6 semanas, una o dos veces al año, con el fin de dar "un respiro" a las familias de estos niños. El 50 % de estos subnormales ingresan por razones puramente sociales o económicas.

Aunque hemos separado en nuestra exposición los servicios hospitalarios y los dependientes de las autoridades locales como entidades aparte, la tendencia actual es a lograr una conexión entre ambos, consiguiendo así unos servicios comprensivos para cualquier tipo de paciente.

DELINCUENCIA JUVENIL

O.M.S.

"La delincuencia juvenil no se presenta como un hecho aislado sino que forma parte de la vida social del país y varía en función de la organización de la sociedad. Cada época debe buscar su remedio específico en relación con su sistema de vida" (1).

En 1949 las Naciones Unidas pidieron a la OMS que estudiara la delincuencia juvenil. La Organización contrató los servicios de un consultor, cuyo informe se publicó en inglés a principios de 1951 y posteriormente fue traducido al español. (2) Según este consultor -el difunto Dr. Bovet- el concepto "delincuencia juvenil" es puramente ficticio, de origen jurídico y social. Desde el punto de vista psicológico implica una inadaptación, pero no todos los inadaptados son delincuentes ni todos los delincuentes son individuos inadaptados. Prueba de lo convencional que resulta este concepto es que se entiende de distinto modo según las leyes en vigor o la forma en que éstas se aplican; en consecuencia, resulta muy difícil comparar las estadísticas de los distintos países y de las distintas épocas, lo que constituye un importante obstáculo para la investigación y puede ocasionar graves errores. De aquí la necesidad de uniformar criterios y, en las estadísticas, de hacer descripciones muy claras y detalladas de los distintos tipos de transgresiones cometidas.

En el estudio de la delincuencia juvenil -continúa el Dr. Bovet- es esencial recordar que para un joven es mucho más fácil que para un adulto transpor el limen o margen relativamente estrecho que separa la inadaptación social de la delincuencia. Este margen se va haciendo patente cuando se alcanza la madurez psicológica y moral, formación que a veces no se completa hasta después de la adolescencia.

La etiología de la delincuencia juvenil es extraordinariamente compleja. Por ejemplo, hay numerosos estudios demostrativos de que el medio ambiente es de gran importancia, incluso sin necesidad de que intervengan complicados mecanismos psicológicos. Muchos de los niños que comparecen ante los tribunales no son anormales ni física ni psicológicamente, sino meras víctimas de la inseguridad social, de la extrema pobreza que les rodea o quizá de ambos factores. Para que estos factores sociales conduzcan a la delincuencia, es evidente que han de poner en marcha ciertos mecanismos psicológicos.

- 
- (1). JONES, A.E. (1945), Juvenile delinquency and the law, Penguin Books, Harmondsworth, pág. 14.
  - (2). BOVET, L. (1954), Aspectos psiquiátricos de la delincuencia juvenil (Organización Mundial de la Salud: Serie de Monografías, Nº 1), Ginebra.

Los factores somáticos tienen una importancia muy discutible. La correlación durante tanto tiempo aceptada de la deficiencia mental y la delincuencia es ahora motivo de controversia. Parece lógico, sin embargo, que en igualdad de circunstancias el deficiente mental sea víctima más propicia de un medio social y psicológico adverso que su coetáneo de inteligencia normal, a causa de la inestabilidad mental y de la sugestibilidad del primero; y cuando a la deficiencia mental se une una personalidad de estructura psicopática, el pronóstico es inquietante en grado sumo. La importancia de las enfermedades orgánicas y de los impedimentos físicos varía mucho. Ya no se atribuye a la sífilis la misma importancia que antaño como factor etiológico y psicopatológico de la delincuencia; desde este punto de vista, los traumatismos craneales antes de la pubertad suelen tener buen pronóstico. Acaso influyan en la génesis de la delincuencia juvenil algunas formas de encefalitis y la epilepsia, o quizá -según algunos autores- la constitución epileptoide.

¿Cuál es entonces la importancia de las alteraciones psíquicas?. El Dr. Bovet afirma que el super ego del niño, aunque constituido según las normas habituales del desarrollo de la personalidad, puede contener un elemento antisocial que impulse a la conducta delictiva. O bien el desarrollo de la personalidad puede quedar retardado parcialmente tal vez a causa de una frustración emocional surgida de unas relaciones anormales entre la madre y el hijo. En la génesis de la delincuencia juvenil no parecen tener gran influencia las psiconeurosis, pero sí los síntomas neuróticos aislados: compulsiones, necesidad de autocastigo, simbolización de los impulsos reprimidos, agresividad primaria o reactiva, y sentimiento de abandono con sus múltiples consecuencias. Las verdaderas psicosis son excepcionales antes de la pubertad pero pueden presentarse trastornos psicológicos que constituyen una especie de reacción psicopática con ruptura de las relaciones normales entre los instintos, el ego y el super ego; los impulsos instintivos imperfectamente dominados o reprimidos pueden irrumpir en el ego y perturbar la adaptación del niño a la realidad. En estas circunstancias puede surgir con facilidad la delincuencia juvenil.

El Dr. Bovet ponía en duda la influencia precisa del cine, la radio y la prensa, y aconsejó que se investigara hasta qué punto estos elementos podían contribuir a la delincuencia juvenil y en qué medida podrían utilizarse con fines educativos. También consideró que se necesitaba estudiar la posible influencia del ocio. El alcoholismo afecta al ambiente del hogar, pero los estudios genéticos recientes presentan como dudosa la llamada herencia alcohólica y, por lo tanto, su pretendida importancia en la génesis de la delincuencia juvenil.

A causa de la diversidad de factores etiológicos que se han propugnado para explicarla, la delincuencia juvenil ha sido considerada como un fenómeno biopsicosocial; el Dr. Bovet consideró que se la debía estudiar y combatir desde los tres puntos de vista que implica este nombre. El psiquiatra, por su formación biológica y psicológica y por el interés que suele prestar a los problemas sociales, está bien situado para coordinar las actividades de los distintos especialistas en delincuencia juvenil. Consideraba, además, el Dr. Bovet que en la delincuencia juvenil hay un factor psicológico común a todos sus aspectos: el sentimiento de inseguridad a que da lugar cualquier tendencia delictiva; la inseguridad conduce a su vez a la ansiedad y ésta tiende a libe-

rar la agresividad, que se puede manifestar en toda clase de actos delictivos, desde las formas más leves hasta las más graves. En la mayor parte de las personas esta agresividad liberada deja un sentimiento de culpabilidad que, de nuevo, aumenta la ansiedad cerrándose así un círculo vicioso que constituye uno de los aspectos más constantes de la delincuencia, en particular de la juvenil.

Después de exponer las opiniones del Dr. Bovet acerca de la delincuencia juvenil, no puede sorprender que este autor -- considerase que su prevención ofrece una oportunidad única de reunir bajo la consigna común de la lucha por la salud mental a organizaciones e individuos de muy diversas tendencias; para él era evidente que la profilaxis ha de extenderse a todo el campo de la salud mental. Partiendo de esta base, revisó las distintas formas posibles de tratamiento (ambulatorio, hospitalario, psicoterápico), la importancia de la educación, la utilidad de los estudios sociales y de la beneficencia, etc. Según el Dr. Bovet, se debe adaptar el tratamiento a cada individuo y basarlo en las leyes fundamentales de la psicología, especialmente en sus aspectos emocionales y subconscientes. Cualquiera que sea el tratamiento adoptado, su finalidad principal es conseguir que el delincuente sea capaz de construir relaciones humanas estables y firmes como base de su seguridad interior, que es a su vez el fundamento de la independencia moral y del respeto al prójimo, sin lo cual la conducta humana nunca podrá adaptarse a las exigencias de la sociedad.

Diez años después de que el Dr. Bovet hubiera visitado los países europeos y americanos en busca de material para su investigación, a petición de las Naciones Unidas se hizo otro estudio sobre las tendencias actuales de la delincuencia juvenil. Este trabajo, proyectado como complemento del que había hecho el Dr. Bovet, acaba de publicarse (3).

Su autor, el Dr. Gibbens, distingue entre los actos delictivos que son consecuencia de nuevas oportunidades de delinquir pero que en esencia no difieren de las formas más tradicionales, y los delitos que parecen revelar una perturbación más profunda de la conducta o la participación de sectores de la sociedad que hasta el momento no habían intervenido en esas transgresiones.

Del mismo modo que el Dr. Bovet, el Dr. Gibbens pone de relieve la importancia de interpretar correctamente las estadísticas destinadas a demostrar el gran aumento de la delincuencia juvenil en todo el mundo. Una parte de este aumento de la incidencia puede deberse a los distintos métodos de descubrir las infracciones, a los arrestos, detenciones y castigos por faltas que antes no se tenían en cuenta, a la legislación que prevé delitos -- que hasta ahora desconocía, a cambios en el modo de actuar de los tribunales, y a diferencias en la forma de recoger e interpretar las estadísticas. Es evidente, por ejemplo, que la incidencia diferirá mucho si se consideran distintas edades -- 8, 13, 14 ó 15 años--, como efectivamente sucede en diversos países.

---

(3). GIBBENS, T.C.W. (1961), Trends in juvenile delinquency (Organización Mundial de la Salud, Publ. Hith Papers, No.59 Ginebra.



Desde hace mucho tiempo, se sabe que los delincuentes convictos proceden sobre todo de las clases sociales peor dotadas y se concentran de forma muy selectiva en determinadas zonas de las ciudades, donde constituyen una especie de hampa o substrato característico, aislado del resto de la colectividad. Se había afirmado que, si se mejorasen las condiciones sociales y se diera a estos jóvenes la oportunidad de integrarse en la comunidad, el problema de la delincuencia se iría resolviendo por sí mismo. A esto los psiquiatras arguyen que en la mayoría de los delincuentes se observa una personalidad inadaptada y que, si no se trata este trastorno, no puede esperarse ninguna mejoría. El Dr. Gibbons sostiene que en el último decenio se tiende a concordar ambos puntos de vista; los psiquiatras reconocen cada vez más la existencia de delincuentes en los que el factor social es de gran importancia, mientras que por su parte los sociólogos reconocen la de sujetos en los que hay que admitir un trastorno mental. Demuestran esta conformidad de puntos de vista la atención cada vez mayor que se dedica a los distintos tipos de agrupaciones, desde la familia hasta la nación y la introducción de la psicoterapia y de la enseñanza de grupo.

Admitida la existencia de un substrato de delincuentes, surge la necesidad de averiguar cómo éste se origina, qué finalidad tiene y qué factores intervienen en su continuidad y en la captación de nuevos miembros. Un punto de vista citado por el Dr. Gibbons es que el delincuente se caracteriza por un grado de inferioridad con respecto a las demás personas; para compensar su situación el grupo de delincuentes ha de negar los valores admitidos por la sociedad. Esto supone indudablemente la formación de bandas o grupos. En Noruega se evidencia este fenómeno por el hecho de que la mayoría de las infracciones las cometen grupos de 3 ó 4 muchachos de 15 a 16 años de edad como máximo. El sentimiento de inferioridad que hay en el fondo de la desviación de las normas usuales de conducta que sufre el grupo puede estar relacionado con la forma en que cada uno de sus miembros ha sido educado por su familia; con frecuencia se han desarrollado en el aislamiento y el descuido, y la madre no ha tenido tiempo de cuidar a cada uno de sus hijos y de expresarles el cariño que éstos necesitan, o bien hay una historia previa de desavenencia entre los padres o de repulsa del hijo por parte de ellos.

En el diagnóstico y tratamiento de cada delincuente se tiende a diferenciar detalladamente los distintos tipos de respuesta o los síndromes de delincuencia. La delincuencia juvenil puede muy bien ser un fenómeno biopsicosocial, pero la mera aceptación de la gran variedad de factores que han podido llevar al individuo a esta situación no ayuda en nada a su tratamiento. ¿Sería posible establecer distintas categorías de delincuentes y tratar a cada una de ellas de una forma racional? El Dr. Gibbons menciona varios intentos de proceder de esta manera, cada uno de ellos con ventajas peculiares. En uno de ellos se divide a los sujetos en delincuentes de situación (cuya personalidad es normal en esencia y casi no precisan tratamiento reeducativo), pseudosociales (cuyo desarrollo ha tenido lugar dentro de un grupo de delincuentes) de personalidad (en los que las alteraciones de la personalidad son más profundas o el tipo de delincuencia está de alguna forma radicado en ella), y asociales, que es el grupo menor en número, más gravemente afecto y más difícil de tratar, pero cuyos miembros, si no reciben tratamiento, son los que están más predispuestos a transformarse en adultos asociales o psicópatas anormales. Otra clasificación se basa en el hecho de que en la

mayoría de los actos delictivos figura el hurto y, según la forma en que éste se produce, los divide en: hurto con merodeo (efectuado sin premeditación y ante una ocasión propicia), transgresiones de comprobación (en las que generalmente el sujeto trata de probar su virilidad y pretende adquirir confianza en sí mismo), transgresiones de compensación afectiva (hurtos a los padres o llevados a cabo de forma impulsiva y como compensación de la falta de cariño o movidos por el resentimiento), y, por último, infracciones secundarias, que son las que comete el sujeto, solo o en complicidad, con una idea definida de lo que va a robar y habiendo adoptado precauciones para evitar la detención. Estas clasificaciones se pueden combinar entre sí o con las que se basan en la situación familiar, como, por ejemplo, la división en tres tipos: repulsa por parte de los padres, negligencia de éstos con la consiguiente exposición a las malas compañías, y situación familiar represiva.

Señala el Dr. Gibbens dos aspectos de esta tendencia hacia la diferenciación de varios tipos de delinquentes juveniles. Uno de ellos es que hasta ahora no se ha podido demostrar que tipo puede reincidir con más facilidad, si el "social" o el "individual". El otro es la conclusión a que han llegado algunos investigadores de que los psiquiatras y psicólogos sociales deben atender especialmente al período vital de transición, cuando un joven con un trastorno psicológico manifiesto puede encontrar la solución a sus dificultades emocionales dentro de un grupo de delinquentes, frecuentemente con mejoría de su salud mental aunque, a la larga, a costa de una inadaptación a la sociedad.

Una característica biológica particularmente interesante de la delincuencia juvenil es que haga su aparición durante la pubertad. Hoy se tiende a considerar al joven como psicológicamente inmaduro hasta una edad más avanzada que antes, lo que va marcando cada vez más la separación entre la inmadurez física y la psicológica, cosa que puede influir sobre la delincuencia juvenil actual.

Volviendo al estudio de las tendencias actuales de la delincuencia, el Dr. Gibbens plantea dos cuestiones previas; la primera es averiguar la razón de la ansiedad que suscita en este momento la delincuencia juvenil, y la segunda esclarecer si este tipo de delincuencia es inevitable. En relación con la primera se pregunta si esta ansiedad no obedecerá a la mayor presión que en el mundo actual ejercen los jóvenes sobre las generaciones de más edad, con el consiguiente temor de estas últimas al ver que peligra su autoridad. Respecto a la segunda cuestión opina:

"Está muy generalizada la idea de que en una sociedad sana y en buen estado no debiera haber delincuencia. Sin duda éste es el ideal, pero mientras haya padres inseguros y la juventud se siga formando de modo empírico, resulta muy dudosa la conveniencia de eliminar la delincuencia juvenil, aun cuando ello fuera posible. Hay muchos datos que permiten suponer que la delincuencia constituye un trastorno de pronóstico relativamente bueno y que incluso puede representar una útil válvula de escape... Desde el punto de vista de la salud mental en su más amplio concepto, cabe preguntarse si la eliminación de la delincuencia en el estado actual de la sociedad no provocaría perturbaciones más difíciles de tratar... Donde abundan los enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, hay pocas personas en la cárcel y viceversa" (4).

(4). GIBBENS, T.C.N. (1961) Trends in juvenile delinquency (Publ. Hith Papers, No. 5) World Health Organization, Geneva, pág. 21.



La complejidad de los factores que influyen en la génesis de la delincuencia juvenil queda ilustrada por el siguiente hecho: en un país aumenta determinado tipo de infracción y se encuentran para explicarlo causas aparentemente razonables; sin embargo, se puede observar que, en algún otro país en el que existen las mismas causas, puede no producirse el mismo fenómeno. La encuesta internacional muestra prácticamente todas las posibilidades de delitos contra la propiedad, que son los más frecuentes, llevados a cabo por jóvenes. Hay características de la delincuencia que -- siempre se han reconocido, aunque algunas veces esta aceptación -- no se apoye en bases tan firmes como debiera. Por ejemplo, la delincuencia tiende a aumentar en las zonas urbanas más que en las rurales porque las trabas tradicionales desaparecen con la emigración y el establecimiento en las ciudades. La sociedad urbana es más compleja en su organización económica, más mecanizada y uniforme, más mundana, y más impersonal en sus relaciones; si el que emigra de las zonas rurales no llega a adaptarse a esta nueva vida, tan distinta, puede verse rechazado hasta un "barrio de mala fama" en la que fácilmente le alcanza el derrumbamiento social, -- donde sus hijos se desarrollan en un medio que favorece la delincuencia, entre gentes inadaptadas a causa de trastornos físicos o mentales, oligofrenia, alcoholismo o desempleo.

Por otra parte, en los países más desarrollados los adolescentes ganan más que antes, y el poder adquisitivo de los menores de veinte años es tal que ha llegado a variar los sistemas de propaganda y ventas. Ha sido tanta la presión ejercida para hacerse un mercado entre los jóvenes que ha alcanzado efectos sociales considerables; acaso sea el más importante haberles persuadido de que forman una cultura aparte que no se puede identificar con la de los adultos ni con la de los niños. Dentro de este grupo, el -- no tener tanto poder adquisitivo como los demás puede ser origen de frustración y motivo de delincuencia.

Como antes lo hiciera el Dr. Bovet, el Dr. Gibbens no puede atribuir la delincuencia juvenil a la televisión, la radio, la prensa o el cine, aunque se haya considerado que todos estos -- elementos contribuyen al aumento de los delitos y violencias. El Dr. Gibbens no ve razón para oponerse al punto de vista sustentado por el Dr. Bovet según el cual estos factores nunca motivarían una infracción sino que, en todo caso, proporcionarían al delin--cuente satisfacción por su hecho.

Aunque sólo de forma indirecta, la tendencia a la igualdad entre los sexos puede asimismo influir sobre la delincuencia. Proporciona esta nueva situación una base económica que facilita el divorcio y la separación, con las consecuencias que ello implica para la vida familiar. La mayor independencia de la mujer conduce además al menosprecio de los padres menos aptos --soportados hasta ahora gracias a un tipo de cultura que se basaba en la superioridad del varón--, que llegan a abdicar su responsabilidad --paterna. Cada vez se va dando mayor importancia a la función del padre en el seno de la familia y sin duda esto se debe en parte a la reacción contra la función dominante que previamente se había asignado a la madre. Cuando el padre abdica sus responsabilidades dejando a la madre el cuidado de educar a los hijos, los -- jóvenes, después de la pubertad, pueden ponderar la conducta de rebeldía incurriendo en "transgresiones de comprobación" como el robo de automóviles, para reafirmarse en su valentía, independencia y virilidad. No sucede lo mismo con las niñas, que tienden a retener sus agravios y ansiedades unas veces hasta la adolescencia, y adoptan entonces una conducta descarriada o de desenfreno

sexual, y otras hasta la edad adulta, en que aparecen como padres disconformes e inestables, que dan lugar a la siguiente generación de delincuentes. Con frecuencia se da el caso de familias en las que tanto el padre como la madre padecen tensiones, perturbaciones psicológicas o pequeños trastornos nerviosos; esos padres procuran educar bien a sus hijos pero no pueden disimular sus conflictos y de esta forma crían unos hijos inseguros, que inconscientemente pueden verse impulsados al tipo de conducta que sus progenitores trataban de impedir.

No se puede afirmar con seguridad si se ha observado algún cambio importante en el tipo de infracciones cometidas por los delincuentes. Efectivamente, en algunos países han aumentado los robos, pero cabría preguntarse si los robos de coches o de discos de gramófono constituyen una categoría nueva o simplemente obedecen a una nueva oportunidad. Los delitos sexuales entre los adolescentes no parecen haber aumentado mucho, mientras que los delitos con violencia sólo lo han hecho moderadamente; no ha habido, de una manera general, un aumento notable del alcoholismo y la toxicomanía. Por otra parte, parece haberse producido un evidente aumento del gamberrismo -comportamiento escandaloso, agresivo o insultante en público, rotura de ventanas, coches, faroles, etc.- por parte de jóvenes que han recibido distintos nombres en casi todos los países europeos y que frecuentemente van vestidos de forma que se puedan diferenciar de las demás personas (5). Esto siempre ha sucedido en cierto modo y es un fenómeno diferente de los curiosos motines que ha habido en algunos países, constituidos por grupos de más de cincuenta personas y a veces de varios cientos, y sin una jefatura organizada; estos tipos de sedición no obedecen a incitaciones o planes secretos, y los jóvenes implicados en ellos generalmente no tienen antecedentes penales, proceden de hogares normales, su trabajo es bueno y con frecuencia no saben por qué han tomado parte en la asonada. Estas manifestaciones podrían estar motivadas por la hostilidad hacia la generación anterior, la inseguridad del mundo actual, las consecuencias de la guerra, un cinismo creciente unido a una pérdida de los valores ligados a la religión, y quizás la ausencia en la sociedad moderna de oportunidades organizadas para liberar las tensiones emocionales, como sucedía con las fiestas de los pueblos primitivos o con los carnavales y otros tipos de festejos de generaciones anteriores a la actual. Pero todo esto difícilmente puede ser considerado como delincuencia juvenil ya que ésta en la actualidad, como antes, parece ser el fruto de las privaciones y subversiones de la vida familiar.

La multiplicidad de los factores que intervienen en la génesis de la delincuencia juvenil obliga a considerar su prevención desde amplios puntos de vista. Todo lo que se haga para favorecer la salud y el bienestar de los niños es provechoso, pero viene a complicar el problema el hecho de que una prevención eficaz con frecuencia se ha de basar en medidas que tienden a retrasar la maduración emocional, lo que conduce a que la conducta delictiva se manifieste más tarde.

---

(5). Estos jóvenes han recibido el nombre de hoods en los Estados Unidos, blousons noirs en Francia, halbstärke en Alemania, nozems en los Países Bajos, jaerjakker en Noruega, chuligni en Polonia y Checoslovaquia, skinn knutter en Suecia, teddy boys en el Reino Unido y stilvagi en la Unión Soviética.

En el campo de la psiquiatría general se han podido observar dos grandes tendencias para la profilaxis de la delincuencia juvenil: propende la primera a un gran desarrollo de los aspectos sanitarios de la psiquiatría aplicados a colectividades de diversa importancia, y la segunda a un estudio más atento de las bases fisiológicas y biológicas sobre las que se asienta el trastorno del enfermo; cada paciente puede ser considerado como un caso de ruptura del equilibrio entre la tensión que debe soportar y su capacidad de hacerlo. Este equilibrio depende de la personalidad e inteligencia del individuo, de su deseo y del incentivo para mantenerlo, de la magnitud de su labor y del medio en que ha de llevarla a cabo. Se puede ayudar al enfermo en algunos de estos aspectos y a veces en todos.

Se manifiestan asimismo dos tendencias principales en las investigaciones para la prevención de la delincuencia juvenil. Por un lado, se tiende al perfeccionamiento de los estudios de pronóstico, destinados a identificar a los niños pequeños que están en peligro de llegar a ser delincuentes; por otra parte, las investigaciones han de establecerse basándose en programas de prevención científicamente evaluados. Los estudios de pronóstico tienen su fundamento en la posibilidad de asignar valores a ciertas características del ambiente familiar, cuya suma indica las probabilidades que el niño tiene de llegar a ser delincuente. Si el riesgo es grande para un niño determinado habrá que concentrar sobre él el trabajo de profilaxis.

En muchos lugares se han ensayado nuevos métodos de preservación. En un programa para la zona de Chicago se ha podido comprobar que la coherencia social y el espíritu de colectividad no pueden provenir del exterior, sino que han de ser los jefes naturales de la comunidad de que se trate los que deben lanzar al estímulo para perfeccionar su propia organización, si bien, con la discreción necesaria, se les puede ayudar desde el exterior. En Londres hay clínicas que utilizan las discusiones de grupo en el tratamiento de las relaciones familiares. Se ha intentado actuar sobre los predelincuentes dentro de sus grupos naturales, proporcionándoles la posibilidad de obtener éxito mediante procedimientos capaces de suscitar su entusiasmo y reavivar sus esperanzas.

Prescindiendo de estos ensayos de prevención basados en los aspectos de salud mental de la asistencia médica, las necesidades emocionales de los niños y la consideración de que la delincuencia es un fracaso de la educación familiar o nacional han conducido a que los médicos, profesores y autoridades se inclinen más a prevenir la delincuencia con medidas positivas. Además de las escuelas especiales para niños retrasados mental o psicológicamente, para anormales y para inadaptados, en Nueva York y en Israel se han ensayado unas escuelas donde se acoge al predelincuente durante día, con personal más numeroso de lo corriente y programas más variados.

Para los delincuentes menores se usa mucho el tratamiento de prueba en semilibertad. Aunque cada vez se trata más a los enfermos mentales fuera del hospital, todavía no se ha manifestado esta tendencia en el tratamiento de los delincuentes desequilibrados. El tratamiento en régimen de internado es cada vez más específico; en la actualidad hay tres tipos: uno, el más común, aplicable a la mayoría de los casos de cierta gravedad; otro, más especializado y extenso, para los delincuentes gravemente perturbados,

y últimamente se ha establecido un tercero, de corta duración, para los que no pueden recibir un tratamiento de prueba en sanidad pero cuyo trastorno, relativamente leve, no requiere un tratamiento más duradero. Con el segundo tipo son frecuentes los fracasos y los delincuentes suelen ser considerados como un verdadero problema psiquiátrico; se les intenta aplicar una psicoterapia de grupo insistiendo en toda la gama de relaciones que pueden tener los enfermos entre sí y con el personal. El tercer tipo de tratamiento tiene a su favor la corta ausencia del sujeto de su medio, lo que puede ayudarle a que considere las cosas con una nueva perspectiva; pero esto no es un argumento muy valioso a menos que la brevedad en el sanatorio sea simplemente el principio de un periodo de vigilancia. Por último, se observa en la actualidad la importancia que tiene la vigilancia posterior, sin la cual ningún tratamiento de la delincuencia puede ser completo.

#### USOS Y ABUSOS DE LA EXPLORACION RADIOLOGICA.

"El Comité está firmemente persuadido de que las exploraciones radiológicas del tórax por medio de la radiografía o de la radiografía son un instrumento sumamente útil en la lucha contra la tuberculosis y que la cantidad de radiaciones emitidas por los aparatos usados para esos exámenes, siempre que su construcción y su empleo sean correctos, es insignificante comparada con las ventajas de la exploración torácica con rayos X en los casos en que está indicada. No obstante, el Comité estima que debe tratarse por todos los medios de suprimir toda irradiación superflua. El Comité opina que la fluoroscopia no debe utilizarse como método de localización no sólo porque produce una irradiación mayor que otros procedimientos sino también porque no deja ningún documento permanente que pueda compararse con las placas radiográficas obtenidas ulteriormente. La conveniencia de practicar una prueba tuberculínica antes de proceder al examen radiológico de tórax en los diferentes grupos de población a fin de reducir la exposición a las radiaciones depende de las circunstancias locales (es decir de la prevalencia de infecciones y enfermedades tuberculosas) y, por lo tanto, debe determinarse en cada caso; sin embargo, el Comité comparte la opinión general de que, en los países donde la frecuencia de casos de tuberculosis en los niños es baja el examen radiológico en este grupo de edad debe limitarse a aquellos en los que previamente se ha comprobado la existencia de una infección natural.

Del séptimo informe del Comité de  
Expertos de la O.M.S. en Tuberculosis.  
(Org. mund. Salud Ser.).

-----

1.- RELACION DE CENTROS DE DIAGNOSTICO Y ORIENTACION TERAPEUTICA. (PSIQUIATRIA INFANTIL).

9

Se hallan ubicados en las Jefaturas Provinciales de Sanidad salvo en los casos que se indican:

Alava (Jefatura Prov. Sdad.).	Madrid (Jefatura Prov. Sdad.).
Albacete " " "	→ Madrid (Cátedra).
Alicante " " "	Madrid (Francisco Silvela, 40.)
Almería " " "	Madrid (Vallecas).
Ávila " " "	Málaga (Jefatura Prov. Sdad.).
Badajoz " " "	Mallorca " " "
Barcelona " " "	Melilla " " "
→ Barcelona (Cátedra).	Murcia " " "
Burgos (Jefatura Prov. Sdad.).	Orense " " "
Cáceres " " "	Oviedo " " "
Cádiz " " "	Palencia " " "
Castellón " " "	Pamplona " " "
Cerda " " "	Pontevedra " " "
Ciudad Real " " "	Salamanca " " "
Córdoba " " "	Tenerife " " "
La Coruña " " "	Santander " " "
Cuenca " " "	Segovia " " "
Gerona " " "	Sevilla " " "
Granada " " "	Soria " " "
G. Canaria " " "	Tarragona " " "
Guadalajara " " "	Teruel " " "
Guipuzcoa " " "	Toledo " " "
Huelva " " "	Valencia " " "
Huesca " " "	→ Valencia (Cátedra).
Jaén " " "	Valladolid (Jefatura Prov. Sdad.).
León " " "	Vizcaya " " "
Logroño " " "	Zamora " " "
Lérida " " "	Zaragoza " " "
Lugo " " "	

2.- DISPENSARIO ANTIEPILEPTICO.

Madrid (Jefatura Prov. Sdad.).

3.- RELACION NACIONAL DE LOS CENTROS DEL P.A.N.A.P. (HOSPITALES ADULTOS).

Madrid (Legión): Hospital Psiquiátrico Nacional de Sta. Isabel y el Hospital Psiquiátrico Nacional Dr. Eiz. Torres.  
 Zaragoza: Dispensario Psiquiátrico N.º 2, San. del Pilar.  
 Alcobate (Guadalajara): Dispensario Psiquiátrico "Conde de Romanones".  
 Toluca (México): Hospital Psiquiátrico N.º 1.

3.- RELACION NACIONAL DE LOS CENTROS DEL P.A.N.A.P. (HOSPITALES INFANTILES);

Madrid: Instituto Médico Pedagógico "Fray Bernardino Alvarez".  
Teruel: Sanatorio Psiquiátrico "El Pinar".  
Zamora: Instituto Médico Pedagógico "Rodriguez de Miguel".  
Zaragoza: Sanatorio Psiquiátrico "El Piñar".  
Ciudad Real: Sanatorio Psiquiátrico "La Atalaya".

4.- DISPENSARIOS ANTIALCOHOLICOS.

Madrid:

Dispensario nº 1: Francisco Silvela, 40. / -> S. L. 11  
Dispensario nº 2: Jefatura Prov. Sdad. -  
Dispensario nº 3: Peñagarbea, 2. (Vallecas).  
Dispensario nº 4, para  
Toxicómanos, no Alcohólicos: Francisco Silvela, 40.

Barcelona:

Dispensario nº 1: Jefatura Prov. Sdad.  
Dispensario nº 2, para  
Toxicómanos, no Alcohólicos: Jefatura Prov. Sdad.

~~Córdoba: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~La Coruña: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Málaga: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Murcia: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Las Palmas de Gran Canaria: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Sevilla: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Valencia: Tirso de Molina, 13.~~

~~Vizcaya: Jefatura Prov. Sdad.~~

~~Zaragoza: Jefatura Prov. Sdad.~~

5.- RELACION DE CENTROS DE SALUD MENTAL.

Badajoz: Paseo de Campoamor, 2.  
Barcelona: Jefatura Prov. Sdad.  
Barcelona: Diputación, Sta. Coloma de Gramanet.  
Cádiz: Paseo Delicias (Olivillos).  
Madrid: Francisco Silvela, 40.  
Madrid: Francisco Silvela, 40.  
Madrid: Maudes, 32.  
Málaga: Puente del Carmen, 33.  
Murcia: Avd. Ibañez Martín s/n.  
Santander: Paseo de Pereda, 32.  
Vizcaya: María Díez de Haro, 64.



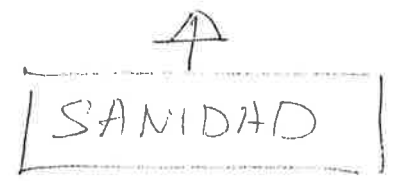
55 catedras Diagn. - 55 plazas.  $\frac{1}{2}$  jornada  
 32 catedras Salud Mental - 32 plazas psicólogos. ( $\frac{1}{2}$  jornada)  
 ↓ Disp. Antiepileptico - 1 plaza  
 ↓ " Antialcólica - 1 plaza

- Hospital p. g. inf. "El pilar" (Teruel) - 2 plazas (1 jornada)
- Fra. Bernardi - o Alfr. (Madrid) - 1 plaza (1 jornada)
- Rodríguez Aguil. (Zaragoza) - 2 plazas (1 jornada)
- "Atalaya" (Ci Real) - 3 plazas
- "Toem" (Oreuse) - 2 plazas
- Alcohete (Guadalajara) - 3 plazas
- Leganés (Madrid) - 10 plazas. 11(?)
- Pilar Zapatero ~~Atalaya~~ - 3 plazas
- La Barca (Madrid) - 2 plazas

116 plazas.

19. Oposición restringida. (Cargo en propiedad, cargo en propiedad)

96 funcionarios interinos.



- INP.
- Int. Penitenciario.
- Diputación.
- SEREM.