

adopta el modelo conductista de la «Caja Negra», el cual para nosotros no es válido, puesto que lo que precisamente nos interesa es descubrir qué hay dentro de la caja negra.

P.-Por último, como usted muy bien ha dicho, se trata más bien de un instrumento que puede ser operativo por un determinado modelo, el análisis hermenéutico del lenguaje. ¿Qué posibilidades de aplicación existen a personas no psicóticas?

R.-De hecho es indistinta su aplicación si es psicótica o no es psicótica la persona; en lo que se está trabajando, y en gran parte ya está hecho, es en la posibilidad de hacer una tipología de textos, no con una intención de hacer diagnósticos, es decir, no se pretende llegar al diagnóstico clínico a través de un texto, la clínica es otra cuestión distinta, pero sí de síndro-

mes, de grandes síndromes. O sea, si hay unas características de la llamada conducta psicótica que la diferencian de la llamada conducta no psicótica, obligatoriamente han de darse esas características diferenciales en el texto que hacen los psicóticos.

Salvo esto, la aplicación se ha hecho a relatos de pacientes fundamentalmente, donde más se ha desarrollado el método ha sido en su aplicación a los tests proyectivos, en especial al T. A. T., hemos desarrollado un método de formalización del T. A. T. de tal manera que permite objetivar las lecturas sucesivas que hacemos en cada lámina, para pasar luego a la conducta del sujeto más manifiesta hasta el nivel simbólico; pero que eso suponga un paso gradativo rompiendo la dicotomía contenido-forma, dicotomía que como se sabe está plas-

mada en los tests proyectivos muy claramente entre el empleo del Rorschach y el T. A. T. como dos tests complementarios, en la medida que se carecía de un método de formalización del T. A. T.

Se ha aplicado también al análisis de sueños, formalizándolo como un discurso más, y a través de esos pasos de formalización ir llegando a sucesivas interpretaciones, aplicando, naturalmente, el modelo comunicacional del que antes les he hablado, el cual ya no es hermenéutica del lenguaje, el modelo comunicacional ya es un modelo interpretativo.

Y también se ha aplicado al análisis de relatos literarios, entendiendo el relato literario como la objetivación de una fantasía. Y dentro de los relatos de los pacientes a los relatos de fantasías.

M. GOMEZ BENEYTO

El Consell de Redacció

P.-¿Cómo surgió el Instituto de Salud Mental?

R.-A raíz de una iniciativa tomada por el Grupo de Salud del PSOE en 1981 se creó el Instituto de Madrid, y el año siguiente el de Valencia. En nuestro caso se trata de un Organismo de Gestión de la Diputación que tuvo como objetivo promover y dirigir la reforma de la Asistencia Psiquiátrica en nuestra provincia.

P.-¿Tuvo como objetivo? ¿Quiere decir que sus objetivos han cambiado?

R.-En la práctica, desde hace varios meses, la reforma está siendo gestionada directamente desde la Diputación, en colaboración con los dos Hospitales Psiquiátricos de Valencia y Bétera.

P.-¿Cuáles son los objetivos de esta reforma?

R.-Básicamente consisten en centrar la acción asistencial en la comunidad, con la esperanza de llegar a suprimir los manicomios.

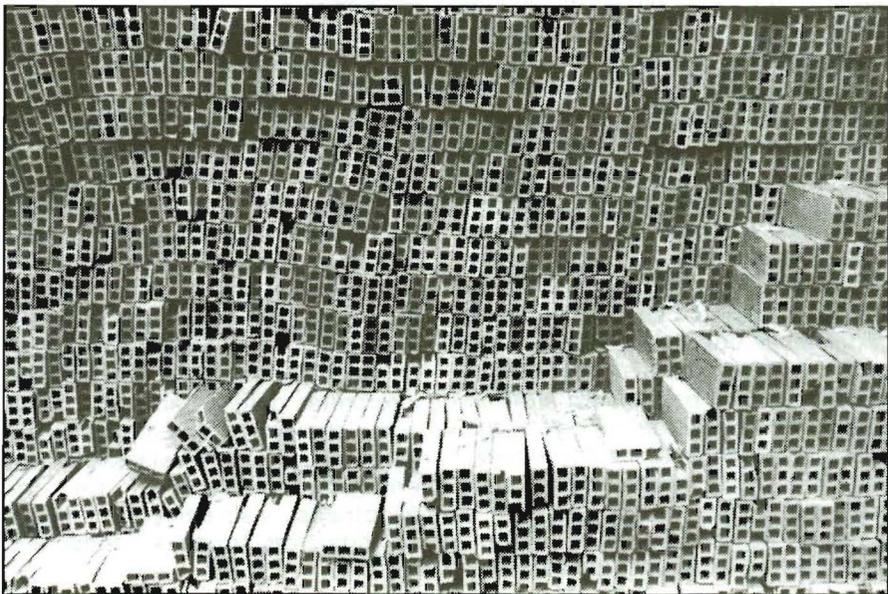
P.-¿Entonces, cuál es el papel que juega el Instituto en este momento?

R.-Nos ocupamos de realizar trabajos de investigación y de evaluación

que aporten datos pertinentes para la planificación de servicios.

P.-¿Cómo por ejemplo?

R.-Hemos realizado dos estudios sobre epidemiología de las tentativas de suicidio y de los suicidios consumados y otro sobre incidencia total de enfermedad mental para la provincia de Valencia. En este momento estamos examinando la situación de la población de enfermos psicóticos crónicos atendidos en estos diez últimos años que ahora residen en la Comunidad. Tratamos de saber cómo están socialmente y clínicamente, cuáles son sus necesidades y qué carga suponen para sus familiares. Es decir, obtener datos básicos que



faciliten la preparación de programas específicos de intervención.

P.-¿Por qué centran su atención en el enfermo crónico?

R.-Porque pensamos que el enfermo psicótico crónico ha sido el escollo principal de todas las reformas psiquiátricas intentadas hasta ahora. Hasta recientemente se sostenía la idea de que focalizando los esfuerzos asistenciales en el enfermo agudo, de forma precoz, se conseguiría evitar la encronización. Ahora sabemos que no, que se siguen generando crónicos pese a todo y que éstos han de recibir una atención especial si queremos terminar con los manicomios.

P.-Volviendo al tema de la reforma asistencial, ¿existen ya realizaciones concretas?

R.-Se están haciendo esfuerzos. El Hospital de Bétera ha sido mejorado en su hábitat y en su organización; se ha suprimido el servicio de internamiento de Psiquiatría infantil, lo cual constituía un horrible anacronismo; se ha posibilitado el alta y la reinserción social de bastantes enfermos de larga estancia, gracias a la dotación de subvenciones económicas individuales. También se van a ampliar los servicios de atención al toxicómano y está en proyecto abrir una Unidad de Psiquiatría en el Hospital General. El Geropsiquiátrico de Valencia va a ser trasladado a la Casa de la Misericordia.

P.-¿Qué valoración hace usted de todo esto?

R.-Algunos de estos proyectos fueron ya propuestos e iniciados por mí desde el Instituto, por lo que naturalmente estoy de acuerdo con su realización. Otros sin embargo tienen un carácter regresivo. Es cierto que las limitaciones presupuestarias y administrativas son importantes y, probablemente, no es posible hacer mucho más.

Hecho en falta, de todas formas, una mayor atención a la modificación de actitudes y formación del personal tratante. La reforma estructural no es suficiente. El cambio de los modos asistenciales pasa por el cambio de las personas que suministran la asistencia.

P.-¿Qué opina sobre el papel del psicólogo en la asistencia psiquiátrica?

R.-En mi opinión la aportación más positiva del psicólogo ha sido la de cuestionar el modelo médico en psiquiatría, cosificador del concepto de enfermedad, ofreciendo un modelo

alternativo. Es éste un modelo más centrado en los problemas que en el diagnóstico, más en las habilidades sociales que en los síntomas, más en las variables procesuales de interacción que en el concepto globalizador de evolución, y más en resultados parciales específicos que en estimaciones generalizadoras de mejoría o curación. Esto ha supuesto un cambio sumamente importante. En nuestro país, sin embargo, en este momento el psicólogo corre el riesgo de no llegar a encontrar su identidad profesional propia, corre el riesgo de llegar a ser una subespecie, un minipsiquiatra. A ello puede contribuir la prepotencia de la figura del médico y el fuerte nivel de paro entre los psicólogos. En este sentido creo que un paso imprescindible sería el establecimiento de estructuras asistenciales en la Facultad de Psicología, que pudieran servir de referencia institucional y de taller para la elaboración de un estilo asistencial propio.

P.-¿No se contradice todo esto con la idea de que la asistencia debe ser impartida por equipos multidisciplinares, en donde los profesionales pueden intercambiar sus roles?

R.-En mi experiencia el intercambio de roles puede ser útil, con limitaciones, en situaciones muy concretas, tal como por ejemplo en una sala que funcione según el modo de comunidad terapéutica. Generalizar esta forma de trabajo a otros contextos es muy peligroso, en tanto que puede terminar por causar una total desprofesionalización de los miembros del equipo. Yo creo que el equipo multidisciplinario debe basarse en el intercambio de opiniones, no de roles; opiniones emitidas por profesionales con una idea clara de su identidad y de su papel.

P.-Una cuestión práctica: ¿Habrá puestos de trabajo en Salud Mental para los psicólogos?

R.-A eso se llegará por necesidad.

